GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2e SÉRIE — TOME XXIII

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



COMITÉ DE RÉDACTION

L. LEREBOULLET
P. BLACHEZ — E. BRISSAUD — G. DIEULAFOY — DREYFUS-BRISAC
FR.-FRANCK — A. HÉNOCQUE — P. RECLUS

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXIII — 1886

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
M DCCC LXXXVI

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

Président : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

Membres : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Du traitement des prostatites aiguës par les lavements d'eau très chaude.

Nous avons déjà, au cours de cette année, appelé l'attention de nos lecteurs sur les excellents effets de l'eau chaude dans nombre d'affections chirurgicales. Depuis la publication de notre article, une plus longue expérience a fortifié encore notre opinion ; nous pourrions signaler des cas nombreux où ce moyen si simple a été des plus efficaces, et nous voudrions insister à nouveau sur les services qu'il rend dans le traitement des plaies ulcéreuses, lorsque la perte de substance des téguments, décolorée et blafarde ou recouverte d'un enduit diphthéroïde, ne cicatrise pas : quelques lotions suffisent le plus souvent pour en déterger la surface ; les bourgeons charnus deviennent vermeils, petits et confluents, et la guérison est rapide.

Mais nous ne parlerons aujourd'hui que de l'action résolutive de l'eau chaude sur les prostatites aiguës. Nous avons déjà publié deux observations où les phénomènes inflammatoires se sont apaisés dès les premiers jours du traitement. Nos lecteurs peut-être se rappellent ces faits. Un médecin de trente et un ans est pris de dysurie subite au décours d'une blennorrhagie. Il nous fait appeler et nous constatons une tuméfaction énorme de la prostate qui bombe dans l'ampoule rectale : la surface en est régulière, lisse, uniformément résistante, sillonnée par deux grosses artères qui battent sous le doigt : les douleurs, pendant et surtout après la miction, sont intolérables. Nous faisons recouvrir la région périnéale de compresses de tarlatane trempées dans de l'eau à 55 degrés ; des lavements à la même température sont pris et gardés par le patient aussi longtemps que possible. Aussitôt les douleurs spontanées s'apaisent, le ténesme vésical, les épreintes rectales s'atténuent, la dysurie disparaît, le gonflement diminue et au bout de trois jours la guérison est complète.

Le second fait n'est pas moins démonstratif : un professeur de cinquante-six ans est pris de besoin impérieux d'uriner surtout pendant la nuit ; il y a du ténesme, des épreintes, des douleurs vives ; une chaleur cuisante se fait sentir tout le long de l'urèthre ; le toucher rectal révèle une prostate saillante, tuméfiée, douloureuse, parcourue par des artères battant sous le doigt. On prescrit des lotions pé-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Difficultés à propos de l'exercice de la médecine dans le Sleswig par les médecins danois. — Les convenances et la justice. — En cas de blessure d'un employé, qui doit payer les honoraires du médecin ? — Jurisprudence des tribunaux en France et en Danemark. — Le cas d'un médecin commissionné d'un bateau d'émigrants. — De vétérinaire homœopathe. — Le sucre de lait est-il un médicament ? — Exerce-t-on illégalement la médecine quand on ne soigne que des étrangers ?

Les journaux médicaux danois de ces derniers mois ont dû réserver une place importante à des relations de conflits : conflits internationaux ; conflits entre médecins et sages-femmes ; difficultés avec les Sociétés de secours mutuels ; procès pour exercice illégal et charlatanisme, tel est le bilan du semestre.

Au mois de juillet de l'année dernière deux médecins danois ont été poursuivis par les tribunaux du Sleswig pour avoir pratiqué en territoire allemand. Il existe entre plusieurs contrées d'Europe des conventions relatives à l'exercice de la médecine dans les communes frontières, tel est le cas pour la France et la Belgique, la Belgique et la Hollande. L'Allemagne a des traités avec l'Autriche et la Suisse, elle n'en a pas avec le Danemark, de telle sorte que le médecin qui franchit la frontière tombe sous le coup de la loi du 21 juin 1869. Un paragraphe est ainsi conçu : « Ne peuvent être exercées d'une manière ambulante les professions suivantes : 1° la médecine, sauf par un individu régulièrement reçu ; 2° le courtage et la commission en matière financière, etc. »

Il faut dire que l'interprétation des juges qui ont condamné les médecins danois est loin d'être celle de tous les magistrats et jurisconsultes allemands. Le conseiller Schreiber (de Haderslev) a répondu à cet égard d'une façon catégorique : « Le médecin qui se rend à l'ap-

rinéales brûlantes et un lavement chaud matin et soir. L'amélioration est instantanée ; la dysurie, le ténesme, les épreintes, le gonflement, les douleurs disparaissent et au bout de trois jours, non seulement le dernier accident avait cédé, mais la pesanteur périnéale d'avant la crise et les besoins fréquents d'uriner qui dataient de onze mois, avaient disparu. Une deuxième crise survenue quelques mois plus tard, à l'occasion d'un voyage où les festins furent abondants et nombreux, guérit par les mêmes moyens, avec la même rapidité.

Nous venons de recueillir une troisième observation et c'est elle qui nous décide à revenir sur le traitement des prostatites aiguës par l'eau chaude. Il s'agit d'un jeune homme, soigné par le professeur Verneuil et par nous pour un énorme névrome plexiforme du cuir chevelu et de la région mastoïdienne : la tumeur fut enlevée au bistouri ; les lèvres de la plaie, réunies par une suture métallique, se soudèrent par première intention, et la guérison totale aurait été des plus rapides si par malheur, n'était survenue tout à coup une prostatite aiguë sur l'origine de laquelle nous ne sommes pas encore fixé.

Toujours est-il que, dès le lendemain de l'opération, il y eut rétention d'urine; la vessie fut évacuée avec la sonde molle et le cathétérisme se fit sans léser le canal; trois jours après, rétention nouvelle et nouveau cathétérisme. C'est alors que survinrent des douleurs intolérables au bout de la verge, des élancements, une sensation de torsion, d'écrasement; le malade ne peut s'asseoir sans que les souffrances s'exaspèrent ; la miction est impossible. La sonde est alors introduite; elle ne provoque pas le long du canal une réaction trop vive ; mais, dès l'expulsion des dernières gouttes d'urine, éclatent du ténesme, des épreintes, une sensation de douleur extrêmes ; la crise ne s'apaise guère qu'au bout d'une demi-heure et l'appréhension que cause l'imminence d'une crise nouvelle provoque de l'agitation, la perte du sommeil et de l'appétit.

Notre opéré souffrait depuis cinq jours déjà, lorsque nous pratiquons le toucher rectal : l'ampoule est pour ainsi dire encombrée par l'énorme saillie de la prostate tuméfiée, chaude, douloureuse; la moindre pression réveille du ténesme et une insupportable sensation de douleur le long du canal; à la surface de la glande battent les artères dilatées. La résistance du tissu enflammé est grande et, en aucun point, on ne sent encore la dépressibilité particulière, signe d'une collection purulente. En tous cas, le diagnostic ne peut être douteux ; il s'agit bien d'une prostatite aiguë.

Nous prescrivons immédiatement des lotions très chaudes sur le périnée et un grand lavement à la température de 55 degrés. La canule est introduite avec précaution pour ne pas heurter la prostate, et le robinet de l'irrigateur n'est ouvert qu'à demi, de façon que l'eau distende peu à peu le rectum sans provoquer de contractions énergiques du rectum et l'envie d'aller à la garde-robe. Le premier lavement apaise la crise ; la miction est déjà moins douloureuse et la souffrance est de plus courte durée ; à midi, le soir, nouvelles lotions, nouveau lavement et l'amélioration s'accentue ; le lendemain, le malade pouvait s'asseoir, ce qu'il avait essayé vainement depuis six jours. Au bout de soixante-huit heures, il existait à peine une douleur obtuse, une sensation de pesanteur dans la région ; la prostate a beaucoup diminué de volume et au quatrième jour du traitement, la guérison était complète.

Nous ne saurions trop recommander ce traitement, qui nous paraît aussi efficace qu'il est peu compliqué. Et ce ne serait pas un médiocre avantage de réprimer, avant leur suppuration, ces inflammations circonscrites ou diffuses de la prostate. On sait en effet les accidents graves qui peuvent survenir : l'ouverture de la glande a parfois été cause d'hémorrhagies véritables ; les clapiers purulents du petit bassin, les décollement étendus se sont accompagnés de phlébite et d'infections purulentes ; des fistules nombreuses ont creusé le périnée en forme de « pomme d'arrosoir » ; enfin une communication anormale s'est trop souvent établie entre l'urèthre et le rectum et nous n'avons pas à insister sur ce qu'une telle infirmité a de dégoûtant et de dangereux. Mais nous croyons — et ce sera notre dernier mot — que les lotions périnéales et les lavements à l'eau très chaude, pour peu qu'on y ait recours à temps, sauront conjurer ces accidents redoutables.

Paul Reclus.

Des broncho-pneumonies.

La pathologie des organes respiratoires a été dans ces derniers temps remise à l'étude, non pas au point de vue de la symptomatologie clinique ou de l'anatomie pathologique des lésions de tissus, mais au point de vue spécial des micro-organismes.

Après la découverte du bacille de Koch et de son rôle

---

pel d'un client ne tombe pas sous le coup de la loi, la qualification d'ambulant ne saurait lui convenir. » Les mesures de police relatives à l'exercice dans les districts limitrophes du Danemark placent les praticiens reçus dans ce pays, dans les mêmes conditions que les sujets allemands non diplômés, c'est-à-dire que, s'ils exercent dans une localité déterminée, ils ne commettent aucun délit. Il faut dire qu'une interprétation pharisaïque peut compliquer les choses ; une autre loi dénie le titre de médecin à celui qui ne l'a pas obtenu régulièrement en Allemagne. Lorsque le praticien danois est appelé en Sleswig, la force des choses l'obligeant à le prendre verbalement ou par écrit, il devient passible de poursuite, si les tribunaux ne se bornent point à sévir seulement lorsque l'étranger ajoute à son nom le qualificatif *approbirat*. Il y a une autre source de malentendus : quand le médecin va dans une commune un peu éloignée pour une maladie aiguë, beaucoup d'infirmes, d'impotents, en profitent pour lui demander un conseil, une ordonnance, et cela par économie ; on n'est pas allé le chercher à son domicile ; un juge mal disposé peut voir là un cas d'exercice ambulant et condamner. Cette incertitude place le médecin dans une alternative pénible : ou il agit sans se préoccuper de la frontière et il est en contravention, ou il refuse ses soins et commet un crime de lèse-humanité. Le journal qui rapporte ces faits émet le vœu qu'une convention internationale non équivoque fasse cesser rapidement cet état de choses.

Un chapitre curieux à ajouter à l'histoire des difficultés économiques de notre époque, ce serait celui des rapports d'ouvriers à patrons en cas d'accident ; le cultivateur, le commerçant, l'industriel, contractent vis-à-vis de leur personnel, une série d'obligations qui ne sont inscrites dans aucune loi, mais l'opinion publique juge avec sévérité ceux qui les tiennent pour non avenues ; à la campagne et dans les petites industries où il existe des rapports de toutes les minutes entre le directeur et ses ouvriers, la chose a plus

pathogénique à l'égard de la tuberculose, on peut signaler les travaux de Friedländer, de Talamon, et de nombre d'auteurs, sur la nature infectieuse, parasitaire de la pneumonie fibrineuse, affection qui résulterait du développement dans le poumon d'un micro-organisme auquel on a donné le nom de pneumococcus. Peut-être, du reste, cette question n'est-elle pas encore entièrement résolue, et nous aurons sans doute bientôt occasion d'y revenir.

Depuis lors les diverses broncho-pneumonies ont attiré l'attention des observateurs et ont fait le sujet de recherches histologiques consignées dans un certain nombre de publications récentes: qu'il nous suffise de signaler l'ouvrage de Cornil et Babès, sur les *Bactéries*, le mémoire de Massalongo (de Vérone) [*Arch. de phys.*, nov. 1885], les thèses inaugurales de Darier sur la broncho-pneumonie diphthérique, et de Dubreuilh sur la broncho-pneumonie cholérique. Ces divers travaux ont eu pour objectif principal de rechercher s'il existe un ou plusieurs micro-organismes appartenant en propre à la broncho-pneumonie, ou à chaque forme de broncho-pneumonie. Tous nous paraissent prêter le flanc à la critique par un même côté, l'absence d'une démonstration expérimentale rigoureuse permettant d'établir l'influence pathogène des micro-organismes constatés au sein des tissus lésés.

N'est-ce pas le même reproche que l'on pourrait adresser, en dépit de quelques prudentes réserves, au mémoire de Thaon, publié dans la *Revue de médecine* (10 décembre 1885). Il s'agit des broncho-pneumonies de l'enfance et de leurs microbes, et en particulier des broncho-pneumonies diphthéritique, rubéolique, coquelucheuse et tuberculeuse. Nous passons condamnation pour cette dernière, car le rôle du bacille de Koch n'a plus aujourd'hui à être démontré; Thaon décrit avec soin les lésions de tissu qui accompagnent l'évolution du bacille et montre cette broncho-pneumonie procédant par foyers miliaires de pneumonie acineuse et par grosses nappes de pneumonie catarrhale ou croupale avec évolution terminale fibro-caséeuse: ce sont des faits précis, intéressants à enregistrer.

Mais, au sein de l'exsudat fibrino-hémorrhagique spécial à la broncho-pneumonie diphthéritique, il constate des micro-organismes, zooglœes ou bacilles, qu'il regarde comme les éléments pathogéniques caractéristiques de cette broncho-pneumonie, car ce sont les microbes de la diphthérie. De même, il attribue un rôle semblable à un microcoque, qui se rencontre au milieu des altérations broncho-pulmonaires, à évolution suppurative, de la broncho-pneumonie de la rougeole et de la coqueluche; c'est d'ailleurs le même microcoque pour ces deux maladies; c'est aussi, il est vrai, le même mode de lésions de tissus.

La rougeole et la coqueluche sont-elles donc *caractérisées* par un seul micro-organisme? « C'est un aveu, dit M. Thaon, qui fera sourire ceux qui se vantent de ne pas se laisser entraîner par l'attrait des nouvelles études sur les microbes. » Ne seraient-ce pas plutôt les partisans de ces nouvelles études qui pourraient craindre que certaines conclusions, sans doute un peu hâtives, ne vinssent nuire à l'ensemble des travaux si intéressants de bactériologie moderne?

Les inoculations aux animaux, tentées par l'auteur, sont demeurées négatives, quel que soit le procédé employé, ce qui n'est en rien surprenant, puisque, ainsi qu'il le fait justement observer, « la rougeole et la coqueluche ne sont pas transmissibles aux animaux ». Cette réflexion est parfaitement juste; mais on ne peut que regretter cet état réfractaire des animaux, puisque, dans ces conditions, la démonstration de la spécificité du micrococcus de la rougeole ou de la coqueluche reste encore à produire.

Il en est de même, nous le pensons du moins, pour le micro-organisme de la diphthérie, au sujet duquel les expérimentations successives ont fourni jusqu'ici des résultats entièrement contradictoires.

Quoi qu'il en soit, M. Thaon a l'incontestable mérite d'avoir puissamment contribué à élucider l'anatomie pathologique des diverses broncho-pneumonies de l'enfance, et d'avoir montré qu'il est des types très distincts de broncho-pneumonies infectieuses, possédant chacun une évolution différente, et *peut-être* un agent pathogène spécial.

A. P.

Curieux cas d'hémoglobinurie (méthémoglobinurie). Conséquences physiologiques remarquables.

Ce cas très intéressant, à divers points de vue, a été observé par un médecin allemand, M. C. Heinemann, à la Vera Cruz (*Virchow's Archiv*, Bd CII, H. 3, 1885). Il s'agit d'un garçon de quinze ans, le fils du pharmacien allemand de cette ville, atteint de fièvre intermittente depuis quelques mois; un premier accès avait été guéri par l'administration de sulfate de quinine, mais l'urine avait gardé une coloration noir foncé; M. Heinemann fut appelé au moment du second accès. Il fit l'examen microscopique de l'urine et du sang sur place; l'urine ne renfermait que quelques globules pâles

---

d'importance qu'à Paris. Un accident arrive; le problème à résoudre est celui-ci: « ménager l'opinion, éviter l'intervention de la police. » Il faut pour cela payer le temps du blessé et lui fournir les soins médicaux. En général on accepte sans difficulté la première condition; pour la seconde on s'exécute également avec une bonne grâce apparente. Le blessé est adressé avec force recommandations à un médecin, pas toujours celui de la famille. Le patron tire vanité de son dévouement et de sa largesse, mais il se dit bien bas que cette largesse lui coûtera peu de chose; que si le médecin a été assez naïf pour ne pas exiger un ordre écrit en due forme, il en sera pour ses frais. Lorsqu'il présentera sa note d'honoraires, on le renverra à son client dont la solvabilité est douteuse, et, s'il insiste, on répétera qu'il est indigne d'exercer une fonction sacrée; qu'il manque de délicatesse. Les tribunaux entrent dans cet ordre d'idées: si la négligence du patron n'est pas démontrée, si l'ouvrier a été blessé par sa faute, et qu'il formule une plainte, il est débouté. Et le médecin? la justice n'en a cure; qu'il poursuive à ses risques et périls, on lui donnera gain de cause s'il a la chance de rencontrer de bons juges. Cette manière de juger est générale de nos jours; la justice danoise apprécie comme la justice française. Un valet de ferme est blessé par une machine à hacher la paille; la plaie qui semblait insignifiante, s'aggrave; il y a incapacité temporaire de travail; nécessité d'appeler un médecin. Le fermier témoigne une grande sollicitude à son valet, pousse même la bienveillance jusqu'à le reprendre à son service après sa guérison, en retenant seulement 40 couronnes; peut-être étaient-elles destinées à payer les honoraires du chirurgien. Pas du tout, cette somme représentait les gages du domestique pendant sa maladie. Procès. Le maître déclare qu'il ne doit rien, que le jeune homme s'est blessé par maladresse; le tribunal lui donne gain de cause, et l'on n'aurait pas jugé autrement chez nous. Pour toute récompense le pauvre médecin aura la satisfaction du devoir accompli. C'est juste! Est-ce équi-

déformés; le sang présentait un aspect extraordinaire; il n'y avait plus un seul globule rouge normal; tous étaient privés de leur matière colorante et nageaient dans le plasma coloré sous forme de disques pâles, rapetissés; leur nombre était notablement diminué; les globules blancs avaient presque totalement disparu; en revanche les granulations quelquefois désignées sous le nom de plaquettes sanguines étaient fort nombreuses; les amas de granulations de Max Schultze étaient si nombreux que la première pensée de M. Heinemann fut de rejeter la théorie qui les fait dériver d'une destruction des globules blancs, car il aurait fallu admettre que le nombre de ceux-ci était anormalement considérable avant la maladie; ces amas ne pouvaient davantage résulter de la destruction des globules rouges, car ceux-ci paraissaient plutôt avoir subi une sorte de fonte bien égale et uniforme de leur périphérie. Le réactif de Heller et l'emploi du microspectroscope de Zeiss mirent hors de doute que la matière colorante contenue dans l'urine était la méthémoglobine.

Sous l'influence de la quinine donnée à haute dose, la fièvre disparut dès le lendemain et l'urine perdit de sa coloration noire; le troisième jour, cette coloration était devenue insignifiante. Le résultat de l'examen du sang, fait juste quarante-huit heures après le premier examen, ne fut pas moins surprenant que dans celui-ci : le sang avait repris sa composition normale, les globules leur coloration et leur volume habituels, quoique leur nombre parût être encore un peu moindre qu'à l'état normal; le plasma était entièrement incolore. La proportion relative des globulins et des globules rouges était normale; les globules blancs se retrouvaient en nombre ordinaire. Il fut impossible de trouver des formes faisant le passage des globules blancs ou des globulins aux globules rouges. Il n'y avait plus de trace des amas de granulations. Ainsi en quarante-huit heures le sang paraissait s'être entièrement régénéré.

Quoique les affections malariennes fussent nombreuses dans l'entourage du malade, aucun autre cas d'hémoglobinurie de ce genre ne put être découvert. Ce que ce fait présente de plus intéressant, c'est l'anéantissement total des globules rouges, sans compter qu'il fournit des éclaircissements sur la formation et la régénération de ceux-ci. Voici en peu de mots les conclusions qu'on peut en déduire, en observant que ces conclusions ne s'appliquent en partie qu'à l'adolescence.

1° La vie peut persister pendant un temps plus ou moins long (indéterminé), même lorsque tous les globules sont détruits et que toute l'hémoglobine a passé dans le plasma.

2° L'hémoglobine dissoute dans le plasma peut pendant un certain temps suffire si complètement à la respiration du sang qu'il ne survient aucun trouble fonctionnel grave.

3° La régénération des éléments cellulaires du sang peut se faire en quarante-huit heures au moins dans l'adolescence.

4° L'absence complète de formes établissant une transition entre les globules blancs ou les globulins et les globules rouges rend leur formation par l'un et l'autre de ces modes très improbable, du moins dans le sang en circulation. Il paraît plus probable, d'après les observations ci-dessus, que les globules rouges arrivent dans la circulation tout formés, manière de voir qui est défendue par beaucoup de physiologistes.

5° Il n'y avait point, dans le sang examiné, de globules rouges à noyaux, ni de globules en voie de segmentation.

6° Les amas de granulations, si nombreux dans ce cas, ne pouvant provenir de la destruction des globules blancs pour des raisons déjà indiquées, il faut supposer qu'ils viennent de la destruction des globules rouges (hypothèse à laquelle les observations faites ci-dessus ne sont pas favorables, mais qui a cependant pour défenseur Ponfick) ou bien ils sont en relation avec la formation des globules rouges, ce qui est l'opinion de Hayem. Cette question reste donc encore douteuse. Comme le fait remarquer M. Heinemann, en terminant, pour établir indiscutablement que les granulations résultent de la destruction des globules rouges, il faudrait étudier de plus près que cela n'a été fait jusqu'ici ce qui se passe lors de la fonte ou de la désagrégation de ces globules.

L. Hn.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Amblyopie dans le pseudo-tabes alcoolique, par le docteur A. Trousseau.

Les travaux de Lancereaux, la thèse d'Œttinger ont établi l'existence chez les alcooliques de paralysies à forme spéciale. D'autres auteurs, Wilks, Leudet, Bourdon, Marcé, Dreschfeld, ont signalé des troubles ataxiques chez ces mêmes malades, en même temps que Déjerine montrait la possibilité de

---

table? Il nous semble qu'en pareil cas les juges devraient d'abord faire payer la personne solvable. Il y a toujours une série de conditions qui rendent difficile l'assimilation des services médicaux à ceux d'un autre ordre. Le contremaître d'une maison connue conduit chez le praticien le plus voisin un blessé ayant une hémorrhagie, on l'appelle pour une personne tombée en syncope. Faut-il qu'il fasse une enquête ou réclame aussitôt des honoraires? Celui qui agirait de la sorte serait jugé sévèrement. « Vous songez, lui dirait-on, lorsqu'il y a péril imminent, à des intérêts matériels! » Il serait cependant bon, lorsqu'il s'agit de donner satisfaction à ces intérêts, de prendre en considération la nature des services rendus; il serait bon qu'on ne mît point le médecin sur le même pied qu'un fournisseur naïf, accordant du crédit sans s'être renseigné sur la solvabilité de son créancier. On réclame des soins pour un homme blessé; faites payer la maison et laissez-lui son recours, qu'elle pourra beaucoup mieux exercer que le médecin.

— Nous allons voir maintenant une affaire appelée devant une autre juridiction : une difficulté entre la Compagnie transatlantique danoise la *Thingvalla* et un de ses médecins. Celui-ci avait été commissionné, en 1884, pour faire le service à bord du bateau d'émigrants le *Geyser*, allant de New-York à Copenhague.

L'engagement se terminait le 20 février 1885. La Compagnie fit savoir dans les délais voulus au titulaire qu'elle n'avait pas l'intention de lui renouveler son mandat et malgré tout lui donna l'ordre d'embarquer le 8 février courant pour New-York. Il refuse; la Compagnie n'avait aucun moyen de coercition, mais elle fit la sourde oreille quand le médecin se présenta à ses bureaux pour toucher son dernier mois de traitement. Il avait refusé d'obéir, donc elle ne devait rien. L'intéressé ne trouva pas précisément le syllogisme de son goût; il remarqua que le lien qui unissait la majeure à la conclusion était singulièrement lâche et eut recours aux tribunaux ; ceux-ci lui ont donné gain de cause. Les considé-

l'ataxie en dehors des lésions médullaires. Kruche a rapporté 17 cas de pseudo-tabes chez des alcooliques.

Je vais citer une intéressante observation qui met en évidence d'abord cette pseudo-ataxie, ensuite la grande difficulté qu'il peut y avoir à la distinguer de l'ataxie vraie, spécialement quand à des troubles très voisins de ceux du tabes vient s'ajouter une complication oculaire, amblyopie à forme spéciale, qui ne pourrait qu'obscurcir la question d'interprétation si elle restait ignorée.

Je crois que jusqu'ici l'état des yeux des pseudo-tabétiques a été fort peu étudié. Kruche a examiné à l'ophthalmoscope 17 malades. Cinq fois il n'a rencontré aucune altération, trois fois il a constaté de la blancheur des papilles et neuf fois de la simple réplétion veineuse. Ces résultats jettent peu de lumière sur ce point, aussi je pense ne pas faire œuvre inutile en donnant le résultat de mes constatations.

Il s'agit d'un malade alcoolique reconnu ataxique par plusieurs médecins et qui me fut adressé pour subir un examen ophthalmoscopique.

Les troubles fonctionnels, malgré l'aspect peu convaincant de la papille, me poussèrent à diagnostiquer le début d'une atrophie papillaire d'origine ataxique. On verra comment je dus, par la suite, revenir sur ce diagnostic, qui avait été également posé, avant moi, par un confrère fort éclairé.

Voici le fait.

Obs. — M. X..., quarante-trois ans, se présente à ma consultation particulière dans les premiers jours de mai.

Depuis plusieurs années, ce malade se livre à des excès alcooliques qu'il avoue facilement. Il est en même temps grand fumeur et très porté aux plaisirs vénériens.

Il n'a jamais fait de maladie grave, a échappé à la syphilis et a joui de la santé la plus florissante jusqu'au mois d'octobre dernier.

A cette époque, il a commencé à perdre l'appétit, il s'est mis à maigrir d'une façon sensible; son sommeil est devenu pénible et a été troublé par des cauchemars effrayants.

Quelque temps après, il a eu de violentes douleurs intercostales, des douleurs aussi le long de la colonne vertébrale, de la gastralgie et des élancements dans les jambes accompagnés de fourmillements. Un peu plus tard il a perdu ses forces et a éprouvé de la difficulté à marcher. Il croyait sans cesse poser les pieds sur un tapis et ne possédait plus la notion du sol.

En février dernier sa vue a commencé à baisser et la lecture lui est devenue impossible.

En mai, M. X... m'est adressé par son médecin, qui me le donne comme ataxique et m'affirme avoir constaté sur lui à un certain moment des phénomènes d'incoordination.

J'examine le malade, dont l'état général me semble assez peu satisfaisant. Il est maigre, affaibli, sue beaucoup la nuit et est surtout attristé par l'insomnie et les douleurs fulgurantes. Les souffrances qu'il endure, un tremblement fort gênant et surtout l'état de sa vue font qu'il a dû quitter ses travaux depuis le mois de février.

Au moment de mon examen, M. X... ne présente plus de phénomènes d'incoordination motrice, il a toujours la sensation de tapis, la marche est difficile, le réflexe rotulien est aboli : il n'offre ni anesthésie, ni retard dans la transmission des impressions, ni modification de la sensibilité thermique.

Après avoir pris cette rapide notion de l'état général de mon malade, je passe à l'examen oculaire dont je vais consigner le résultat.

L'acuité visuelle a diminué d'une façon notable. Pour l'œil droit elle n'est plus que de 1/8 à 5 mètres (échelle de de Wecker), cet œil ne peut lire que le n° 7 du livre de l'échelle. Pour l'œil gauche, elle est de 1/6 et seul le n° 8 du livre de de Wecker peut être lu. Aucun verre ne donne d'amélioration. Le champ visuel est rétréci concentriquement, mais dans une faible limite.

Pas de scotome central. Réflexes pupillaires intacts. La couleur verte n'est pas perçue, elle paraît grise, le champ de perception du rouge est rétréci, le bleu est perçu.

A l'ophthalmoscope rien de spécial, si ce n'est que les deux papilles me semblent plutôt décolorées.

L'étude des fonctions visuelles, les phénomènes généraux me poussent à porter le diagnostic d'atrophie papillaire au début. J'avais éliminé l'amblyopie alcoolique à cause des symptômes tabétiques.

Mon pronostic se ressentit tant soit peu du résultat de l'examen. Je cherchai néanmoins à consoler le malade, je l'encourageai à se soigner avec énergie et j'obtins de lui la promesse, qui fut rigoureusement tenue, qu'il suivrait mes prescriptions avec l'exactitude la plus scrupuleuse.

Je lui ordonnai la suppression de l'alcool et du tabac, l'usage exclusif du lait, les douches froides et je priai son médecin de lui pratiquer tous les deux jours, à la tempe, une injection de strychnine. Je recommandai aussi l'application journalière de courants continus (6 éléments) pendant cinq minutes de chaque côté, le pôle positif devant être appliqué sur l'apophyse mastoïde et le pôle négatif sur la tempe ou sur le globe de l'œil.

A la fin de juin, je revois le malade, qui a parfaitement suivi mes recommandations. Il y a une amélioration marquée dans les symptômes généraux, l'embonpoint est revenu légèrement et les fonctions visuelles sont un peu meilleures.

Œil droit (1), $V = 1/6$, lit très facilement le n° 6 du livre de de Wecker.

Œil gauche, $V = 1/4$ difficilement, lit très facilement le n° 7 du livre.

Le champ visuel est normal, il n'est plus rétréci pour le rouge; le vert est encore vu gris.

Les papilles sont plutôt décolorées.

J'engage le malade à continuer sévèrement le même traitement; toutefois le régime lacté exclusif sera, sur sa demande, supprimé pendant trois semaines, puis repris. Sur mon conseil, le malade va aller habiter la pleine campagne, à la portée toutefois de soins médicaux éclairés.

Vers le milieu d'août, je reçois une lettre de M. X..., qui m'annonce avec joie qu'il se trouve beaucoup mieux et qu'il continue à se soigner avec la plus grande vigilance.

Le 17 septembre, je revois mon client, qui me frappe par sa

(1) V est le signe employé en ophthalmologie pour indiquer l'acuité visuelle.

---

rants du jugement sont même assez curieux: « Attendu que les médecins des bateaux d'émigrants sont nommés non par les armateurs, mais par la police maritime; que le bateau *Geyser*, en partance de Copenhague le 8 février, n'aurait pu être rentré dans ce port pour le 20; qu'en conséquence le médecin, n'ayant pu recevoir une nouvelle commission pendant la durée du voyage, n'aurait pu rendre à la Compagnie les services qu'elle attendait de lui; qu'il n'a nullement refusé de s'acquitter de ses fonctions avant le départ dudit bateau; que son refus a visé seulement le temps du voyage pendant lequel il aurait été dans l'impossibilité matérielle de les remplir : condamne la Compagnie à lui payer ses honoraires jusqu'au 8 février. »

— Un ancien vétérinaire militaire, renvoyé du service pour des raisons disciplinaires, se dit un beau jour qu'à exercer légalement et loyalement sa profession, il faisait un métier peu lucratif et assez fatigant. Comme c'était un homme ingénieux, il n'eut pas besoin de mettre longtemps son esprit à la torture pour trouver une voie moins ardue: il quitta la médecine vétérinaire pour la médecine humaine et se fit homœopathe. Inutile d'ajouter que ce changement eut lieu sans formalités officielles, sans que l'Université fût mise au courant des faits ou gestes du nouveau praticien; il fut condamné trois fois pour exercice illégal et charlatanisme. Ses affaires n'en allèrent que mieux; le 27 octobre dernier, il comparaissait de nouveau devant la justice pour vente de médicaments sans autorisation régulière; nous dirions en France exercice illégal de la pharmacie. Au mois de mai ou de juin il entreprend de traiter une femme veuve de Kolding, et lui prescrit à doses homœopathiques une poudre miraculeuse qu'il appelait sucre de noyau, puis des gouttes également de son invention. La malade n'éprouvait aucun soulagement; le pis, c'est que le bruit des hauts faits du praticien arriva jusqu'à la police; cette personne était atteinte d'une affection contagieuse. Poudre et

bonne mine et son embonpoint. Il est méconnaissable et enchanté de la métamorphose qui s'est opérée. L'appétit et le sommeil sont revenus, les douleurs, les fourmillements n'existent plus, la marche est facile; le réflexe rotulien a reparu. Il prétend voir aussi bien qu'avant sa maladie et a pu reprendre ses travaux sans aucune difficulté.

Œil droit : V = 1/2 très facilement, 2/3 difficilement, lit le n° 1 du livre.

Œil gauche : V = 1/2 très facilement, 2/3 difficilement, lit le n° 2 du livre.

La couleur verte est perçue.

Le champ visuel est normal.

Les papilles sont également normales et rosées.

Le 28 octobre, je revois le malade, qui est en parfait état. Il dit ne s'être jamais mieux porté.

Œil droit : V = 2/3 très facilement.

Œil gauche : V = 2/3 très facilement.

En somme, on peut considérer l'amblyopie comme guérie.

M. X... serait très désireux d'abandonner tout traitement, mais je m'y oppose formellement, et j'obtiens la promesse qu'il continuera à se soigner. Je ne doute pas que, vu l'énergie déployée par le malade jusqu'ici, il ne renonce définitivement à ses funestes habitudes et évite ainsi une rechute fâcheuse.

Je laisse à de plus compétents le soin d'apprécier le fait médical en lui-même qui me paraît un exemple assez net de pseudo-tabes alcoolique: l'influence du régime sur la diminution et ensuite sur la cessation des phénomènes morbides me semble autoriser ce diagnostic.

Je désire seulement m'occuper ici de la question oculaire. A quelle variété d'affection ai-je eu affaire?

Était-ce une atrophie de la papille au début, comme je l'avais cru à un premier examen?

Certes la diminution progressive de l'acuité visuelle, le rétrécissement (léger, il est vrai) du champ visuel, la dyschromatopsie et surtout la coexistence de symptômes tabétiques pouvaient tout d'abord permettre ce diagnostic; d'autre part, l'examen ophthalmoscopique n'était pas concluant; les papilles m'avaient bien paru décolorées, mais elles n'avaient pas le caractère précis de la papille atrophiée, et on sait combien il est souvent difficile d'apprécier une légère différence de coloration. Si, au début, il y avait certaines probabilités en faveur de l'hypothèse d'une altération du nerf optique, ces probabilités favorables devaient bientôt se changer en une certitude contraire. L'amélioration rapide, puis la guérison n'ont pas tardé à prouver que le nerf optique n'avait pas été altéré par le processus, car je ne sache pas qu'il y ait jusqu'ici un seul exemple authentique de guérison d'une atrophie papillaire tabétique. Les prétendues guérisons par des moyens soi-disant héroïques me paraissent basées sur des faits analogues à celui que je rapporte, mal interprétés par les observateurs.

Quelle était donc l'affection de M. X...?

Je suis persuadé qu'il s'agissait d'une maladie bien connue sous le nom d'amblyopie alcoolique qui ressemble par plusieurs côtés à l'atrophie papillaire : diminution progressive de l'acuité visuelle, dyschromatopsie; elle s'en distingue surtout par l'aspect de la papille qui est ou normale ou hyperhémiée et par la présence du scotome central de Færster.

Le diagnostic est souvent très difficile à faire entre les deux affections, alors que l'examen ophthalmoscopique donne des renseignements insuffisants ou que les troubles fonctionnels présentent une certaine similitude. La marche de la maladie éclairera toujours le médecin, car dans le cas d'altération du nerf optique les symptômes s'aggravent, la papille devient blanche, tandis que dans le cas de simple amblyopie, le plus souvent la guérison survient sous l'influence d'une bonne médication et la papille conserve sa coloration normale.

La coexistence, avec des phénomènes tabétiques curables, de cette amblyopie également curable, m'a paru du plus haut intérêt (toute considération théorique à part), car elle peut être la source d'une grave erreur de diagnostic et de pronostic sur laquelle j'ai suffisamment insisté.

Dans certains cas cette affection peut donc simuler l'atrophie vraie; aussi suis-je autorisé à dire que, de même qu'il y a des pseudo-tabes, il existe des *pseudo-atrophies.*

CORRESPONDANCE

La lettre que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, et qui, par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, n'a pu être insérée immédiatement, ayant perdu son caractère d'actualité, M. le docteur Rochard nous a exprimé le désir qu'elle ne soit pas publiée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

UNIFORMITÉ DU PROCESSUS MORBIDE DÉVELOPPÉ PAR LES INOCULATIONS TUBERCULEUSES. Note de M. *G. Colin* (d'Alfort). — Depuis l'année 1867, l'auteur poursuit des recherches importantes concernant les effets des inoculations tuberculeuses sur des animaux domestiques d'espèces différentes. Ses nombreuses expériences lui ont démontré que la pé-

gouttes furent saisies, déposées comme pièces de conviction aux bureaux du Collège de santé. Elles ne pouvaient faire grand mal, car c'était de l'alcool et du sucre de lait; en revanche elles ne pouvaient guérir, de sorte que le danger de contamination pour autrui restait sans atténuation, tel qu'il était au début de la maladie. L'inculpé adopta un bizarre système de défense. « Vous ne pouvez me condamner, dit-il, car je ne pratique point la médecine pour les Danois, mais seulement pour les étrangers; voyez à ma porte; une plaque indique en grosses lettres qu'elle s'ouvre pour eux seuls. Si j'ai vendu des boîtes de sucre de noyau à la veuve de Kolding, c'est uniquement parce qu'elle était étrangère. » Et à propos du trafic irrégulier de médicaments; pas-e pour les gouttes, mais le sucre? L'honorable commerçant l'achetait en gros et le débitait à raison d'une couronne la boîte. N'est-ce donc pas là une opération légitime, n'est-il point permis d'attirer l'attention sur un produit utile dont les propriétés sont mal connues? Le tribunal n'est point entré dans ce système; il a pensé que les lois relatives à l'exercice de la médecine devaient protéger également les étrangers et les nationaux; que l'administration dans un but thérapeutique d'une substance rangée par le Collège de santé parmi les médicaments était assimilable à l'exercice constant de la pharmacie; en conséquence le vétérinaire homœopathe a été condamné à vingt jours de prison et à 200 couronnes d'amende. Dr L. THOMAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE. — La Société médicale d'Indre-et-Loire décernera à la fin de l'année 1886 un prix sur le sujet de pathologie interne suivant : *Des localisations cérébrales au point de vue pathologique.* La valeur du prix est de 200 francs.

Les mémoires écrits en français et non signés devront être adressés au secrétaire de la Société, 42, rue de la Préfecture, à Tours, avant le 1er décembre 1886, et accompagnés d'une devise reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur; ils ne seront pas rendus.

nétration de la matière tuberculeuse dans les voies de l'absorption déterminait d'abord l'affection lymphatique, puis l'affection viscérale, succession des phénomènes semblant indiquer que la première serait le point de départ, ou la cause de la seconde. M. Colin a constaté aussi que l'affection lymphatique, au lieu d'être généralisée, se trouvait toujours limitée à la partie du système dans laquelle la matière étrangère était absorbée ou transportée et que cette tuberculisation lymphatique s'opérait progressivement dans l'ordre précis du transport de la matière tuberculeuse, c'est-à-dire, en réalité, sur le chemin que les éléments virulents suivent pour pénétrer dans la circulation générale.

Recherches sur les fonctions du nerf de Wrisberg. Note de M. *Vulpian*. — Cette nouvelle communication vient compléter celle que l'auteur a faite dans la séance du 23 novembre dernier (voy. *Gazette hebdomadaire* du 27 novembre 1885), le malade dont il résumait alors l'histoire clinique ayant succombé dans la nuit du 20 au 21 décembre. En effet l'autopsie a confirmé le diagnostic émis par le savant professeur, c'est-à-dire l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noisette, siégeant dans la partie supérieure de la moitié droite du bulbe rachidien et remontant en haut, sous le plancher du quatrième ventricule, jusqu'au voisinage immédiat de l'origine réelle du nerf facial droit.

La présence de cette tumeur et son siège expliquent parfaitement les phénomènes observés pendant la vie.

Recherches sur la provenance réelle des nerfs sécréteurs de la glande salivaire de Nuck et des glandules salivaires labiales. Note de M. *Vulpian*. — Après avoir rappelé la disposition anatomique du nerf buccal et les procédés opératoires qui permettent d'isoler la glande de Nuck, M. Vulpian continue en ces termes :

« Je me suis proposé de chercher si les fibres de ce nerf qui se rendent à cette glande et aux glandes labiales, et qui constituent leurs nerfs sécréteurs, appartiennent en réalité au nerf trijumeau, ou si elles proviennent d'autres nerfs, par voie d'anastomoses. Pour cette recherche, j'ai répété mes expériences de faradisation des nerfs crâniens dans l'intérieur du crâne. »

Puis, après avoir indiqué comment il a pratiqué la faradisation, il termine par les conclusions suivantes :

« Il résulte donc de ces expériences que les nerfs sécréteurs de la glande de Nuck et des glandules des lèvres et des joues proviennent du nerf glosso-pharyngien comme ceux de la glande parotide. Comme pour cette glande ces nerfs émanent du rameau de Jacobson. Le nerf pétreux profond externe, un des filets fournis par ce rameau, va s'unir, comme on le sait, au nerf petit pétreux superficiel, et se rend ainsi avec lui au ganglion optique. Tandis qu'une partie des fibres de ce filet du rameau de Jacobson, après avoir traversé ce ganglion, s'unit au nerf temporal superficiel ou auriculo-temporal, et s'en sépare pour former les nerfs sécréteurs de la parotide, une autre partie des fibres de ce filet, au sortir du ganglion optique, s'anastomose avec le nerf buccal, qu'elle quitte ensuite pour constituer les nerfs sécréteurs de la glande de Nuck et des glandules de la lèvre et de la joue.

» Le nerf glosso-pharyngien fournit donc des nerfs sécréteurs à une glande salivaire (la parotide) dont le produit de sécrétion est très fluide, presque complètement dépourvu de viscosité, et à des glandes (glande de Nuck, glandules de la lèvre et de la joue), qui produisent un liquide salivaire très visqueux et filant.

» La faradisation des nerfs qui traversent la caisse du tympan, par le procédé que j'ai indiqué, provoque, comme on pouvait s'y attendre, la sécrétion de la glande de Nuck et des glandules labiales, en même temps que la sécrétion de la glande parotide, de la glande sous-maxillaire et de la glande sublinguale; en un mot, on met ainsi en activité toutes les glandes salivaires. Il se produit en même temps une vive congestion de la membrane muqueuse buccale du côté correspondant, dans toute son étendue, y compris la membrane muqueuse qui tapisse le plancher buccal et celle de la langue.

» M. Heidenhain a montré que, chez le chien, après la section du nerf vago-sympathique, la faradisation du bout supérieur de ce cordon ne provoque pas la sécrétion de la parotide, tandis que, ainsi qu'on le sait depuis longtemps, cette faradisation exerce une action sécrétoire sur la glande sous-maxillaire. J'ai examiné l'effet de l'excitation faradique du bout supérieur du nerf vago-sympathique sur la glande de Nuck et sur les glandules labiales. Cette excitation détermine la sécrétion de ces glandes. La sécrétion ainsi produite est assez active, quoique moins abondante et moins rapide que celle qui suit la faradisation du nerf glosso-pharyngien. »

Académie de médecine.

Séance du 29 décembre 1885. Présidence de M. Bergeron.

M. le docteur *Masse* (de Bordeaux) envoie un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris, rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs*, pour le concours du prix Godard en 1886. (Inscrit sous le n° 1.)

M. le docteur *Amal*, médecin-major à Rodez, adresse un mémoire manuscrit, intitulé : *De la maladie de Dupuytren*. (Renvoi à une Commission composée de MM. *Duplay* et *Cusco*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Bitot* (de Bordeaux), une brochure ayant pour titre : *La protubérance annulaire, premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre des facultés supérieures;* 2° de la part de M. le docteur *Comby*, deux mémoires imprimés, intitulés : *Étiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance* et *Rapport médico-chirurgical sur le fonctionnement en 1884 du Dispensaire spécial pour enfants* de la rue de Crimée, 166, à Paris; 3° le 4° volume de la seconde édition du *Descriptive Catalogue of the pathological specimens contained in the Museum of the R. College of surgeons of England;* 4° au nom de M. *Axel Key* (de Stockholm), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Die Gesundheitsverhältnisse in den Schulen Schwedens.*

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Vedrènes*, inspecteur du service de santé de l'armée, un mémoire imprimé *sur la trépanation du crâne chez les indigènes de l'Aurès.*

M. *Bronardel* dépose un rapport de M. *Lafont*, sur *la toxicologie en Allemagne et en Russie*, pour le concours du prix Godard en 1886.

M. *Mathias-Duval* présente un *Manuel d'embryologie humaine et comparée*, par M. le docteur *Debierre* (de Lyon).

M. *Colin* (d'Alfort) fait hommage du tome 1 de la 3° édition de son *Traité de physiologie comparée des animaux, considérée dans ses rapports avec les sciences naturelles, la médecine, la zootechnie et l'économie rurale.*

M. *Roger* dépose, au nom de M. le docteur *Dechaux* (de Montluçon), une *Observation de tétanos* guéri sous l'influence des émissions sanguines à très haute dose.

M. *Ernest Besnier* présente, de la part de M. le docteur *Rondel*, la relation *d'une épidémie de fièvre typhoïde à Neuville-sur-Saône*. (*Commission des épidémies*.)

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. le docteur *Bonamy* (de Nantes), une brochure *sur l'allaitement des jeunes enfants par les ânesses laitières.* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Gosselin* dépose un mémoire de M. le docteur *Saboia* (de Rio-de-Janeiro) sur *la cure des anévrysmes de l'aorte par la méthode du professeur Guido Baccelli* (de Rome). (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. *Gosselin*, *Léon Le Fort* et *Dujardin-Beaumetz*.)

Décès de M. Parise. — M. *le Président* fait part à l'Académie du décès de l'un de ses associés nationaux, M. le docteur *Parise*, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Commissions. — MM. *Lagneau*, *Léon Colin*, *Brouardel* et *Le Roy de Méricourt* sont désignés pour faire partie d'une Commission chargée d'examiner les mémoires et travaux envoyés à l'Académie sur le choléra en Europe pendant l'année 1885.

L'Académie procède au renouvellement, par tiers, des Commissions permanentes pour 1886. Elles seront constituées ainsi qu'il suit :

Commission des épidémies : MM. Siredey, Féréol, Le Roy de Méricourt, Goubaux, Lancereaux et Dujardin-Beaumetz.

Commission des eaux minérales : MM. Jules Lefort, Vidal, C. Paul, Planchon, Bourgoin et Empis.

Commission des remèdes secrets et nouveaux : MM. Caventou, Méhu, Jungfleisch, Milne-Edwards, Gautier et G. Bouchardat.

Commission de vaccine : MM. Jules Guérin, Blot, Charpentier, Leblanc, Léon Colin et Guéniot.

Commission de l'hygiène de l'enfance : MM. Th. Roussel, Brouardel, Roger, de Villiers, Vallin et Lagneau.

RAPPORTS. — M. *Méhu* lit un certain nombre de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions, toutes négatives, sont acceptées par l'Académie.

Sur des rapports de M. *Bouchardat* (*Gustave*), l'Académie émet des avis favorables à l'égard des demandes adressées par M. le maire d'Alet, pour l'exploitation d'une source d'eau minérale dite « des Eaux-Chaudes », appartenant à cette commune et par M. Lacoste, propriétaire à Vals, pour deux sources, dites « du Progrès et la Parisienne », situées sur le territoire de cette commune. Elle émet un avis défavorable au sujet d'une demande de M. le comte Ravoy, propriétaire à Queyral (Gironde), à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, une source existant dans sa propriété.

ENUCLÉATION DE L'ŒIL. — M. le docteur *Galezowski*, candidat à la place déclarée vacante parmi les associés libres, rapporte l'observation à un cas d'épilepsie des plus violentes, survenue chez un homme de quarante ans et chez lequel un œil était perdu depuis six ans, par suite d'un accident de chasse; cet œil avait été réduit à l'état de moignon après une amputation de l'hémisphère antérieur; six mois après, l'autre œil devint trouble par une névrite optique, coïncidant avec l'apparition des accidents épileptiques. L'énucléation de l'œil blessé amena la guérison de cette névrite optique. M. Galezowski, citant un autre fait analogue, recherche comment l'ophthalmie sympathique a pu se produire; rejetant l'hypothèse de la transmission de l'inflammation le long des vaisseaux lymphatiques du nerf optique, en raison de l'obscurité qui règne encore sur l'existence de ces vaisseaux, il estime qu'il faut plutôt en accuser les nerfs vaso-moteurs, d'où les thromboses et les endartérites sympathiques avec toutes leurs conséquences. Il pense aussi que les accidents épileptiques ont dû être également provoqués par une irritation des nerfs vaso-moteurs dans le trajet des bandelettes optiques et peut-être plus loin, à la surface même des corps genouillés et des couches optiques; ils disparurent en même temps que la cause de l'irritation.

— L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture : 1° du rapport de M. *Caventou*, trésorier, sur le budget de l'Académie en 1885; 2° d'un rapport de M. *Milne-Edwards* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; 3° d'un rapport de M. *Peter* sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la première division (*Médecine*). — Les candidats dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale sont classés dans l'ordre suivant : 1° M. Desnos; 2° M. Dumontpallier; 3° M. Hayem; 4° M. Hallopeau; 5° M. Ferran.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. VIDAL.

Hystérie chez l'homme : M. Féréol. — Un cas de simulation d'infirmité : M. Millard. — Des diverses espèces de concrétions sanguines : M. Hayem. — Ascite chyliforme. Rétrécissement de l'artère pulmonaire; perforation interventriculaire : M. Dumontpallier. — Pied bot tabétique : M. Joffroy. — Renouvellement du Bureau.

M. *Féréol* annonce que l'individu hystérique présenté à la Société dans une des dernières séances par M. Debove, après avoir quitté le service de ce dernier pour fuir les épreuves de suggestion, est entré dans son service à la Charité. Il a ressenti depuis quelque temps des douleurs lancinantes vives dans les jambes, et a même été tout d'abord convaincu, lors du début brusque de ces douleurs dans la rue, que c'était M. Debove qui à distance lui envoyait cette souffrance par suggestion. Cet homme est manifestement syphilitique, il a été soigné et guéri d'accidents spécifiques par M. Fournier, et l'on apprend que, sur ses huit enfants, sept sont morts en bas âge d'accidents convulsifs ou de diphthérie; il est en même temps un hystérique mâle incontestable, mais il semble commencer en ce moment une ataxie locomotrice : il éprouve des douleurs fulgurantes dans les jambes et offre une disparition totale du réflexe patellaire. On pourrait, en présence d'un cas analogue, se demander s'il n'existe pas une neurasthénie chez l'homme syphilitique donnant lieu à un syndrôme semblable à celui de l'hystérie ?

— M. *Laboulbène* soigne en ce moment dans son service le célèbre Chau... On l'endort facilement par l'imposition des mains, et on le réveille d'ailleurs très aisément. Cet individu, par crainte des suggestions de M. Charcot, manifestait l'intention de partir pour son pays; mais M. Laboulbène, pour avoir le temps de l'observer, lui a suggestionné pendant le sommeil hypnotique de ne s'en aller que dans huit jours : il ne songe plus à son départ.

— M. *Millard* présente un jeune garçon, mendiant espagnol, qui, pour exciter la compassion, simulait depuis dix-huit mois une ankylose avec rétraction de la cuisse droite; il progressait en se traînant, accroupi et ficelé sur un large morceau de cuir, la jambe droite repliée sous le siège, la jambe gauche allongée en avant, et en se poussant avec les mains armées de sortes de sandales en bois. Amené à l'hôpital Beaujon, pour une indisposition subite sur la voie publique, il a été examiné avec soin par M. Millard, qui a reconnu la supercherie et a obtenu des aveux complets : l'histoire du pauvre enfant est d'ailleurs trop misérable pour qu'on puisse lui reprocher la simulation d'une infirmité. Quoi qu'il en soit, il marche fort bien debout sur ses deux jambes et sort de la salle de la Société avec une allure très rassurante.

— M. *Hayem* donne lecture d'un mémoire *sur les diverses espèces de concrétions sanguines*. C'est un coup d'œil d'ensemble jeté sur ses travaux relatifs à la question et dont les premiers remontent à 1877. Il admet trois modes de coagulation du sang, d'où trois espèces de concrétions sanguines : 1° *les concrétions hématoblastiques ou par battage;* 2° *les concrétions par stase;* 3° *les concrétions par précipitation.*

Les premières, ou hématoblastiques, sont celles qui se forment autour des corps étrangers introduits dans le vaisseau et sur lesquels vient se battre le courant sanguin : elles se forment autour du corps étranger par altération et adhérence des hématoblastes au contact de ce corps, et s'épaississent par appel de nouveaux hématoblastes rapidement adhérents aux premiers. C'est un véritable manchon hématoblastique. Les choses se passent de cette façon sur l'animal vivant ou chez l'homme lorsque l'on introduit un corps étranger, une aiguille par exemple dans un vaisseau, ou lorsqu'on détermine une lésion traumatique de la paroi artérielle. M. Hayem a même produit, chez le cheval, des lésions de la tunique interne d'une artère, sans altération des autres tuniques, et il a vu encore se produire la concrétion hématoblastique. Ces concrétions ne sont pas uniquement composées d'hématoblastes, mais renferment également un certain nombre d'hématies et de leucocytes, ainsi que des tractus de fibrine reliant entre eux tous les éléments. Elles peuvent devenir assez volumineuses pour obturer les petits vaisseaux; mais, dans les grosses artères ou le cœur, elles restent à l'état de concrétions plus ou moins rugueuses et polypeuses; ce sont les concrétions de l'endocardite et des lésions chirurgicales artérielles. — Les concrétions par stase

résultent de la coagulation en masse du sang contenu dans un segment vasculaire; c'est l'analogue de la formation du caillot dans la palette de la saignée. Il est établi, par l'expérimentation chez les animaux, qu'il faut, pour voir se produire la coagulation du sang stagnant dans un segment vasculaire, ou bien que ce sang soit altéré, ou que la paroi vasculaire soit modifiée; sans quoi le sang stagnant peut rester liquide jusqu'à putréfaction totale. Sans doute il en est ainsi sur le vivant, et comme la paroi vasculaire dans les points où stagne le sang ne tarde pas à s'altérer, la coagulation en masse se produit : c'est le cas pour les compressions veineuses. Mais il semble souvent ne pas exister de lésion des parois vasculaires; aussi Vogel a-t-il créé l'hypothèse et le mot d'inopexie pour indiquer la cause des coagulations marastiques, résidant dans les propriétés mêmes du sang. M. Hayem rappelle que si on lie en deux points la carotide d'un chien avant de lui injecter quelques centimètres cubes de sérum d'un autre chien de même espèce, puis qu'on lie peu de minutes après l'autre carotide de la même façon, le sang reste liquide dans le segment isolé de la première carotide, et se prend au contraire en masse dans la seconde : l'animal pourrait d'ailleurs survivre en parfaite santé si l'on se bornait à lui injecter ce sérum; et, par suite, ce même sang qui se coagule lorsqu'il stagne, ne se coagule pas lorsqu'il circule normalement. Puisqu'on a modifié le sang de l'animal en expérience simplement en y introduisant un plasma sanguin de même nature, mais renfermant un principe coagulateur plus actif, celui du sérum, il est à penser que, dans certaines maladies, il se passe quelque chose d'analogue chez l'homme : le sang en circulation peut alors acquérir un principe analogue à celui du sérum, et par suite se coaguler dans les points où se produit la stase, ou même le seul ralentissement. La plupart des concrétions présentent d'ailleurs des caractères mixtes : au voisinage d'une concrétion hématoblastique, se produit la gêne de la circulation et sans doute la modification du sérum qui amènent la formation d'une concrétion par stase. C'est ce qu'on observe dans les caillots de l'artérite, de la phlébite, dans les anévrysmes où se forment d'abord les caillots hématoblastiques, puis, lorsque la circulation est suffisamment ralentie (compression digitale à distance), la coagulation en masse ou par stase. Ces caillots par stase se rétractent d'ailleurs et expriment leur sérum, comme cela se passe dans un vase à l'air libre; s'ils sont en contact, comme dans une poche anévrysmale, avec un courant sanguin rapide sous forte pression, ils s'expriment complètement, même de leurs globules, et se transforment en caillots laminés, dits actifs. On voit des phénomènes analogues dans la *phlegmatia alba dolens*. — Les concrétions par précipitation ont une pathogénie plus difficile à démêler. On sait que chez les sujets qui succombent après des hémorrhagies multiples, on trouve des lésions très semblables à des infarctus; on constate par exemple dans le purpura hémorrhagique rhumatismal de l'artérite avec oblitération des petites artères; parfois aussi des embolies. Mais l'incertitude est très grande lorsqu'on ne trouve ni thrombose ni embolies, les propriétés spéciales du sang dans ces cas ne pouvant être aisément étudiées, puisqu'il se coagule dès qu'il est sorti des vaisseaux. Naunyn en injectant quelques centimètres cubes de sang *laqué* (dissolution des globules rouges par congélation répétée ou par l'éther) à un lapin aurait produit la mort par coagulation en masse du sang; Plosz et Gyorgyaï auraient obtenu des résultats identiques. Mais M. Hayem n'a réussi qu'une seule fois à déterminer une semblable lésion, et encore en se plaçant dans des conditions un peu différentes. D'ailleurs cette concrétion par précipitation en masse ne paraît pas avoir d'analogies dans la pathologie humaine. Si au contraire on injecte à un chien, du sérum de bœuf, on voit l'animal pris de frisson, accablé, tomber dans l'algidité, avoir des vomissements et du hoquet; aussitôt après l'injection apparaît une diarrhée, bientôt séreuse, puis sanguinolente; les urines se suppriment et la mort a lieu au bout de vingt-quatre heures environ. On trouve des infarctus multiples disséminés, principalement sur toute l'étendue du tube intestinal. Ces lésions résultent d'embolies de petites concrétions sanguines formées sous l'influence d'un sérum étranger : c'est la concrétion par précipitation grumeleuse. Schmidt admet que le sérum du bœuf est particulièrement riche en *ferment de fibrine;* M. Hayem ne veut y voir qu'un principe coagulateur existant en plus ou moins grande quantité dans tous les sérums. Ne peut-on penser que, sous une influence pathologique, le sérum du sang acquiert une semblable propriété et détermine la formation de caillots multiples et d'embolies? M. Urueta a constaté une action de ce genre au venin des serpents.

— M. *Dumontpallier* présente un échantillon du liquide chyliforme extrait de l'abdomen d'un malade atteint de néphrite parenchymateuse. L'analyse a révélé dans ce liquide des peptones. — Il présente également le cœur d'un individu qui avait, pendant la vie, offert un souffle systolique intense au niveau de l'extrémité sternale du troisième espace intercostal gauche, et de la cyanose; le diagnostic porté de perforation de la cloison interventriculaire a été vérifié à l'autopsie. Des accidents de tuberculose pulmonaire étant apparus dans les derniers temps, M. Dumontpallier songea à l'existence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire et constata que le bruit de souffle systolique se propageait avec une moindre intensité vers la clavicule; aussi il admit l'existence du rétrécissement pulmonaire, qui existe en effet très prononcé sur la pièce anatomique. M. Dumontpallier insiste sur ce fait que c'est la cyanose qui l'a conduit à rechercher la perforation interventriculaire, et que, par suite, le mélange des deux sangs a une grande importance séméiologique.

M. *E. Labbé* est d'avis que la cyanose résulte de l'insuffisance apportée dans l'hématose par le rétrécissement pulmonaire.

M. *Féréol* rappelle que c'est, non la communication elle-même, mais la différence de tension entre les deux cœurs qui entraîne la cyanose; lorsque la tension prédomine dans le cœur droit, le sang veineux se mélange au sang artériel et la cyanose apparaît. Il a observé ainsi la cyanose intermittente chez un de ses malades atteint des mêmes lésions que celui de M. Dumontpallier.

M. *R. Moutard-Martin* demande si M. Dumontpallier a attribué le souffle à une perforation parce qu'il y avait de la cyanose, ou s'il a diagnostiqué la perforation d'après la localisation du souffle? Ce bruit morbide ne pouvait-il dépendre du rétrécissement pulmonaire?

M. *Dumontpallier*. C'est le symptôme fonctionnel, cyanose puis phthisie, qui a attiré mon attention sur la localisation exacte du souffle; celle-ci a confirmé mon diagnostic. D'ailleurs je pense avoir perçu deux souffles systoliques, dont l'un plus faible se propageait vers la clavicule et dépendait de l'artère pulmonaire.

M. *Féréol* se demande si dans ce cas, comme chez son malade, le rétrécissement pulmonaire congénital a précédé et déterminé la perforation de la cloison.

M. *Rendu* croit les deux lésions contemporaines; la survie, avec un tel rétrécissement pulmonaire, n'est possible que si la perforation interventriculaire agit comme une soupape de sûreté permettant la décharge du cœur droit. Quant aux deux souffles, ils doivent forcément se confondre à l'auscultation puisqu'ils se produisent au même moment, et dans des points distants à peine d'un centimètre.

— M. *Joffroy* présente des pièces anatomiques démontrant l'existence de dégénérescence atrophique musculaire dans le cas de *pied bot tabétique :* la lésion prédomine sur

le long péronier et le soléaire; les jumeaux très peu altérés avaient amené la tension et la rétraction permanente du tendon d'Achille. On avait constaté pendant la vie des modifications de la réaction électrique. Enfin les nerfs offrent des altérations de névrite parenchymateuse. Il ne s'agit donc pas, comme l'avait cru M. Joffroy, d'un pied bot atonique. L'examen de la moelle n'a pu encore être pratiqué. Ce fait tend à établir la fréquence de l'atrophie musculaire à une certaine période de l'ataxie.

Renouvellement du Bureau : Sont nommés : président, M. Guyot; vice-président, M. Féréol; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires des séances, MM. Legroux et Barth; trésorier, M. R. Moutard-Martin.

— La Société se forme en comité secret.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Fibrome simple lacunaire chez l'homme : M. Le Dentu. — Ablation d'un cancer du corps thyroïde, rapport : M. Humbert. — Inversion de l'utérus traitée par la ligature élastique, rapport : M. Terrier. — Tension dans les abcès tuberculeux : M. Lannelongue. — Observations de calculs vésicaux : M. Guerlain (de Boulogne-sur-Mer). — Présentations de malades : MM. Terrillon et Poulet. — Renouvellement du bureau pour l'année 1886.

M. *Le Dentu* rapproche de l'observation de tumeur du sein, chez l'homme, qu'il a mentionnée dans son rapport de la dernière séance, un fait personnel qu'il vient d'observer. Il s'agit d'un cas, peut-être unique dans son genre, de fibrome simple lacunaire de la mamelle, chez un homme, ayant évolué avec une extrême lenteur, car le malade en faisait remonter le début à plus de cinquante ans. M. Le Dentu, en analysant avec soin les caractères de ce néoplasme, fut conduit à en faire le diagnostic avant son ablation. L'examen histologique, pratiqué par M. Balzer, permit d'en vérifier l'exactitude. En effet, le néoplasme se trouvait constitué par des travées de tissu fibreux pur, circonscrivant des lacunes tapissées par une simple couche d'épithélium.

— M. *Humbert* lit un rapport sur une observation de M. Peyrot : ablation d'un cancer du corps thyroïde; résection de la carotide, de la veine jugulaire et du nerf pneumogastrique au cours de l'opération; pas de troubles fonctionnels consécutifs; mort de la malade trois semaines après par généralisation. Cette observation, malgré l'issue fatale qui la termina, doit être considérée comme un succès opératoire, qui emprunte un intérêt particulier à l'étendue des sacrifices que nécessita l'extirpation complète du corps thyroïde dégénéré. Voici les traits principaux du fait. Une femme de quarante ans voit se développer très rapidement son corps thyroïde, qui en quelques mois atteint le volume d'une tête de fœtus, se composant de deux parties, une médiane mobile suivant les mouvements de la trachée, et une latérale remontant jusqu'à l'angle de la mâchoire et comprimant les gros vaisseaux de la région. M. Peyrot porte le diagnostic de cancer développé dans un goitre ancien. Comme l'état général est bon, qu'il n'y a aucune généralisation de la néoplasie aux viscères, et que la malade réclame avec insistance une opération, le chirurgien, sans se faire illusion sur l'utilité absolue de son intervention, ne croit pas cependant devoir refuser à la malade les chances de survie que pouvait offrir l'opération. La patiente est chloroformée, et la tumeur découverte par une incision des téguments, mais presque aussitôt des accidents de suffocation obligent à pratiquer la trachéotomie. Dès lors l'extirpation, quoique très laborieuse, peut être menée à bonne fin. Le néoplasme, non encapsulé, envoyait de nombreux prolongements dans les interstices celluleux et adhérait aux organes de la région carotidienne, de telle sorte que M. Peyrot dut réséquer plusieurs centimètres de ces vaisseaux; le nerf pneumogastrique, englobé et détruit par le néoplasme, fut également extirpé. La malade subit parfaitement le choc opératoire; elle n'éprouva du fait de la résection des vaisseaux et du nerf aucun trouble encéphalique ou cardiaque; la plaie se comporta régulièrement, et tout faisait présager une cicatrisation complète et prochaine lorsque la malade succomba, à la fin de la troisième semaine, à la généralisation. L'autopsie révéla l'existence de noyaux cancéreux dans les viscères abdominaux, et une infiltration néoplasique des ganglions du médiastin et des plèvres. Les observations de cancer du corps thyroïde sont relativement rares. La chirurgie, autrefois désarmée vis-à-vis des tumeurs diverses de cet organe, peut aujourd'hui leur opposer une thérapeutique active; mais malheureusement, si les ressources opératoires permettent aussi bien l'attaque du cancer que celle des autres dégénérescences, nous ne sommes pas plus armés qu'autrefois contre la récidive. Le fait précédent démontre l'exactitude de l'une et de l'autre de ces propositions. Cependant il est des cas de guérison passagère et assez durable de cancer du corps thyroïde; elles s'observent lorsque le néoplasme est encapsulé. C'est ainsi que, l'année dernière, M. Marchand présentait une semblable opération à la Société de chirurgie; M. Trélat a rapporté également un succès durable. Les cancers du corps thyroïde, s'observant chez les personnes jeunes, se présentent dans des conditions particulièrement heureuses au point de vue de l'absence de récidive, lorsque le néoplasme a été enlevé dans sa totalité. Le succès est, en effet, à cette condition, et c'est ce qu'a compris M. Peyrot, qui n'a pas hésité à réséquer les vaisseaux et le nerf pneumogastrique, afin de ne laisser échapper aucune partie dégénérée. Les dangers d'une extirpation incomplète justifient ces sacrifices, que l'événement a montrés être parfaitement compatibles avec l'existence. Sans doute, la compression vasculaire et nerveuse exercée par le néoplasme a rendu anodine cette résection d'organes importants en préparant lentement leur suppléance fonctionnelle. Pour ce qui touche au manuel opératoire de l'extirpation du cancer thyroïdien, M. Humbert ne veut dire qu'un mot sur la nécessité de la trachéotomie préliminaire, il pense qu'il y a avantage à la pratiquer au début de l'opération et dans tous les cas; les adhérences de la trachée à la tumeur, le ramollissement de ses anneaux la rend, dans la très grande majorité des cas, indispensable au cours de l'opération, et il vaut donc mieux la pratiquer à ses débuts, où elle est facile, que de s'exposer à perdre du temps à rechercher le tube aérien lorsque l'opération est en cours d'exécution.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une observation adressée par M. Defontaine (du Creuzot) et relative à une opération d'inversion utérine incomplète traitée par le ligateur élastique de M. Périer. La malade était atteinte de son affection depuis treize ans. Prenant l'inversion de l'utérus pour un polype, on avait dirigé contre elle divers traitements sans résultat. M. Defontaine, après avoir reconnu la véritable nature de la maladie, essaya de réduire l'utérus inversé par le taxis, et de le maintenir au moyen d'un pessaire à air. Il n'obtint aucun résultat, et en présence des pertes de sang de la malade et de son affaiblissement croissant, il se décida à pratiquer l'amputation de l'utérus par la méthode élastique. Il se servit du procédé et de l'instrumentation de M. Périer, à l'exception d'une pince spéciale, avec laquelle il amena l'utérus au dehors. Bien qu'ayant rencontré quelques petites difficultés dans la ligature du corps utérin avec le fil de soie, dont le nœud glissa à diverses reprises, il put le plus simplement et le plus heureusement du monde mener à bonne fin son opération. L'opérée ne présenta aucune réaction pendant les trois semaines que mit à se détacher la portion

de l'utérus ligaturé. La malade ayant été revue quelques semaines après, on constatait par le toucher vaginal la présence du col utérin à sa place normale, avec sa forme, son volume et sa consistance ordinaires, au point qu'il semblait que l'utérus n'avait pas été réséqué. L'examen de la portion utérine enlevée montre que la surface péritonéale avait, après treize ans, conservé son revêtement épithélial intact.

M. *Guéniot* conseille de cirer le fil de soie, afin de prévenir le glissement du nœud, ainsi qu'on le fait pour la ligature du cordon ombilical.

M. *Tillaux* a pratiqué l'année dernière, avec un plein succès, une opération d'inversion utérine d'après le procédé de M. Périer. L'affection datait de quelques mois, la malade était extrêmement affaiblie et se rétablit très rapidement.

M. *Polaillon* cite également deux faits de sa pratique heureusement terminés après l'opération par le procédé de M. Périer. Chez une de ses malades atteinte d'inversion incomplète, le col présentait après l'opération tous ses caractères normaux. La femme a continué à être parfaitement réglée et à avoir des rapports sexuels comme auparavant.

M. *Delens* s'étonne que dans l'opération de M. Defontaine l'utérus ait mis trois semaines à se détacher; en général il ne faut guère plus de dix jours pour que la section élastique soit complète.

M. *Trélat* a fait, il y a trois ans, à l'hôpital Necker la section d'un utérus inversé avec le ligateur de M. Périer. La section a mis onze jours à s'effectuer. La malade n'a pas eu ses règles depuis, mais elle s'est mise aussitôt à engraisser de façon à devenir véritablement énorme.

M. *Pozzi* rappelle un fait analogue d'obésité considérable après l'ablation d'un utérus.

M. *Terrier* répond à M. Guéniot que les règles de l'antisepsie s'opposent à ce que l'on cire les fils de soie dans les opérations chirurgicales et que dans l'ovariotomie par exemple il serait absolument imprudent de le faire. On doit donc chercher à prévenir le glissement du nœud des fils à l'aide d'un autre artifice. C'est précisément le glissement de ce nœud qui, en empêchant de serrer la ligature pendant les premiers jours, a retardé si longtemps la chute de l'utérus. La question d'obésité à la suite de l'extirpation de l'utérus ne saurait encore être résolue; M. Terrier pense qu'elle se lie à des conditions de prédisposition individuelle.

— M. *Lannelongue* communique les résultats de très intéressantes expériences sur la tension dans les abcès tuberculeux et sur les effets de l'extension continue sur les variations de cette tension. Ces expériences sont divisées en trois catégories. Dans une première catégorie on a mesuré la tension des abcès froids en général et on a trouvé qu'elle était égale en moyenne à 17 millimètres. Dans deux cas elle s'est élevée à 3 et à 5 centimètres; mais alors il s'agissait d'abcès du tronc et les mouvements de la respiration, auxquels s'ajoutaient les efforts et les cris du petit malade, font aisément comprendre la raison de cette tension élevée. La deuxième catégorie d'expériences a eu pour but d'étudier l'influence de l'extension continue sur les abcès arthropathiques. Elle a démontré que l'extension élevait la tension de ces abcès d'un à deux millimètres. Enfin dans la troisième série de faits expérimentaux on a mesuré la tension des abcès traités par la méthode des injections éthérées. L'augmentation de la tension dans ces circonstances est considérable et s'élève jusqu'à 5 centimètres. On comprend toute l'importance de ces résultats au point de vue de la résorption du contenu des abcès.

— M. *Guerlain* (de Boulogne-sur-Mer) communique deux observations de calculs vésicaux. Dans l'une le calcul a été extrait avec succès par la taille hypogastrique; dans l'autre le malade a succombé à la pyélo-néphrite avant que l'on soit intervenu. Dans ce dernier cas la pierre énorme occupait toute la capacité vésicale.

— M. *Terrillon* présente une femme de vingt-sept ans, chez laquelle il a pratiqué l'extirpation d'un énorme fibro-sarcome partant du ligament de Fallope et remplissant toute la fosse iliaque interne. La tumeur enlevée mesurait 35 centimètres de long sur 25 centimètres de large et pesait 5kg,500. Elle adhérait sur une large étendue au péritoine, qui dut être laborieusement disséqué. La guérison, survenue sans encombre, se maintient parfaite.

— M. *Poulet* présente un malade chez lequel il a pratiqué une uranoplastie pour une perforation syphilitique de la voûte palatine. Il s'est servi du procédé de Baizeau et a obtenu un résultat complet.

— Au cours de la séance la Société a procédé par élections au renouvellement de son bureau pour l'année 1886. Ont été élus :

Président, M. Horteloup, vice-président sortant.
Vice-président, M. Lannelongue.
Secrétaire général, M. Chauvel.
Premier secrétaire, M. Delens.
Deuxième secrétaire, M. Terrillon.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. D'ARSONVAL, VICE-PRÉSIDENT.

Souvenirs latents et suggestion à longue échéance chez les hypnotisés : M. Bernheim. — Effets physiologiques et toxiques de l'acéto-phénone : M. Laborde. — Transmission par les artères des excitations appliquées à la capsule interne : M. E. Dupuy (Discussion : M. François-Franck). — Caractères chimiques et réactions de la spartéine : M. Œchsner de Coninck. — Détermination des plus faibles diminutions de clarté perceptible : M. Charpentier. — Élection d'un membre titulaire : M. Rémy.

M. *Bernheim* (de Nancy) lit un mémoire sur les souvenirs latents et les suggestions à longue échéance. Il développe, en énonçant de nombreux faits à l'appui, cette proposition que les impressions perçues par les somnambules pendant leur sommeil, quoique paraissant absolument éteintes, se manifestent par des actes si l'on affirme au sujet qu'il va tout se rappeler; « il se met spontanément dans l'état de concentration psychique nécessaire pour que le souvenir se réveille. »

M. Bernheim ajoute que, chez certaines personnes, les impressions produites pendant la simple occlusion des yeux s'effacent les yeux ouverts, et réapparaissent les yeux fermés. Il arrive aux conclusions suivantes :

« 1° Les impressions produites dans le sommeil artificiel ou provoqué sont toujours conscientes au moment où elles sont produites.

» 2° La conscience de ces impressions, éteinte au réveil du sommeil provoqué, peut toujours être évoquée par simple affirmation.

» 3° Les souvenirs latents de l'état hypnotique peuvent se réveiller spontanément dans certains états de concentration psychique.

» 4° L'idée des suggestions à réaliser à longue échéance ne reste pas inconsciente jusqu'au jour de l'échéance; la conscience de l'idée déposée dans le cerveau pendant l'état hypnotique peut se réveiller par moments, comme les autres souvenirs latents, dans les mêmes états de concentration psychique. »

— M. *Laborde* communique les résultats de ses expériences avec l'acéto-phénone (*hypnone* de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé), sans insister sur le mécanisme des accidents, qu'il se réserve d'étudier dans la prochaine séance.

Sur le cochon d'Inde, l'acéto-phénone injectée sous la peau produit à la dose de 1/2 à 1 centimètre cube une torpeur profonde qui aboutit à la mort; la respiration d'abord fréquente devient plus tard anxieuse, asphyxique; le cœur très accéléré manifeste une diminution progressive de sa force d'impulsion; la température s'abaisse rapidement de plusieurs degrés. Chez cet animal la dose somnifère semble être, en même temps, la dose toxique mortelle.

Chez le chien les injections hypodermiques même de 3 grammes ne sont pas parvenues à amener le sommeil; dans l'estomac, l'acéto-phénone provoque le vomissement sans somnolence. Par l'injection intra-veineuse, avec des doses moindres, le sommeil profond est obtenu; l'anesthésie est immédiate et complète; les pupilles se dilatent; les réflexes s'atténuent; la pression artérielle s'abaisse vraisemblablement par suite d'une diminution de l'action cardiaque, car les pulsations du cœur s'affaiblissent et les bruits deviennent de moins en moins perceptibles; la respiration se modifie profondément et arrive bientôt à prendre le caractère asphyxique.

— M. *E. Dupuy*, rappelant qu'il a trouvé que l'excitation localisée de divers points de la capsule interne provoque des mouvements des membres aussi indépendants que ceux qu'on obtient en excitant les divers points qui entourent le sillon crucial, explique la production de ces mouvements de la façon suivante : à ce niveau, comme au niveau de l'écorce, des artères avec leurs nerfs pénètrent dans la substance cérébrale; c'est en suivant le trajet de ces vaisseaux et non en se transmettant par des conducteurs centraux moteurs que les excitations provoquent les mouvements. La preuve en est que dans les intervalles des points de pénétration des vaisseaux on n'obtient pas de contractions.

M. *François-Franck* fait observer que cette preuve n'établit en aucune façon la valeur de l'explication proposée par M. Dupuy : qu'il y ait des vaisseaux au niveau même des fascicules nerveux mis en jeu par l'excitation, cela est fort possible, mais il ne s'ensuit pas que ce soient les artères et non les tubes nerveux du faisceau pyramidal qui conduisent les excitations jusqu'aux noyaux d'origine des nerfs moteurs; à priori ce mode de transmission est invraisemblable et l'expérience a montré, d'accord avec les données anatomo-cliniques, que la dégénération du faisceau pyramidal, malgré la conservation des voies artérielles, supprime les réactions motrices. Du reste il se propose de présenter en son nom et au nom de M. Pitres la critique détaillée de tous ces faits quand M. Dupuy aura terminé la série de ses communications.

— M. *Œchsner de Coninck* expose les caractères chimiques qui rapprochent la spartéine des alcaloïdes proprement dits dont les sels doubles sont tantôt stables, tantôt instables et qui éloignent cette substance des alcaloïdes pyridiques et des alcaloïdes quinoléiques.

Il indique ensuite les réactions de la spartéine qui sont identiques à celles de la nicotine et de quelques dipyridines.

— M. *Charpentier* (de Nancy) adresse une note qui contient l'indication d'une méthode pour la détermination des plus faibles *diminutions de clarté* perceptibles; il avait déjà étudié la perception des différences de clarté en déterminant la plus faible augmentation d'intensité que l'on devait faire subir à des surfaces lumineuses pour procurer une perception nouvelle : c'est le même problème retourné qu'il aborde aujourd'hui. (Voy. le *Bulletin* de la Société, n° 42, p. 734.)

— Le dépouillement du scrutin pour la nomination d'un membre titulaire fournit les résultats suivants : votants, 47; 25 voix à M. Rémy; 20 voix à M. R. Dubois; 2 bulletins blancs.

M. Rémy est élu membre de la Société de biologie.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Action hypnotique de l'acéto-phénone en injections trachéales : M. Grasset. — Mécanisme de l'action toxique de l'acéto-phénone : M. Laborde. — Tétanos rythmique des muscles des invertébrés : M. de Varigny. — Action gustative des métaux : MM. Gley et Ch. Richet. — Action modératrice du nerf spinal sur le cœur : M. Livon. Discussion : M. François-Franck. — Injections dans les veines d'animaux de l'urine de cholériques : M. Livon. — Action toxique du Rouge de Bordeaux : M. Caillol de Poncy. — Photographie d'un mégaptère : M. Beauregard. — Locomotion du cerveau : M. Luys.

M. *Grasset* (de Montpellier) adresse une note relative à l'action hypnotique de l'acéto-phénone, à propos des expériences présentées par M. Laborde dans la dernière séance. Il conclut en disant que la substance qui n'endort pas, ainsi que l'a vu M. Laborde, en injection hypodermique ou stomacale, qui endort en tuant par injection veineuse, endort sans tuer quand on l'introduit dans le poumon par la trachée.

— M. *Laborde* complète sa communication de la séance précédente en indiquant le mécanisme physiologique des troubles circulatoires et nerveux observés par lui sous l'influence de l'acéto-phénone. Il a constaté la diminution notable de l'excitabilité du pneumogastrique (effet cardiaque modérateur) ; la diminution de l'activité motrice des circonvolutions excitables du cerveau; la diminution d'amplitude et même l'extinction presque complète des changements de volume du cerveau, qui coïncide avec la dépression fonctionnelle mentionnée plus haut.

Il ajoute qu'au point de vue thérapeutique l'acéto-phénone ne se présente pas dans les conditions d'innocuité voulues pour qu'on en puisse recommander l'emploi avec quelque sécurité, mais que cependant il n'y a pas lieu de le proscrire d'une façon absolue.

A propos de la note de M. Grasset, M. *Laborde* fait remarquer que, s'il n'a pas fait d'injections trachéales, il a pratiqué des injections pleurales qui peuvent être considérées comme équivalentes.

— M. *de Varigny* adresse une note sur le tétanos rythmique des muscles chez les invertébrés marins. Cette forme de contraction s'observe aussi bien sur les muscles lisses que sur les muscles striés sous l'influence de courants de pile et de courants induits; elle existe particulièrement dans les muscles à action normalement rythmique, et sa cause productrice réside dans le tissu musculaire lui-même et non dans les centres nerveux qui l'animent.

— MM. *Gley* et *Ch. Richet* communiquent les résultats de leurs expériences sur les effets gustatifs de métaux ayant un poids atomique différent, mais possédant des propriétés chimiques voisines; ils ont choisi le groupe des métaux alcalins (lithium, sodium, potassium, rubidium) dont les propriétés chimiques sont analogues, mais dont les poids atomiques diffèrent comme 7, 23, 39, 85 : ils concluent que l'action physiologique des métaux alcalins est égale et qu'elle est proportionnelle non au poids absolu, mais au poids moléculaire de leurs sels. Par conséquent cette action est un phénomène d'ordre chimique, puisqu'elle s'opère suivant les mêmes lois que les actions chimiques ordinaires.

— M. *Livon* expose les conclusions de ses expériences sur la part que prend le nerf spinal à l'innervation modératrice du cœur : c'est à l'anastomose de la branche interne du spinal que le pneumogastrique doit son influence cardiaque modératrice.

M. *François-Franck* fait remarquer que le fait est établi depuis trente ans par les expériences de Waller (1856), qu'il a été confirmé par Schiff (1859-1864), par Heidenhain et Datskiewicz (1864), enfin par lui-même en 1876; il a donné sur cette question une étude détaillée à la Société

en 1881 (*C. R. Soc. biol.*, 12 février 1881; *Bulletin*, p. 78-83).

— M. *Livon* rapporte quelques expériences qu'il a faites en injectant dans les veines de deux chiens de l'urine de cholériques : les résultats ont été absolument négatifs.

— M. *Caillol de Poncy* a étudié les effets du Rouge de Bordeaux et contaté que cette substance n'a d'action toxique qu'à hautes doses.

— M. *Beauregard* montre la photographie d'un mégaptère échoué au Brusc, près de Toulon.

— M. *Luys* a exécuté de nouvelles expériences pour répondre aux objections qui lui avaient été faites à propos des mouvements de locomotion du cerveau dans les diverses attitudes.

Il a cherché à déterminer les rapports du cerveau et de la paroi crânienne en employant un procédé (qui avait été recommandé dans la *Gazette hebdomadaire*, 1884, p. 377 et dont il a été question ces derniers temps à la Société d'anthropologie, 4 nov. 1885) : la *congélation de la tête* sur des sujets placés dans diverses attitudes. Il a vu ainsi que quand la tête est placée horizontalement, « la masse du cerveau rétrocède en s'affaissant sur la région occipitale en laissant au niveau des lobes frontaux, entre les lobes et les parois osseuses, un espace libre occupé par du liquide céphalo-rachidien congelé au milieu de tractus de tissu cellulaire induré. » D'autres expériences conduisent l'auteur à maintenir ses premières conclusions, à savoir que « le cerveau se déplace suivant les diverses attitudes de la tête et que ses mouvements de glissement sont favorisés par une séreuse appropriée : cette séreuse est l'arachnoïde, dont le rôle physiologique se trouve ainsi légitimement expliqué. »

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUHOMME.

Propriétés thérapeutiques de l'adonidine (M. Arnaud Durand) : M. C. Paul. — Même sujet : M. Huchard. — Renouvellement du bureau.

M. *C. Paul* analyse à grands traits un travail original adressé à la Société par M. Arnaud Durand et dans lequel l'auteur étudie l'action comparée des divers médicaments cardiaques; après avoir rappelé les recherches faites en Russie sur ce sujet, il passe en revue la caféine, la digitaline, la spartéine et l'adonidine. Il résulte des expériences qu'il a entreprises au sujet des propriétés spéciales de l'adonidine que celle-ci possède une action régulatrice manifeste sur les mouvements du cœur et sur le pouls, sans présenter les inconvénients qu'offre parfois la digitaline.

M. *Wurtz* montre aux membres de la Société un échantillon d'adonidine qu'il a préparée et qu'il a obtenue cristallisée en gros cristaux par le procédé de Cervello.

M. *Huchard* donne lecture d'une note sur l'action thérapeutique de l'adonidine et place sous les yeux de ses collègues une série de tracés cardiographiques et sphygmographiques recueillis chez des malades en traitement. L'adonidine est le glucoside de l'*Adonis vernalis*, plante de la famille des Renonculacées, qui fleurit en avril et se plaît dans les terrains calcaires; sa corolle est d'un rouge vif, qui lui a valu le nom vulgaire de *goutte de sang*. La plante fraîche possède une action vésicante, caustique, qu'elle perd par la dessiccation; cette action est utilisée dans certains pays, par exemple en Afrique et en Sibérie, où l'on se sert d'un *Adonis* d'espèce voisine auquel on a donné le nom de *vesicatoria :* la plante fraîche écrasée et réduite en pulpe entre deux pierres est employée pour obtenir la vésication. L'adonidine a été extraite de la plante par Cervello et préparée sous forme d'une poudre amorphe, jaunâtre, de saveur amère; elle a été expérimentée pour la première fois par Lesage et par Mortagne. Il faut environ 10 kilogrammes de la plante pour obtenir 2 grammes de substance active. Lesage a constaté, dans ses expérimentations sur la grenouille, que les mouvements du cœur diminuent de fréquence, en même temps que se produit un état tout spécial de rigidité de la paroi ventriculaire qui devient pâle et exsangue; enfin le cœur s'arrête en systole. M. Huchard a répété ces expériences sur des cobayes; il a noté, à la suite de l'injection hypodermique de 1 à 2 centigrammes d'adonidine, la diminution du nombre des respirations et des battements cardiaques, l'apparition de phénomènes paralytiques, l'abaissement de la température, et la mort au bout de quinze à vingt minutes. Chez l'homme, on peut administrer l'infusion d'*Adonis vernalis* à la dose de 4 à 8 grammes, à prendre en quatre fois dans la journée; ou mieux encore, l'adonidine elle-même, en pilules de 5 milligrammes, jusqu'à concurrence de quatre à cinq par jour. M. Huchard relate plusieurs observations dans lesquelles l'action de l'adonidine a été manifeste. Chez un homme atteint de néphrite interstitielle, avec bruit de galop cardiaque, anasarque, asystolie commençante, et chez lequel la spartéine était restée sans effet, l'administration de cinq à six pilules de 5 milligrammes d'adonidine par jour, ramena une abondante diurèse; mais on dut cesser momentanément l'usage de l'adonidine à cause des nausées, des vomissements et de la diarrhée qu'elle avait déterminés. La quantité d'urine ayant diminué de nouveau, on reprit l'administration de l'adonidine et la diurèse s'éleva rapidement de 2 à 6 litres. En même temps la pression artérielle devint plus forte, le pouls plus ample et plus régulier; le bruit de galop et l'œdème disparurent complètement. Chez une femme présentant une affection mitrale sans souffle, on vit apparaître un bruit de souffle systolique très net sous l'influence de la plus grande énergie des contractions cardiaques, déterminée par l'usage régulier de l'adonidine. Enfin, dans le cas de fièvre typhoïde, lorsqu'il existe un abaissement considérable de la pression artérielle, on pourrait employer sans doute l'adonidine avec avantage pour relever la tension sanguine dans les artères. M. Huchard fait observer, en terminant, que l'on a parfois administré l'adonidine à la dose de 12, 15 et jusqu'à 16 centigrammes par jour; mais ce sont là des quantités excessives, qui ne sont pas exemptes de danger; il convient, en général, de ne pas dépasser la dose de 1 à 2 centigrammes.

M. *Limousin* demande quel est le poids d'extrait qui correspond à une dose donnée d'adonidine.

M. *Huchard* n'a pas employé jusqu'ici l'extrait d'*Adonis vernalis* et n'a pu, par suite, établir le rapport entre l'activité de cet extrait et l'adonidine elle-même à l'état de pureté.

M. *Wurtz* fait observer que d'après ses recherches le rendement de la plante en adonidine pure est plus considérable que ne l'a dit Cervello; par le procédé même de cet expérimentateur, il a pu obtenir plus de 2 grammes d'adonidine pour 10 kilogrammes d'*Adonis vernalis*.

Renouvellement du bureau : Sont nommés, pour l'année 1886 : président, M. *Cadet de Gassicourt;* vice-président, M. *Limousin;* secrétaire général, M. *C. Paul;* secrétaires des séances, MM. *E. Labbée, J. Michel, Grellety;* trésorier, M. *Gayet;* archiviste, M. *Créquy*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Paralysie congénitale complète des moteurs oculaires communs des deux côtés. Intégrité des mouvements de l'iris et de l'accommodation. — Dans une communication faite à la Société de médecine de Chicago le 7 septembre 1885, le docteur R. Tilley rapporte le cas d'un enfant de douze ans, dont la mère nota, peu de jours après sa naissance, qu'il lui était impossible de lever les paupières supérieures ; les branches du moteur oculaire commun étaient paralysées dès cette époque; il n'y a d'intactes que celles qui se rendent à l'iris et au muscle ciliaire. Le père et la mère sont vivants; n'a eu qu'un frère, mort très jeune; cet enfant marcha tard, néanmoins l'intelligence est assez développée; ses progrès à l'école ont été satisfaisants. Les deux paupières recouvrent les globes oculaires; on n'observe aucun effort du côté des muscles du front pour les relever. Vers le côté externe de la paupière et correspondant au bord du cartilage tarse, on voit un repli qui n'existait pas il y a un mois. L'enfant peut tenir sa tête droite, mais il la porte un peu en arrière, de manière à corriger les effets de la déviation des globes oculaires attirés par les obliques supérieurs. Il se sert de préférence de l'œil gauche, bien que l'acuité visuelle soit meilleure du côté droit. Lorsque l'on relève les paupières, les yeux dans leur situation ordinaire ne peuvent regarder directement en face; quand il veut voir à droite, il penche la tête à gauche. Les seuls mouvements de l'œil sont ceux qui résultent de l'antagonisme du droit externe et de l'oblique supérieur. L'écartement des axes est tel que la diplopie ne peut se produire. $OD := V\frac{6}{36}. OGV = \frac{6}{100}$. Lit n° 8. S. à 6″; pas d'amélioration par les verres. La pupille change de forme à la lumière; l'accommodation est possible. Rien au fond de l'œil. Pas d'autres anomalies sensorielles. L'auteur rattache la lésion à la syphilis héréditaire (du côté paternel). Traitement spécifique; électricité. Au moment où la communication fut faite, il y avait une très légère amélioration. (*The Chicago med. Journal and Examiner*, octobre 1885, vol. LI, n° 4, p. 305.)

Une épidémie de pneumonie franche. — Le docteur T. Brooes van Dort rapporte l'histoire résumée d'une épidémie qu'il a eu l'occasion d'observer à Kuilenburg et tâche d'en tirer quelques déductions relativement à l'ordre du jour de la spécificité de la maladie. L'épidémie commença au mois de décembre 1884 et dura jusqu'en juin 1885 ; il y eut 130 cas, dont 20 furent mortels. Les premiers furent observés chez trois ouvriers agricoles, pris quelques jours après le battage de l'avoine ; 2 moururent; la résorption fut très lente chez le troisième, il eut même un foyer de pleurésie purulente enkystée. Ces individus âgés de cinquante à soixante ans, travaillaient ensemble et furent pris le même jour. La femme S..., âgée de cinquante-quatre ans, est atteinte sept jours après la visite qu'elle a faite à un individu atteint de la même maladie. Celui-ci, dont le cœur était en dégénérescence graisseuse, meurt au bout de trois jours. Un homme, âgé de soixante ans, qui est également venu le voir, est atteint et succombe au bout de quatorze jours. Un autre, robuste en apparence, mais syphilitique, succombe au bout de dix jours (paralysie cardiaque). Son beau-frère est pris et meurt également dix jours plus tard d'une néphrite parenchymateuse intercurrente.

Chez une petite fille de cinq ans, une pneumonie gauche est suivie d'un épanchement pleurétique du même côté, qui devient rapidement purulent. Opération de l'empyème et, quelques jours plus tard, opération d'Estlander; guérison. La domestique est prise à son tour d'une pneumonie qui suit exactement la même marche. L'auteur croit que le foyer purulent enkysté qui nécessita l'opération d'Estlander était un véritable abcès du poumon. Elle avait été transportée dans sa famille; elle était au quatorzième jour de sa maladie lorsque son père fut pris : il succomba huit jours plus tard; un journalier travaillant dans la maison y contracta une pneumonie dont il guérit au bout de trois semaines. Un voisin qui les avait veillés en est atteint à son tour.

Un homme pris au commencement de février présente des complications gastro-intestinales; son beau-fils et un enfant de six ans qui habitent la même maison en sont bientôt atteints; tous les deux guérissent. Le marinier V... habite, avec sa femme et ses quatre enfants, la cabine d'un bateau à tourbe : une fillette de dix ans contracte une pneumonie suivie de pleurésie; le marinier, sa femme et les autres enfants (âgés de sept à quatorze ans) furent tous pris, tous guérirent.

L'auteur rapporte encore plusieurs faits également probants et conclut que la pneumonie lobaire franche (croupeuse-pneumonie) est une maladie infectieuse qui se développe par l'introduction dans l'économie d'un contagium externe et peut régner épidémiquement. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 14 novembre 1885, n° 46, p. 957.)

Névrome du nerf médian, par M. GODLEE. — Un garçon âgé de sept ans et dix mois, entre à l'hôpital le 2 février pour une tumeur située dans la région palmaire de la main dont il a constaté l'existence un an auparavant environ. Elle n'a jamais déterminé le moindre trouble, ni aucun inconvénient; il ne donne aucune raison qui puisse expliquer sa présence, elle est, dit-il, stationnaire dans son développement. La santé générale est très bonne. La tumeur siégeant dans la main gauche est circonscrite, semi-fluctuante, située sous l'aponévrose palmaire; les sensations produites par la palpation font naître l'idée qu'on est en présence d'un ganglion palmaire; la tumeur n'est pas réductible ; les manipulations à sa surface ne déterminent pas de douleur; la sensibilité des doigts est normale; aucune pigmentation anormale, aucun battement.

M. Godlee, après avoir endormi le malade et appliqué la bande d'Esmarch, fait sur la tumeur une incision d'un pouce et demi de longueur; par cette ouverture il croit reconnaître, ainsi qu'il s'y attendait, une tumeur graisseuse; elle fait hernie à travers la plaie et sa surface est facilement isolable. En essayant de la séparer des parties profondes on trouve qu'elle est maintenue par un mince pédicule qui se prolonge sur le ligament annulaire et envoie des prolongements sur les branches du nerf médian ; il est dès lors évident qu'il s'agit d'une néoplasie provenant de ce nerf. On essaye de séparer la tumeur des troncs nerveux au risque de couper quelques filets; finalement on laisse dans la plaie une partie de la néoplasie.

Pansement antiseptique, guérison sans le moindre incident, le petit malade quitte l'hôpital dix jours après l'opération. Après quelque temps, en dehors d'un peu d'engourdissement et d'anesthésie du pouce et de l'index, il ne conserve aucun trouble imputable à l'opération.

C'est là, fait remarquer l'auteur, un cas intéressant en raison de son extrême rareté et de la difficulté du diagnostic. Le chirurgien s'attendait à trouver un lipome et nullement la tumeur qu'il a rencontrée. (*The medical Times*, 29 août 1885, p. 282.)

BIBLIOGRAPHIE

Causes et prévention de la cécité, par le docteur E. Fuchs, professeur d'ophthalmologie de l'Université de Liège; traduction par le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice national des Quinze-Vingts. Paris, G. Steinheil, 1885.

Membre du jury international, nommé par le Congrès d'hygiène de Genève (1882), pour examiner les travaux envoyés au concours du prix fondé par la Société pour la prévention de la cécité, M. le docteur Fieuzal a cru rendre service, non seulement aux médecins et au public, mais encore aux autorités chargées de veiller à la santé publique, en nous donnant une traduction du mémoire couronné à La Haye en 1884. Dans son rapport sur les ouvrages envoyés à la Commission dont il était le secrétaire, le docteur Haltenhoff n'a pas assez d'éloges pour le mémoire du docteur Fuchs, et il exprime le désir qu'il soit traduit dans toutes les langues et très largement répandu. Son désir est aujourd'hui satisfait.

Pour le professeur de Liège, est *aveugle*, celui dont la force visuelle est assez diminuée, pour le rendre incapable d'apprendre aucun des métiers nécessitant l'usage appliqué des yeux. Cette définition est sans nul doute inacceptable au point de vue scientifique, mais elle ne manque pas de justesse en ce qui concerne la Société. Si l'on calcule, en effet, quelle somme coûte aux États de l'Europe l'entretien des milliers d'aveugles qu'ils renferment, on voit qu'elle atteint et même dépasse 100 millions. Encore faudrait-il ajouter à ce chiffre la perte de travail qui résulte de la cécité.

Suivant pas à pas le programme posé par le Congrès d'hygiène, Fuchs étudie successivement les maladies des yeux de cause héréditaire, les affections oculaires de l'enfance, les myopies produites par l'étude, les lésions visuelles consécutives à des maladies générales, fièvres aiguës, intoxications, etc. Dans tous ces chapitres, qui résument des données aujourd'hui bien établies, les moyens préventifs sont surtout longuement et judicieusement étudiés. On y trouvera des détails intéressants sur l'influence de la syphilis, de la lèpre, de la scrofule, de la consanguinité des parents, sur les avantages des colonies de vacances et des sanatoria, trop rares encore dans notre pays.

L'hygiène des écoles est actuellement si étudiée, qu'il ne reste rien à en dire, il n'y a plus qu'à en appliquer les préceptes. Malheureusement, pendant que les travaux des Commissions s'entassent dans les cartons ministériels, garçons et filles, lycéens et écoliers, continuent de s'abîmer la vue, en travaillant beaucoup trop longtemps et dans les conditions les plus mauvaises. Ce n'est pas de sitôt qu'architectes et autorités administratives suivront l'impulsion de la science dans l'installation des écoles.

Sous le nom d'inflammations blennorrhéiques, Fuchs réunit les conjonctivites purulente, granuleuse, papillaire, dont le microbe spécifique est le *gonococcus*. Cette interprétation est-elle exacte? Nous ne le croyons pas; mais en faisant de la contagion, du transport direct, le mode de propagation le plus commun des ophthalmies graves, elle a l'immense avantage de conduire à des mesures de prévention. Contre l'ophthalmie des nouveau-nés, ces précautions ont fait merveille; contre le trachôme, elles sont d'un emploi plus difficile, au moins dans la population civile. Les mesures d'isolement, les visites médicales, le traitement forcé, applicables dans l'armée et dans les établissements publics, ne sauraient être mis en pratique, bien qu'en dise l'auteur, dans d'autres milieux. Nous ne pouvons en effet accepter l'opinion de Fuchs sur l'utilité, la nécessité de ces mesures coercitives qu'il propose, qu'il édicte avec tant de facilité. Règlements, arrêtés, décisions administratives, sont plus aisés à prescrire que commodes à faire exécuter, et, malgré l'opinion des oculistes, je doute que les gouvernements veuillent les suivre dans cette voie.

Qu'on demande la diffusion de l'enseignement ophthalmologique, la création de dispensaires dans les pays pauvres et déshérités, je le comprends encore; mais vouloir à tout prix séparer l'ophthalmologie de la chirurgie générale, donner à la spécialité une situation supérieure, imposer aux provinces, aux villes, la création de services spéciaux, c'est dépasser le but et s'exposer à des échecs bien mérités. C'est là, il faut le dire, le tort des oculistes de profession, et nous regrettons d'avoir à faire ce reproche à l'excellent ouvrage, dont le médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts nous a donné la traduction.

J. Chauvel.

VARIETÉS

Avis. — Pour ce qui concerne la Faculté de médecine de Paris voir au verso de la couverture.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le concours qui devait s'ouvrir le 3 février 1886 devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et pharmacie d'Alger, est reporté au 15 mars 1886.

Faculté de médecine de Lille. — M. Leloir, docteur en médecine, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Ecole de médecine de Rennes. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques s'ouvrira, le 25 juin 1886, à ladite Ecole.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — Un concours s'ouvrira le vendredi 8 janvier 1886, à une heure, pour une place d'interne en médecine dans cet établissement. La durée de l'internat sera de deux années. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices d'Orléans, la veille de l'ouverture du concours au plus tard.

Hôpital Saint-Louis (service de M. Ernest Besnier). — *Ordre des travaux :* Lundi, visite générale. Mardi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, etc. Mercredi, dermatophyties : teignes, alopécies. Jeudi, visite générale. Vendredi, consultation externe. Samedi, examen clinique des entrants.

Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur Villemin a été, sur sa demande, placé par anticipation dans le cadre de réserve. M. le médecin principal Weber a été nommé médecin inspecteur en remplacement de M. Villemin. M. le médecin principal Dauvé a été nommé médecin inspecteur en remplacement de M. Daga.

— Par décision ministérielle, M. le médecin inspecteur Védrènes a été nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon, en remplacement de M. le médecin inspecteur Gaujot, rappelé à Paris, et nommé membre du comité consultatif de santé, président de la commission des modèles-types et président de la commission de rédaction des archives de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. le médecin inspecteur Daga, décédé.

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Rouvier, médecin en chef de la marine, et Geoffroy, médecin de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Paul Gibier, Chaumery, Barret, Orhond, Barrallier, Delrieu, Rangé, médecins de 1re classe de la marine; Pichon, médecin de 2e classe de la marine.

Société de médecine légale. — La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1886, est composé comme il suit : président, M. le docteur Blanche; vice-présidents, MM. Horteloup, magistrat, le doc-

teur Polaillon; secrétaire général, M. le docteur Gallard; secrétaires des séances, MM. les docteurs Le Blond et Socquet; archiviste, M. Joseph Lefort, avocat, docteur en droit; trésorier, M. Mayet, pharmacien.

La Société tient ses séances le deuxième lundi de chaque mois, à quatre heures très précises, au Palais-de-Justice, salle des référés. Les séances sont publiques.

Six places de membres correspondants nationaux sont déclarées vacantes. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes sans retard au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Bureau pour 1886 : président, M. Gillebert d'Henant père; vice-président, M. Fraigniaud; secrétaire général, M. Thorens, et par intérim M. Christian; secrétaires annuels, MM. Dehenne et Pellier; trésorier, M. Penin; archiviste, M. Rougon.

Prix Duparcque. — Dans sa séance du 12 décembre, la Société de médecine de Paris, sur le rapport de M. Le Blond, a décerné le prix Duparcque, pour 1885, à M. Dalché, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur l'*ovarite*. Ce prix était de 1200 francs, plus une médaille d'or de 100 francs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 8 janvier). — *Ordre du jour :* Installation du bureau — M. Féréol : Paralysie hystérique. — M. Legroux : Hystérie chez l'homme. — M. Gouguenheim : Du traitement intra-parenchymateux de la tuberculose pulmonaire.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux civils de Paris ne pouvant se terminer que dans le courant du mois prochain, le directeur général de l'Administration de l'Assistance publique vient de prendre un arrêté par lequel les élèves internes et externes des hôpitaux actuellement en exercice sont maintenus en fonctions dans les différents services hospitaliers auxquels ils appartiennent jusqu'au 31 janvier 1886 inclusivement. Les mutations auront lieu seulement le lendemain lundi 1er février 1886.

CONSEIL GÉNÉRAL DE PARIS (séance du 23 décembre). — *Bourse d'interne en médecine.* — M. Robinet rappelle que le Conseil a décidé en 1880 qu'un concours aurait lieu tous les deux ans entre les internes en médecine des asiles d'aliénés pour l'obtention d'une bourse de voyage de 2000 francs. En 1882 et en 1884, il ne s'est présenté qu'un seul candidat à ces bourses; il convient donc de donner plus d'extension au concours, et d'admettre comme candidats les internes de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le Conseil adopte ces propositions, et émet le vœu que le prochain concours pour la bourse de voyage soit remis à la fin de l'année 1886, de manière que les internes en médecine des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière aient le temps de s'y préparer.

LE CHOLÉRA. — Il y a assez longtemps que nous n'avons donné de nouvelles de l'épidémie cholérique de cette année, si bizarre dans ses expansions et ses manifestations. En Bretagne, où elle s'est déclarée au mois d'octobre, elle reste limitée au département du Finistère, et continue à sévir le long du littoral de l'Océan. On signale un certain nombre de décès à Quimper, à Douarnenez, etc. Le choléra a disparu dans le midi de la France. Il ne sévit plus en Espagne que dans quelques provinces. Mais voici qu'au moment où il disparaît en Sicile, un nouveau foyer se déclare à Venise. De Vienne on annonce également que des ouvriers venus de Vienne ont importé le choléra à Trieste. Allons-nous voir une recrudescence nouvelle en Autriche?

DURÉE D'INCUBATION DE LA RAGE. — Dans une communication faite au Conseil d'hygiène, M. Dujardin-Beaumetz a fait remarquer que sur les cinquante-huit cas de rage humaine constatés depuis 1881, la durée de la période d'incubation n'a été en moyenne que de trois à quatre mois. Cependant, tout récemment, MM. Hallopeau et Tachard ont vu succomber un sujet mordu dans les premiers jours de mars 1884, et n'ayant succombé que dix-neuf mois après cette morsure. Si ce fait n'est susceptible d'aucune autre interprétation, il est parmi les plus rares que l'on puisse citer; mais il n'est pas aussi exceptionnel que quelques-uns de nos confrères l'ont cru.

LA VARIOLE. — Aussi fréquente et à tendances aussi expansives cette année que le choléra, la variole sévit au Canada, en Australie et à Sydney, où le navire anglais *Faraway* sert d'hôpital aux varioleux. On annonce aussi une recrudescence de la maladie à Madrid, et à Vienne où, après la mort du préfet de police et pour encourager la pratique des revaccinations, l'empereur et toute sa cour se sont soumis à l'innoculation vaccinale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Armieux, médecin principal en retraite, ancien médecin des eaux de Barèges, décédé à Toulouse; — de M. le docteur Damoiseau, auteur de travaux remarqués sur la pleurésie; — de M. le docteur Hurel (de Gaillon); — de M. le docteur A. Joly, médecin-major, décédé à Toulouse des suites d'une maladie contractée en Tunisie; — de M. le docteur N. Joly, correspondant de l'Institut, professeur honoraire de la Faculté des sciences de Toulouse, physiologiste très distingué, qui succombait le même jour que son fils; — de M. le docteur Parise, chirurgien distingué, associé national de l'Académie de médecine, professeur honoraire de la Faculté de Lille; — de M. le docteur Roth (de Paris); — de M. le docteur Fauconneau-Dufresne; — enfin de M. Tulasne, membre de l'Institut, bien connu par ses belles recherches sur les champignons, et frère d'un médecin aussi modeste que distingué qui l'a aidé dans tous ses travaux.

MORTALITÉ A PARIS (51e semaine, du 13 au 19 décembre 1885). — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 2. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37. — Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 28. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 53. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 31; au sein et mixte, 22; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 104; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 88; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 10. — Morts violentes, 16. — Causes non classées, 12 — Total : 1012.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* ont droit :

Moyennant un supplément de prix de 8 francs au BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, publié le dimanche de chaque semaine.

Moyennant un supplément de 5 francs aux BULLETINS et MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX paraissant deux fois par mois.

Moyennant un supplément de 5 francs aux COMPTES RENDUS HEBDOMADAIRES DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, paraissant tous les vendredis.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

4888. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

MORT DE M. DECHAMBRE

C'est avec un sentiment de profonde et bien légitime douleur que nous annonçons aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* un malheur qui les frappe en même temps que nous. Après quinze jours d'agonie, M. Dechambre vient de succomber aux suites d'une hémorrhagie cérébrale dont il avait été atteint le 20 décembre dernier.

L'Académie perd, en lui, un de ses plus dignes associés, le corps médical parisien un de ses membres les plus vénérés, la presse scientifique le plus respecté, le plus incontesté de ses directeurs. Pour nous, ses disciples, ses collaborateurs, ses amis, la mort de M. Dechambre est un deuil de cœur et nous pensons surtout au maître bienveillant qui, jusqu'à son dernier jour, est resté notre chef et notre guide.

Ce n'est donc point aujourd'hui qu'il nous serait possible de raconter sa vie et d'analyser, comme ils doivent l'être, tous les travaux du savant, du médecin, du moraliste qui a exercé sur le mouvement médical contemporain une si grande influence.

Nous, qui restons attachés à l'œuvre qu'il a fondée, nous honorerons sa mémoire en continuant les traditions d'honnêteté et de travail qu'il nous a léguées. C'est le plus grand hommage que nous puissions lui rendre.

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Paris, 4 janvier 1886.

Nous ne pouvons remercier individuellement tous ceux de nos amis qui ont bien voulu, en apprenant la douloureuse nouvelle qu'annonçaient les lignes ci-dessus, nous envoyer, de Paris et de la province, l'expression de leurs sympathiques regrets. Nous les prions d'accepter ici l'assurance de notre gratitude.

Nous remercions aussi, et du fond du cœur, les collègues de M. Dechambre, ses confrères de la presse médicale, ses amis, qui sont venus, en si grand nombre, honorer sa mémoire en assistant à ses obsèques.

OBSÈQUES DE M. DECHAMBRE

Les obsèques de M. Dechambre ont eu lieu le mercredi 6 janvier, à midi, au milieu d'un grand concours de confrères, d'élèves et d'amis. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Trélat, président de l'Académie de médecine; J. Béclard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; le baron Larrey et Verneuil, amis particuliers du défunt; Féréol, représentant la Société médicale des hôpitaux de Paris, et Léon Robert, chef du cabinet de M. le ministre de l'instruction publique, représentant les anciens élèves du lycée de Sens.

Au cimetière, les discours suivants ont été prononcés :

Discours de M. J. Béclard, secrétaire perpétuel, au nom de l'Académie de médecine.

Messieurs,

L'Académie de médecine et le Corps médical viennent de faire une grande perte. M. Dechambre n'a pas seulement honoré notre science par son caractère et par ses œuvres; il a aussi marqué sa place parmi les penseurs et les écrivains de notre temps. Chez lui, le zèle laborieux du savant et la curiosité méditative du philosophe s'alliaient à un vif sentiment du beau dans tous les genres et à ces nobles instincts qui sont les sources vives de la pensée. Aussi est-ce avec une égale supériorité qu'il a touché aux sujets les plus divers. L'influence qu'il a exercée ne doit pas être mesurée seulement par celle de ses écrits; il en a encore exercé une autre, non moins puissante peut-être, par l'ardeur communicative avec laquelle il avait groupé autour de lui, et vivifié de son esprit, toute une phalange de jeunes talents, dont il était le guide et qui se glorifient de le reconnaître pour chef.

Fils d'un médecin de Sens, mort du typhus en 1814 victime de son dévouement, M. Dechambre arrivait à Paris, vers la fin de l'année 1829, pour y étudier la médecine. Il n'était pas encore docteur qu'il prenait la plume, et s'engageait dans la voie du journalisme scientifique qu'il ne devait plus quitter pendant une période de plus d'un demi-siècle. C'est là, c'est au journal qu'il fondait il y a bientôt trente-trois ans, avec le concours de M. Masson père, que je l'ai vu pour la première fois et que j'ai appris à le connaître et à l'aimer. Comment en effet n'être pas séduit et charmé par cette prose limpide et honnête, où éclate le bon sens, où respire la droiture, la sincérité, la loyauté? Et quel mouvement, que de traits fins et délicats, quelle élégance sans apprêt, quelle dignité soutenue! A mesure que son œuvre s'étend et se complète, à mesure que le temps s'écoule, il semble que tous ses écrits sont comme empreints d'un ton d'autorité qui s'empare du lecteur et qui le conquiert.

Produire sans cesse, et pour cela apprendre toujours, tel est le lot de l'écrivain en rapports quotidiens avec le public. Quelque effort qu'il fasse pour se maintenir au point de vue de l'observation pure, il ne saurait séparer les principes des conséquences; et à vrai dire, s'il observe les conséquences, c'est pour s'enquérir des principes. Ecarter ces questions ce n'est pas les supprimer, et il n'est pas à craindre de les voir jamais disparaître, car elles naissent dans l'esprit humain comme les produits naturels de son activité. M. Dechambre ne s'y trompait pas; elles reviennent sans cesse sous sa plume parce qu'elles sont au fond de toute science, au fond de la science de l'homme avant toute autre.

Les travaux de M. Dechambre sont de deux ordres : les uns sont le fruit d'observations particulières ; presque toutes se rapportent aux maladies des vieillards; les autres sont nées des circonstances, elles appartiennent à la critique et forment un bagage considérable que nous ne pouvons pas même effleurer ici. Nous n'en dirons qu'un mot, pour bien montrer quel était son respect pour la vérité. Dès le début de ses études, M. Dechambre, placé à la Salpêtrière, sur le théâtre des triomphes et des échecs du magnétisme animal, s'était senti attiré par ces phénomènes étranges qu'on a rajeunis de nos jours sous d'autres noms.

Les erreurs de l'esprit humain font partie de son histoire autant que ses progrès. Quand une de ces erreurs a passionné et passionne encore les esprits, le savant et le philosophe ne sauraient s'en désintéresser. Le domaine de l'imagination est vaste, ses limites sont mal définies; et chez les hommes réunis, le vertige de l'imitation vient encore se joindre aux entraînements de l'imagination. Des influences exclusivement psychiques peuvent avoir de singuliers retentissements sur le système nerveux, sur le jeu des muscles, sur les circulations locales et secondairement sur les actions organiques, elles peuvent augmenter ou diminuer la sensibilité; aiguiser un sens, en émousser un autre : tout cela rentre dans le cadre physiologique ou pathologique. Mais le magnétisme animal a d'autres visées, et ce sont celles-là surtout que M. Dechambre s'est efforcé de contrôler. Or, devant ses tentatives réitérées sur les personnages considérés comme les plus clairvoyants, tous les prodiges annoncés se sont évanouis, et il a résumé l'ensemble de ses nombreuses recherches dans cette formule nette et précise : Le magnétisme animal n'existe pas.

D'autres, il est vrai, pensent qu'il s'agit là d'une vérité méconnue, qu'il faudrait faire sortir du cercle restreint et parfois suspect des observations personnelles, d'une vérité encore obscure, gâtée par des causes d'un autre ordre, et qu'il appartient à la vraie science de féconder. Ils ont encore à prouver ce qu'ils avancent.

Mais l'œuvre principale de M. Dechambre, celle à laquelle il a consacré la meilleure part de sa vie, celle qui restera attachée à sa mémoire, c'est cette vaste *Encyclopédie des sciences médicales* qu'il a vaillamment menée presque à son terme, et qu'il eût été si heureux de voir achevée. Quel temps, en effet, fut jamais plus propice que le nôtre pour une pareille entreprise. Les systèmes qui bouleversaient à la fois la nosologie et la nomenclature nous ne les connaissons plus guère que de nom, et c'est bien le signe que notre

science est sur le chemin d'un progrès solide et durable. La médecine abandonne les appareils et les organes pour les éléments, et s'efforce de plus en plus de ramener la maladie à une étiologie positive; c'est dans ces voies nouvelles que M. Dechambre, avec son esprit si largement ouvert à tous les progrès, s'engageait de jour en jour avec plus d'ardeur.

L'homme était à la hauteur de l'écrivain. Constamment à la recherche des jouissances de l'esprit, dédaigneux de tout le reste, il n'en était pas moins indulgent pour toutes les vanités et pour toutes les faiblesses. Je vois encore l'imperceptible sourire qu'attirait sur ses lèvres discrètes le spectacle de l'ostentation et de la sottise.

Quand mon article est terminé, disait un critique éminent, j'ai l'habitude de le relire en me demandant si je pourrais dire en face, à l'auteur que j'ai critiqué, ce que je viens d'écrire. M. Dechambre avait trop le respect de la vérité pour ne pas la dire, mais il le faisait avec une justesse si parfaite, avec une mesure si bienveillante, qu'il aurait pu dire de vive voix tout ce qui passait sous sa plume.

Personne n'a oublié la force d'âme dont il fit preuve au milieu des graves événements qui ont marqué les dernières convulsions de nos discordes civiles. Tous ceux qui ont approché M. Dechambre ont subi le charme de cette nature élevée et délicate; le souvenir de ses qualités personnelles laissera dans le cœur de ceux qui vécurent dans son intimité une trace ineffaçable.

Discours de M. le docteur Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

C'est au nom de la Société médicale des hôpitaux que je viens adresser un dernier adieu au confrère éminent que nous venons de perdre.

M. Dechambre n'a pourtant jamais eu la direction d'un service hospitalier, bien que son vaste savoir, ses aptitudes et son sens clinique l'eussent rendu fort capable de remplir un tel poste avec distinction. Il nous appartenait néanmoins, et nous avons le droit aujourd'hui de le réclamer comme nôtre. Il fut en effet de ceux, en très petit nombre, que notre Société, à une certaine époque, crut devoir s'adjoindre en dehors des corps réguliers où elle se recrute normalement. Il était même le dernier survivant de cette très petite pléiade d'associés, qui nous apporta son concours à nos débuts, et qu'il n'y a pas beaucoup de chances de voir se reformer désormais. Les autres furent Homolle, Maingault et Gros, qui restèrent titulaires jusqu'à leur mort. Absorbé par ses travaux de toute sorte, M. Dechambre demanda l'honorariat, qui lui fut octroyé; il cessa dès lors d'assister à nos séances, et plus d'un de nos jeunes collègues sera étonné d'apprendre que ce publiciste éminent était des nôtres. Il était bien à nous cependant, et tout récemment encore il nous en donna la preuve, en nous facilitant l'impression de nos bulletins, qui menaçaient de rester en souffrance sans son dévouement et sans celui de notre éditeur actuel, M. Masson. Si donc, à un moment donné, M. Dechambre a reçu de notre Société une marque de faveur et d'estime dont elle ne s'est jamais montrée prodigue, à son tour, notre collègue lui a amplement payé sa dette de reconnaissance, et on peut dire que dans ce trait peu connu de sa carrière médicale, on retrouve M. Dechambre tout entier, fidèle sans protestations, et dévoué sans fracas.

Mais si notre collègue ne prenait plus part à nos travaux, il n'en avait pas toujours été ainsi, et nos bulletins portent les traces de sa collaboration, notamment dans la discussion sur la chromidrose. Sans doute sa personnalité ne s'est accusée chez nous que très secondairement. Notre éloquent doyen vient de vous la montrer dans ce qu'on peut appeler son grand œuvre, dans ce *Dictionnaire encyclopédique*, la plus vaste des publications médicales qui aient été jamais entreprises, et qui, commencé en 1864, touche aujourd'hui presque à sa fin.

Mais là où elle s'est développée avec le plus de suite et le plus d'éclat, c'est sur le terrain du journalisme; c'est là que pendant quarante ans, M. Dechambre a abordé successivement avec les dons les plus rares, et l'autorité la plus incontestée, tous les sujets que la science moderne livre aux disputes des hommes. C'est là surtout qu'on a pu admirer ce bon sens vigoureux et sain, relevé par une pointe de malice qui fait plus d'une fois songer à Voltaire; cette critique sérieuse et cependant affable, où l'élégance de la forme ne nuit en rien à la solidité du fond; cette variété d'aperçus qui laisse deviner le philosophe et l'humaniste, l'artiste même parfois, tout aussi bien que le savant. C'est là enfin que, grâce à sa constante et incorruptible probité, ce vétéran d'une profession où les tentations sont nombreuses et les faux pas faciles, s'est acquis le plus de titres au respect de tous. Hier, le président de l'Académie de médecine insistait avec une grande éloquence sur ce côté si honorable du caractère de M. Debhambre, et tout l'assistance s'est unie à lui par des applaudissements.

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler le détail du labeur immense auquel notre collègue a suffi pendant sa longue carrière de journaliste, cela sera fait en son temps, et par quelqu'un de mieux placé que moi pour apprécier l'œuvre et l'ouvrier. Mais je ne pouvais me défendre de rendre au moins ce faible hommage à une personnalité si haute.

Encore un mot, cependant.

M. Dechambre, ainsi que je l'ai déjà fait entendre, n'était pas seulement un savant hors ligne, un publiciste fécond et affiné, un littérateur rempli de goût et de mesure, un philosophe et un homme de bien, c'était aussi un clinicien consommé. Il avait été reçu interne en 1833, en première ligne *ex æquo* avec cinq autres candidats, parmi lesquels se trouvait notre bien cher et excellent collègue M. Henri Roger, de qui je tiens ce détail, et qui resta toujours son ami dévoué. Il fit un assez long séjour à la Salpêtrière. C'est là qu'il recueillit les éléments du travail qu'il publia dans les *Archives*, en collaboration avec Hourmann, sur les maladies des vieillards, et là aussi qu'il prépara les conclusions un peu trop radicales peut-être de l'importante monographie du *Mesmérisme*, qui se trouve dans son dictionnaire.

Ses qualités de praticien lui valurent un succès mérité dans la clientèle, et je puis parler, pour les avoir constatés en lui succédant auprès de quelques-uns de ses malades, des sentiments de confiance absolue, de reconnaissance et d'attachement profond qu'il avait su inspirer. C'est que si, par les tendances de son esprit, M. Dechambre pouvait être considéré comme un sceptique, il en était tout autrement pour ce qui touche à l'intimité de l'être même et aux qualités du cœur. Il connaissait bien les hommes, mais il n'en profitait pas pour les juger sévèrement. Le fond de sa nature était la bienveillance, et il réservait ses duretés pour les faiblesses avec lesquelles il n'est pas permis de composer. Homme d'étude et de cabinet, il était fort capable d'énergie et de

courage. On l'a bien vu dans ce jour néfaste où sa maison avec tout ce qu'il possédait, fut livrée aux flammes par des mains incendiaires; il se fit alors le guide et le chef d'une petite troupe de femmes, de jeunes gens et d'enfants, qu'il conduisit à travers tout Paris au milieu des barricades, et qu'il parvint, à force de sang-froid et non sans de grands dangers, à mettre en sûreté du côté de Bercy.

C'est à l'heureux ensemble de ces qualités si diverses, presque contradictoires, que M. Dechambre a dû la situation exceptionnelle qu'il s'était faite, et l'incontestable autorité, morale autant scientifique, dont il jouissait parmi nous. Une souscription récente, à laquelle avait pris part presque tout le Corps médical, allait lui en apporter un témoignage auquel il s'était montré extrêmement sensible. Déjà l'on s'occupait de la fête qui devait tous nous réunir en face de lui. Et nous voilà devant sa tombe!

Si quelque chose peut adoucir l'amertume d'une douleur si imprévue, c'est le ferme espoir qu'une existence si bien remplie laissera une trace durable dont notre profession et la France elle-même auront le droit de s'honorer. Oui, cher et vénéré collègue, votre nom vivra; il sera sauvé de l'oubli par vos œuvres, et ceux-là aussi sauront s'en montrer dignes, qui recueillent aujourd'hui l'honneur et le poids de votre succession scientifique.

Discours de M. le docteur Lereboullet, au nom du Comité de rédaction de la Gazette hebdomadaire.

Messieurs,

De tous les disciples de M. Dechambre, de tous ceux qu'il a obligés dans le cours de sa longue et bienfaisante carrière, je suis celui qui lui doit le plus. C'est à ce titre surtout que le Comité de la *Gazette hebdomadaire* m'a désigné pour apporter au bord de cette tombe l'hommage d'une profonde, d'une éternelle gratitude.

Au nom de l'Académie de médecine et de la Société médicale des hôpitaux vous venez d'entendre apprécier les titres scientifiques de mon vénéré maître et louer dignement ses œuvres aussi bien que son caractère. Il ne m'appartient pas de le suivre, à mon tour, dans l'infinie diversité des travaux qu'il a su produire, pendant près d'un demi-siècle. Je ne me sens pas la force d'analyser ici tous ces articles d'histoire et de critique, de signaler tous ces aperçus nouveaux sur la plupart des questions qui ont occupé les sociétés savantes. C'est dans le journal auquel il a collaboré jusqu'à son dernier jour qu'il conviendra d'écrire l'histoire de cette vie si bien remplie.

Mais il me semble que j'obéis aujourd'hui à l'une des dernières volontés de M. Dechambre en m'efforçant de le faire revivre une fois encore au milieu de vous, Messieurs, ses amis les plus fidèles, en cherchant à honorer l'ensemble de cette carrière si belle par son activité laborieuse, si utile par l'influence qu'elle a exercée sur le mouvement scientifique contemporain.

Trois œuvres, dont une seule suffirait pour assurer à son auteur le respect de tous, en ont marqué les étapes : la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, le livre *le Médecin*. Chacune d'elles, à des titres divers, mérite d'être ici rappelée.

Dès ses débuts dans la carrière médicale, avant même qu'il se fît recevoir docteur en médecine, M. Dechambre fut journaliste. De fortes études littéraires et philosophiques lui avaient appris à écrire avec élégance, correction et clarté; une maturité précoce et l'amour du travail lui avaient assuré un don plus rare, celui de n'écrire qu'après avoir mûrement réfléchi et longuement étudié les sujets sur lesquels il pouvait être appelé à donner son avis. Plein de tact et d'esprit, il avait de plus cette verve, cet humour, ce trait primesautier qui donnent au style un tour si original et si personnel. On conçoit donc qu'il ait pu songer à demander au journalisme la position honorée que l'on n'obtient d'ordinaire qu'à la suite de nombreux concours. Bientôt l'étendue de ses connaissances et la souplesse de son talent justifiaient son ambition et lui permettaient de traiter, avec une égale compétence, les sujets les plus divers. C'est alors que, sans renoncer à la pratique médicale qui seule pouvait lui donner l'expérience clinique et l'indépendance matérielle, il s'efforça, plus actif et plus résolu chaque jour, de hâter le mouvement de la science française dans les voies où elle s'est engagée depuis un demi-siècle. Il contribua ainsi au progrès non seulement en vulgarisant les découvertes les plus récentes, mais encore et surtout en apprenant, à ceux qu'il estimait assez pour en faire ses collaborateurs, à mieux penser et à mieux écrire.

Sous sa direction, la *Gazette hebdomadaire* devint non un instrument de polémique, mais un organe d'enseignement. On l'y a vu tantôt discuter, avec Chauffard, les sujets de philosophie médicale les plus ardus et s'efforcer, avec la tendance éclectique de son esprit, d'établir une conciliation entre le vitalisme et l'organicisme, tantôt, avec la collaboration d'un autre maître, M. Charcot, traiter certaines questions d'archéologie appliquées aux sciences anatomiques, d'autres fois suivre dans leur marche les épidémies les plus meurtrières et essayer d'éclairer, par le relevé des observations locales, l'histoire et les conditions étiologiques de la maladie; plus souvent s'attacher aux discussions à l'ordre du jour des sociétés savantes ou bien à divers sujets d'organisation, de législation ou de déontologie médicales. Et je ne parle pas ici de ses travaux personnels! Ce qu'il a semé d'idées, ce qu'il a analysé de faits dans ces trente et quelques volumes, depuis le jour où son ami Victor Masson lui confia la rédaction de la *Gazette hebdomadaire* jusqu'au jour où un coup d'apoplexie paralysa sa main, ai-je à vous le rappeler? Ne vous semblait-il pas, en lisant ses derniers articles, que son talent, mûri et fortifié par l'expérience, restait aussi alerte qu'à ses débuts, et ne faut-il point admirer ces aptitudes si variées qui faisaient de M. Dechambre l'écrivain le plus disert, le plus érudit et le plus autorisé de la presse médicale?

Et cependant, alors qu'il dirigeait, avec un zèle toujours actif, ce journal qui absorbait tant d'heures de méditations et d'études, il acceptait, en 1863, la direction d'une œuvre plus considérable encore et conçue sur un plan dont la largeur ne sera point dépassée. Ce qu'il lui a fallu de ténacité dans le travail et, j'ose le dire, de courage pour mener à bonne fin cette œuvre monumentale si justement appelée le *Dictionnaire de Dechambre*, ceux-là seuls peuvent le savoir qui ont vécu de sa vie pendant ces dernières années et qui ont assisté à ses incessants efforts. Écrire la table des matières de tous les articles de ces quatre-vingts volumes, tracer à chacun de ses collaborateurs le plan qu'il devra suivre, rechercher dans les monographies, les traités

didactiques, les journaux anciens et modernes, français et étrangers tous les mots nouveaux que les progrès de la science multiplient chaque jour, corriger des épreuves et surveiller la mise en pages de quatre séries publiées en même temps, tout cela n'était rien pour M. Dechambre. Son immense érudition, sa connaissance si parfaite des hommes et des choses de la médecine, son ardeur infatigable pour le travail y suffisaient amplement. Mais ne s'arrêter ni devant les défaillances des uns, ni devant les exigences souvent inacceptables des autres, réécrire d'urgence des articles laissés en détresse, supprimer plus souvent encore de longs passages reconnus inutiles, et, les yeux fixés sur le but à atteindre, travailler, travailler toujours, sans désespérance et sans lassitude, c'est là ce que nous admirions tous, c'est là ce qui il y a quelques semaines lui permettait d'annoncer au monde savant le prochain achèvement de cette grande œuvre, c'est là ce qui nous autorise aujourd'hui à associer son nom aux noms à jamais célèbres des Henri Estienne et des Littré.

Eh bien, Messieurs, je sais, et je dois le dire, qu'à côté de ces deux publications monumentales, mon excellent maître aimait à citer le modeste petit livre qu'il publiait il y a deux ans sous ce titre : *le Médecin.* C'est qu'en effet, si le journal et le dictionnaire faisaient ressortir les qualités éminentes du savant et de l'écrivain, ce livre affirmait le caractère de l'honnête homme qui l'avait signé.

Pour pouvoir non seulement résumer et interpréter tous les articles de loi, tous les règlements qui fixent la jurisprudence médicale, mais encore tracer à ses confrères la voie qu'ils devront suivre dans les conjonctures si délicates et si difficiles à apprécier que crée notre profession, il fallait avoir cette grande autorité que seule peut conférer une existence digne de l'estime et du respect de tous. Il fallait toujours avoir été honnête. Et nul n'ignore ici que, dans notre langage médical, honnêteté n'est point synonyme de probité, mais veut dire tout à la fois délicatesse dans les sentiments et dans la conduite, dévouement à ses malades, mépris absolu de toutes les compromissions qui, trop souvent encore, déconsidèrent certains médecins; en un mot, honneur professionnel !

Toutes ces qualités M. Dechambre les possédait si bien, que, par un consentement tacite mais unanime, ses confrères l'avaient investi d'une sorte de magistrature, que de toutes parts on recourait à ses avis lorsqu'il s'agissait de résoudre une question professionnelle un peu difficile, qu'il était devenu l'arbitre suprême et respecté de toutes les dissensions déontologiques.

C'est qu'en effet, Messieurs, la rectitude de son jugement, la droiture de son caractère, l'honnêteté de sa vie lui avaient fait une place à part au milieu de nous. Sans doute on ne parlait guère que du savant, de l'écrivain, du moraliste. Depuis quelques années surtout on semblait oublier que M. Dechambre avait été, un médecin habile et qu'une grande situation de clientèle fût à un certain moment la récompense légitime de cette vie tout entière consacrée à la médecine. Il doit être permis à celui de ses collaborateurs qu'il a aidé avec la plus affectueuse sollicitude d'affirmer ici non seulement sa dette de reconnaissance, mais encore la haute valeur professionnelle de son maître.

Les études qu'il poursuivait incessamment pour se tenir au courant des progrès de la science avaient donné à M. Dechambre la sûreté du diagnostic. Il possédait de plus ce tact parfait, cette sagacité, cette justesse de coup d'œil qui font saisir les indications et, en permettant une décision rapide, assurent le succès dans des conditions souvent difficiles; mais, à ces qualités nécessaires à tous ceux qui prétendent mériter le titre de médecin, il en joignait d'autres non moins indispensables. Sous le masque de cette bonhomie un peu railleuse que vous avez tous connue, il cachait une bienveillance, une bonté exquises; sous une apparence de scepticisme il dissimulait les pensées les plus nobles, les plus élevées. Tel l'ont connu tous ceux qui durant de longues années ont eu recours à ses soins toujours attentifs, toujours dévoués. Et c'est pourquoi, partout estimé, partout reçu et traité en ami, appelé comme consultant depuis qu'il avait renoncé à l'exercice actif de la médecine, M. Dechambre avait connu toutes les joies intimes que donne à celui qui aime notre belle carrière la satisfaction du devoir accompli et la fidélité reconnaissante de ceux que l'on a obligés.

Cher maître, pendant plus de douze années, vous avez multiplié en ma faveur les témoignages de votre inépuisable bienveillance, et, peu d'heures avant de mourir, vous avez tenu à affirmer encore, avec une effusion que je n'oublierai jamais, les sentiments qui nous unissaient l'un à l'autre. Je vous en remercie ! Puissé-je ne pas rester au-dessous de la tâche que votre confiance m'a imposée. Puisse la vie, toujours honnête et laborieuse de ceux qui restent attachés aux œuvres que vous avez fondées, montrer que votre souvenir, cher et respecté, les inspire et les guide toujours! Adieu !

Discours de M. E. Deligand, au nom des anciens élèves du lycée de Sens.

Permettez à un des plus anciens amis du docteur Dechambre de venir, en son nom et au nom de tous ses condisciples, mêler ses larmes aux vôtres.

Vous avez, Messieurs, avec la haute autorité de votre parole, rendu un éclatant et légitime hommage aux travaux et au savoir du docteur Dechambre; mais nous qui, depuis plus d'un demi-siècle, avons vécu de sa vie intime, nous avons aussi le devoir de rappeler sur cette tombe tout le charme de son esprit et toutes les qualités de son cœur affectueux et dévoué.

Orphelin dès le jeune âge, et privé de l'appui de son père mort victime du devoir, Dechambre puisa dans la direction éclairée de la digne mère près de laquelle il repose aujourd'hui, les sentiments élevés d'une forte éducation. Tout pour le travail et par le travail, disait-il, et, fidèle à cette devise, qui fut la base et le guide de toute sa vie, Dechambre, malgré les luttes et les difficultés de la route, eut toujours foi dans l'avenir, et Dieu l'en a récompensé.

Adieu, cher et excellent ami, ta vie est un grand exemple pour les jeunes qui nous suivent, et ton souvenir restera gravé dans le cœur de tous ceux qui t'ont connu et aimé.

Adieu! adieu!

Discours de M. le docteur Ritti, au nom de la Société médico-psychologique.

Messieurs,

Il y a trente-cinq ans, lors de la création de la Société médico-psychologique, au nom de laquelle je viens apporter ici le pieux hommage de nos regrets, M. Dechambre fut un de ses membres fondateurs et son premier secrétaire général. Parmi les travailleurs de la première heure, il fut l'un des plus laborieux : par la plume et la parole, par son activité et son dévouement, il contribua pour une large part au succès de notre Compagnie. Pleins de respect et de reconnaissance pour les maîtres qui nous ont facilité la tâche, nous n'oublierons jamais ce que nous devons à celui que nous pleurons aujourd'hui et à qui nous avons le douloureux devoir d'adresser le suprême adieu.

M. Dechambre avait une prédilection spéciale pour les études philosophiques ; la médecine mentale, qui touche aux plus hautes questions, devait donc l'attirer. Aussi, d'abord comme étudiant, puis comme docteur, le voit-on fréquenter assidument les services d'aliénées de la Salpêtrière, suivre les leçons d'Esquirol et de ses disciples, s'intéressant à tous ces problèmes si difficiles et si délicats que soulèvent les recherches sur la folie et ses causes. Jamais il n'oublia ces premiers enseignements; il ne laissait échapper aucune occasion d'en parler. Durant cette carrière, si longue et si laborieuse, de journaliste et de publiciste médical, que d'aperçus ingénieux sur l'aliénation mentale il a semés dans de nombreux articles, présentant les objections du bon sens aux idées un peu hasardées, émettant des doutes motivés sur la justesse des doctrines nouvelles!

Dans la suite, lorsque des occupations multiples l'obligèrent, à son grand regret, de se détourner de ces études si intéressantes de physiologie morbide, c'est dans la Société médico-psychologique, parmi ses collègues, qu'il vint chercher ses collaborateurs pour traiter les questions de médecine mentale, soit dans la *Gazette hebdomadaire*, soit dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. C'était certes un grand honneur d'être choisi par un tel maître, mais c'était aussi un plaisir, car on ne tardait pas à tomber sous le charme de cet esprit si fin et si distingué, de cette intelligence si vive et si profonde. Il connaît incomplètement M. Dechambre celui qui n'a eu avec lui de ces causeries intimes, qu'il aimait à prolonger, durant lesquelles il se plaisait à discuter des progrès de la science et des idées générales qui se dégagent des découvertes nouvelles.

S'il accordait liberté entière à ses collaborateurs, il se réservait cependant les questions les plus délicates, celles qui ont rapport à la déontologie médicale. En ce qui concerne la médecine mentale, personne n'a oublié le remarquable article qu'il écrivit à propos de la discussion sur le divorce et la folie, qui eut lieu naguère à l'Académie de médecine. Qui n'a présente à l'esprit cette argumentation si serrée, si vigoureuse, par laquelle il combat les partisans du divorce pour cause de maladie mentale? En démontrant, par un fait particulier, que toute législation, si elle doit s'appuyer sur la science, ne doit pas oublier le point de vue moral, M. Dechambre a rendu un grand service, et qui fut très apprécié. Cet article, si judicieux et si honnête, fit le tour de la presse et il ne fut pas sans exercer une heureuse influence sur les décisions de nos législateurs.

M. Dechambre était un médecin doublé d'un moraliste; sa grande et belle intelligence, si elle n'était pas asservie au cœur, se laissait volontiers guider par lui. C'est à leur réunion qu'est dû ce beau livre sur les devoirs privés et publics du médecin, avec cette noble et fière devise : *Obliquam fuge, ame rectam.*

Cher maître, vous nous léguez le touchant exemple d'une longue existence toute de travail et de probité : nous ne saurions rendre un meilleur hommage à votre chère mémoire qu'en nous efforçant de le suivre. Vous ne laissez que des amis, et il n'en est pas un qui ne conserve toute sa vie, au fond de son cœur, le souvenir de votre image vénérée; mais alors même que vos collaborateurs, vos obligés, nous tous enfin qui vous aimons, nous aurons disparu, votre nom survivra : il restera gravé en lettres ineffaçables sur le plus beau monument qu'on ait élevé à la médecine dans le cours de ce siècle.

Adieu, cher et vénéré maître, adieu.

A la séance de l'Académie de médecine, M. le professeur Trélat, président, a annoncé en ces termes le décès de notre vénéré et regretté maître:

J'ai le cruel devoir de faire part à l'Académie du décès de l'un de ses membres les plus respectés, M. Dechambre.

M. le docteur Lereboullet m'a annoncé en ces termes cette triste nouvelle :

« Paris, le 4 janvier 1886.

» Monsieur le Président,

» J'accomplis une douloureuse mission en vous annonçant, au nom de sa famille et de ses collaborateurs, la mort de M. Dechambre.

» Mon cher et vénéré maître a succombé hier (3 janvier), aux suites d'une hémorrhagie cérébrale dont il avait été atteint le 20 décembre dernier.

» Je sais toute la part que l'Académie, où il comptait un si grand nombre d'amis, voudra bien prendre à ce grand deuil. Je vous serais donc très reconnaissant de bien vouloir informer vos collègues que les obsèques de M. Dechambre se feront mercredi 6 janvier, à midi précis.

» Veuillez recevoir, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

(Signé) : « L. Lereboullet. »

Discours de M. Trélat.

Messieurs,

L'Académie fait une perte considérable dans la personne de M. Dechambre. Bien qu'il n'ait pas exercé de fonctions

officielles pendant sa vie et que la lettre de faire part de son décès se borne à mentionner les titres de : « Membre de l'Académie de médecine, membre honoraire de la Société médicale des hôpitaux de Paris »,M. Dechambre a tenu une grande place dans la médecine contemporaine, à divers titres.

Il mérite de rester dans nos mémoires comme le type de l'honorabilité, de la distinction d'esprit, de la dignité du caractère et de la conduite ; on peut dire de lui qu'il eut un jugement ferme dans une âme droite.

D'un esprit délicat et cultivé, profondément lettré, au véritable sens du mot, il pratiquait cette gymnastique d'esprit que donnent les lettres, qui affine et permet de traduire avec précision les délicatesses de la pensée.

Homme de grand labeur et de science profonde et variée, il laisse deux œuvres capitales : la première, un important journal médical, la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, dont il avait fait, depuis trente-trois ans, une véritable tribune, de laquelle il jugeait et corrigeait avec un tact parfait et une exquise courtoisie les travaux scientifiques, où il résumait et vulgarisait les doctrines, où il traçait, avec compétence et autorité, les règles de l'honorabilité et du devoir dans notre profession. Sa délicatesse était si grande, que je me souviens que lorsqu'il fut question d'introduire des annonces dans les publications médicales, et bien qu'aucune annonce ne dût être placée à l'intérieur de son journal, il sollicita d'échanger son titre de rédacteur en chef pour celui de Président du comité des rédacteurs, tant il lui semblait que son hermine immaculée ne devait être touchée par quoi que ce soit qui ne fût pas sa propre pensée.

M. Dechambre a aussi été le guide et le chef d'une des plus grandes œuvres médicales de notre temps, le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qu'il n'a pas cessé de diriger depuis le quatrième fascicule et qu'il abandonne tout près de son achèvement. Quelle que soit la valeur, que je ne saurais nier, des publications étrangères de même ordre, j'ai trop souvent eu l'occasion de dire combien l'édification de ce vaste monument scientifique fait honneur à notre pays, pour que je ne sois pas à l'aise afin de saluer aujourd'hui avec reconnaissance et fierté l'homme dont le nom y restera justement attaché.

M. Dechambre fut enfin un praticien des plus estimés ; il avait scruté avec attention toutes les difficultés morales de notre art et il avait su en poser les principes avec une élévation de pensée, une sûreté de jugement et un sens précis qui imprimaient à ses conseils une autorité incontestée.

Tels sont, Messieurs, les titres que notre regretté collègue laisse à notre estime. Sa perte sera vivement ressentie par notre Compagnie. (*Assentiment unanime.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De l'extirpation des grosses tumeurs ganglionnaires de nature strumeuse et non ulcérées du cou, par le docteur H. Chrétien.

« Un fait général, un fait surprenant tout d'abord, bien constaté par les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou, et surtout par les chirurgiens des hôpitaux militaires, c'est le succès habituel, je dirais presque constant, des opérations de ce genre. Elles sembleraient véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations, même minimes, et aucune théorie, aucune objection, ne saurait détruire la réalité de ce fait. Il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire et fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs ; il m'a laissé depuis la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie.» Voilà ce qu'écrivait H. Larrey plus de vingt ans avant l'apparition des méthodes antiseptiques de pansement, et l'opinion de ce chirurgien, rappelée récemment à la Société de chirurgie, m'avait toujours paru frappante de vérité. J'avais eu, en effet, l'occasion de voir, à Nancy, le professeur Michel extirper plusieurs grosses tumeurs ganglionnaires du cou avec grand succès ; encouragé par son exemple, j'ai pratiqué, comme bien d'autres, cette opération sans accident d'aucune sorte, malgré des délabrements étendus, et la dénudation de gros troncs vasculaires et nerveux. Aussi ne peut-on se défendre d'un certain sentiment de surprise en voyant cette intervention opératoire jugée aussi sévèrement qu'elle l'est maintenant par plusieurs de nos maîtres, et qu'elle l'a été tout particulièrement l'an dernier, à la Société de chirurgie.

Les principaux reproches qu'on lui ait adressés sont, d'une part, l'impossibilité où le chirurgien peut se trouver, dans certains cas, d'enlever la totalité des ganglions malades, et, d'autre part, la fréquence des récidives. Examinons-les l'un après l'autre, et voyons si réellement leur valeur est suffisante pour faire condamner l'extirpation de ces masses ganglionnaires.

Il est certain que, quand on pratique la dissection d'une tumeur ganglionnaire dont on croyait avoir parfaitement déterminé les limites par le palper, on se trouve souvent entraîné plus loin qu'on ne l'avait prévu, les ganglions se succédant sous le bistouri en nombre plus considérable qu'on n'aurait pu le croire, et prolongeant leur chaîne plus loin qu'on ne se l'était imaginé. Ils ont pu aussi, à la suite de poussées de péri-adénite, contracter quelques adhérences avec les gros vaisseaux du cou : ce sont là des difficultés réelles, mais dont une dissection minutieuse et suffisamment prolongée vient à bout. Vu la facilité avec laquelle on obtient la réunion par première intention, il n'y a même pas à se préoccuper par trop de la dénudation plus ou moins étendue des vaisseaux du cou : dans un cas, que je rapporterai sommairement plus loin, j'ai pu dénuder la veine jugulaire interne sur une longueur de 6 centimètres, la séparer des ganglions qui lui adhéraient en avant, en dehors et en arrière ; elle n'était plus reliée aux parties voisines que par quelques tractus celluleux étendus entre elle et la carotide primitive, et cependant aucun accident ne vint entraver la guérison.

Ce qui pourrait surtout empêcher l'extirpation complète des ganglions malades, c'est leur prolongation du côté du médiastin. Mais ce doit être là une circonstance assez rare, les ganglions strumeux siégeant de préférence dans la partie supérieure du cou : c'est au-dessous du maxillaire supérieur, au voisinage de l'apophyse mastoïde, et dans les deux tiers supérieurs du trajet du sterno-mastoïdien, qu'on en rencontre les principales agglomérations. Il est moins fré-

quent d'en rencontrer plus bas, et, quand on en trouve quelques-uns, ils sont plus disséminés, sont souvent, d'après les commémoratifs, de date plus récente, et il est fort à supposer, d'après cela, qu'ils ne s'étendent guère au-dessous de la clavicule. On peut d'ailleurs, ainsi que cela m'est arrivé, enlever des ganglions siégeant derrière la clavicule, et le seul inconvénient a été d'obtenir là une cavité béante, dont les parois opposées ne pouvaient être rapprochées, et dont l'oblitération ne s'est faite qu'au prix d'une suppuration prolongée. Du reste, le palper est toujours à la disposition du chirurgien pour le renseigner sur la limite inférieure des masses ganglionnaires; il peut, si bon lui semble, renoncer à opérer toutes les tumeurs strumeuses qui ne s'arrêtent pas nettement à une certaine distance au-dessus de la clavicule; et, de ce que certaines peuvent dépasser, par en bas, le niveau de cet os, ce n'est pas une raison suffisante pour condamner en bloc les extirpations des tumeurs ganglionnaires du cou en général, ainsi que semble le faire M. Verneuil.

L'objection tirée de la fréquence des récidives est-elle plus plausible que celle que nous venons de réfuter? Je ne le crois pas, et cela pour deux raisons: d'abord parce que le nombre des récidives n'est pas, en somme, aussi considérable qu'on paraît le croire; ensuite parce que, quand une récidive se produit, elle se borne habituellement à quelques ganglions isolés ou à quelques masses ganglionnaires peu étendues.

Les statistiques sont loin d'être d'accord sur la proportion des guérisons complètes et des récidives après l'opération. Fischer ne compte que 35 pour 100 de guérisons complètes; Kocher arrive à environ 50 pour 100 de récidives; mais, par contre, nous voyons Riedel ne noter que 6 récidives pour 57 opérés, et M. Cazin estimer la proportion des guérisons complètes à 83,34 pour 100 après l'opération. A quoi tiennent de telles différences? Fort probablement au soin plus ou moins grand apporté à rechercher et à enlever tous les ganglions hypertrophiés qu'on peut rencontrer au fond de la plaie, et il est bien permis d'admettre que plus on apportera de soin à ne laisser aucun de ces ganglions, souvent de très petit volume, mais déjà indurés, qu'on rencontre à proximité des gros, plus on verra augmenter la proportion des non-récidives à la suite de l'extirpation.

Enfin, comme je le disais plus haut, quand la récidive se produit, elle se limite généralement à quelques ganglions ou groupes ganglionnaires peu étendus. Et alors, soit que le traitement médical ne réussisse pas à les faire rentrer dans l'ordre, soit même qu'on ait renoncé à les extirper à leur tour, que va-t-il se passer? ou ils resteront à l'état d'induration chronique, ou, au pis-aller, ils suppureront, et, dans un cas comme dans l'autre, les inconvénients de l'un ou de l'autre de ces modes de terminaison seront bien moindres qu'ils ne l'auraient été s'il se fût agi, non de quelques ganglions récidivés, mais bien de la masse ganglionnaire primitive que le chirurgien a extirpée.

On peut faire valoir aussi, à l'appui de l'extirpation, le danger d'infection générale qui peut résulter de la présence des bacilles de la tuberculose dans ces ganglions strumeux. Mais il importe, je crois, de se tenir dans une prudente réserve sur ce chapitre, jusqu'à plus ample informé. Les bacilles sont relativement peu nombreux dans ces ganglions, et, d'après l'opinion de bien des chirurgiens, les dangers d'infection générale de l'organisme semblent proportionnels à l'abondance des bacilles dans les parties contaminées.

De tout ce qui précède il résulte que l'extirpation des grosses tumeurs ganglionnaires du cou, de nature strumeuse, est une opération qu'on ne doit pas proscrire, vu sa grande innocuité, que personne ne conteste, vu aussi les avantages sérieux que nous venons de lui reconnaître. Quant à ses indications, elles sont, je crois, faciles à formuler. Sans aucun doute, un traitement médical actif doit avant tout être institué contre ces tumeurs ganglionnaires, et l'opération ne devient légitime que quand il s'est montré notoirement impuissant et que la tumeur, volumineuse déjà et continuant de s'accroître, menace, par son extension progressive, ou d'exercer des phénomènes de compression dangereux sur les organes voisins, ou de s'étendre du côté du médiastin, et de rendre, par ce fait, une extirpation complète impossible, ou encore quand la masse morbide menace de suppurer. Ces conditions d'*échec du traitement médical* suffisamment prolongé, d'*accroissement progressif* ou de *menace de suppuration* d'une tumeur déjà considérable se trouvant remplies, l'extirpation doit être considérée comme parfaitement légitime.

Ce qui est vrai des tumeurs strumeuses du cou, l'est également de celles du creux axillaire, qu'on est d'ailleurs exposé à rencontrer bien moins fréquemment.

A l'appui des opinions émises dans cette note, je reproduis le résumé très succinct des trois seules extirpations de grosses masses ganglionnaires, de nature strumeuse, que j'aie faites jusqu'ici. Deux siégeaient au cou, et jusqu'à présent n'ont point récidivé; une siégeait dans le creux axillaire, a récidivé dans ces derniers temps, et, si je la cite, c'est pour montrer combien la récidive est restée limitée, quoique la région soit largement pourvue et avoisinée de ganglions lymphatiques.

OBS. I. — M. F..., vingt et un ans. Masses ganglionnaires volumineuses du cou, datant de quatre ans, non modifiées par le traitement médical institué, et continuant de s'accroître. A droite, une première masse de ganglions occupe toute la région sus-hyoïdienne et s'étale, en arrière, sur la région mastoïdienne. Une seconde masse, continue en haut avec la première, soulève le sterno-mastoïdien, déborde son bord postérieur, et s'arrête, en bas, à deux travers de doigt de la clavicule. A gauche, la tumeur, volumineuse aussi, siège à la partie moyenne du sterno-mastoïdien, le soulève, s'étend en arrière de lui, tandis qu'au-devant de son bord antérieur on ne sent que trois ou quatre gros ganglions.

Opération le 12 mai 1883, avec le concours de M. le docteur Spillmann, professeur agrégé à la Faculté, et du docteur Thiébaut. A droite, une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire permet l'ablation des ganglions sous-maxillaires et mastoïdiens. Une seconde incision, partant de la précédente et longeant le bord postérieur du sterno-mastoïdien, met à nu la seconde masse ganglionnaire qui ne dépassait pas, en dedans, la veine jugulaire interne, qu'on voit à nu. A gauche, incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien, dissection des ganglions situés en arrière et au-dessous de ce muscle. Quant à ceux qui se sentent au-devant du sterno-mastoïdien et des vaisseaux profonds du cou, pour éviter une nouvelle incision au-devant du muscle, je vais les chercher et les disséquer en passant entre la veine jugulaire et la carotide séparées l'une de l'autre. Apyrexie complète. Réunion par première intention sans aucun incident. Aucune récidive jusqu'ici.

OBS. II. — Mlle M..., quinze ans. Apparition, il y a six mois, de tumeurs ganglionnaires sur le côté droit du cou; elles n'ont cessé de s'accroître malgré les traitements suivis. Etat actuel: sterno-mastoïdien soulevé sur toute sa largeur, de l'apophyse mastoïde à la clavicule: la tumeur s'engage sous celle-ci, en dehors elle déborde largement dans le triangle sus-claviculaire. Opération le 20 mars 1855 avec l'aide de M. le docteur Spillmann, professeur agrégé. Incision longeant tout le bord postérieur du sterno-mastoïdien, coupée en haut par une incision oblique en bas et en avant. Dissection des ganglions qui, en avant, et sur une hauteur de 6 centimètres, adhèrent aux faces antérieure, externe et postérieure de la veine jugulaire: celle-ci, ainsi dénudée et disséquée, est isolée sur toute cette hauteur, sauf au niveau de sa partie interne, où elle est encore reliée à la carotide par quelques tractus celluleux. En bas, les ganglions s'étendant derrière la clavicule et au-dessous d'elle sont disséqués avec soin, vu leurs rapports immédiats avec les gros vaisseaux de la région, qu'on aperçoit au fond de cette partie de la plaie: à leur place reste un large cul-de-sac béant, à proximité duquel la peau n'est pas suturée. Réaction fébrile le lendemain de l'opération; dès le surlendemain la fièvre disparaît. Réunion par première

intention dans la plus grande étendue de la plaie. Vers la partie moyenne du cou, suppuration pendant une dizaine de jours sur une surface restreinte. En bas, le cul-de-sac profond existant derrière la clavicule a suppuré près d'un mois avant d'être comblé. Aucune récidive ne s'est produite jusqu'ici.

Obs. III. — Mme B..., vingt-sept ans. Tumeur ganglionnaire volumineuse remplissant le creux axillaire droit et remontant jusque sous la clavicule; survenue pendant l'allaitement de son dernier enfant, rebelle au traitement institué, et continuant de s'accroître.

Opération le 3 juin 1882 avec le concours de M. le professeur Bernheim et du docteur Ch. Levy. Ablation des masses ganglionnaires par une incision unique, sur la paroi inférieure du creux de l'aisselle, et parallèle à son bord antérieur. La tumeur remontait derrière la clavicule, au-dessus de laquelle on passe facilement le doigt pour s'assurer qu'il ne reste pas de ganglions malades; dénudation de la gaine des vaisseaux et nerfs jusqu'à ce niveau. Suites de l'opération très simples; réunion prompte. Pas de récidive pendant les trois dernières années : cette dame, revue récemment, présente un seul ganglion situé sous le grand pectoral; il est parfaitement isolé, indolent, et on n'en rencontre aucun autre dans le voisinage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Action toxique des sels alcalins. Note de M. *Ch. Richet*. — L'auteur fait connaître le résultat des recherches qu'il poursuit, non plus sur les chlorures comme dans ses précédentes communications, mais bien, cette fois, sur les bromures et les iodures de lithium, de potassium et de rubidium.

Voici les conclusions auxquelles le conduisent ses expériences sur des poissons, des pigeons et des cobayes :

1° Pour des substances chimiquement analogues, comme les sels alcalins, la dose mortelle minimum est sensiblement égale, si l'on considère non le poids absolu, mais le poids moléculaire de ces substances.

2° En poids absolu, les métaux sont donc d'autant moins toxiques que leur poids atomique est plus élevé, ce qui est précisément l'inverse de la loi formulée par Rabuteau.

3° A molécule égale les métaux dont le poids atomique est plus élevé sont aussi les plus toxiques.

4° Les chlorures sont en poids absolu plus toxiques que les bromures et les bromures plus toxiques que les iodures. Mais à poids moléculaire égal, c'est précisément l'inverse qu'on observe, les chlorures étant un peu moins toxiques que les bromures, et les bromures un peu moins toxiques que les iodures.

5° En résumé, les sels alcalins sont toxiques par leur molécule chimique et plus le poids de la molécule est élevé, plus elle est toxique, quoique la différence soit peu sensible.

La circulation dans les cellules ganglionnaires. Note de M. *Alb. Adamkiewicz*. — Dans cette nouvelle communication, l'auteur maintient absolument contre M. Vignal, qui s'était refusé à les admettre dans sa note du 23 novembre dernier (voy. *Gazette hebdomadaire* du 27 novembre 1885), les résultats que lui ont donnés les cinq cents injections des vaisseaux sanguins des ganglions intervertébraux sur des cadavres humains, c'est-à-dire :

1° La circulation à l'intérieur de la cellule ganglionnaire;

2° Cette opinion que le noyau de la cellule ganglionnaire est une cavité, opinion basée sur des preuves indiscutables; résultats qu'il avait fait connaître à l'Académie le 26 octobre dernier (voy. *Gazette hebdomadaire* du 30 octobre 1885).

Renouvellement du bureau. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un vice-président pour 1886, en remplacement de M. Jurien de la Gravière, qui passe président. Le scrutin donne les résultats suivants: Votants, 52; majorité, 27. — M. Gosselin, 28 voix; M. Hervé-Mangon, 23 voix; M. Duchartre, 1 voix.

En conséquence, notre vénéré maître, M. le professeur *Gosselin*, est proclamé vice-président de l'Académie des sciences pour l'année 1886.

E. Rivière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCES SUCCESSIVES DE MM. JULES BERGERON ET TRÉLAT.

M. le docteur *Douay*, médecin-major de 1re classe, envoie son *Rapport* annuel sur les *vaccinations et revaccinations* pratiquées au 24e régiment d'artillerie en 1885. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *R. Blanchard*, une *Note sur les sarcosporidies et sur un essai de classification de ces sporozoaires;* 2° de la part de M. le docteur *Weiss* (de Nancy), divers mémoires imprimés sur des sujets de chirurgie.

M. *Hervieux* présente un mémoire imprimé de M. le docteur *René Brian* sur les *Origines de la science médicale à Rome et dans le Latium*.

M. *Ball* offre, au nom de M. *Weil*, un ouvrage ayant pour titre : *De l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, législation pénale et jurisprudence.*

M. *Richet* dépose le 3e et dernier fascicule de l'ouvrage intitulé : *Diagnostic et traitement des affections oculaires*, par MM. les docteurs *Galezowski* et *Daguenet*.

M. *Vallin* fait hommage, au nom de M. le docteur *Viry*, médecin en chef de l'École militaire de Saint-Cyr, d'un *Manuel d'hygiène militaire*, pour le concours du Prix Vernois en 1886. (Inscrit sous le n° 1.)

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le docteur *Masse* (de Bordeaux), un volume ayant pour titre: *Mémoires de médecine et de chirurgie* et l'article Peau, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Installation du bureau pour 1886. — Les douloureuses circonstances que subit aujourd'hui la *Gazette*, ne lui permettent pas d'apprécier à la place habituelle et comme il conviendrait le remarquable exposé des travaux de l'Académie en 1885 présenté par son président sortant, M. *Jules Bergeron*. La savante Compagnie a vivement goûté cette allocution si pleine de clarté et de compétence, où sont tour à tour appréciés avec mesure et loués avec délicatesse les délibérations et les mémoires qui ont occupé ses séances pendant l'année écoulée. Après avoir évoqué de nouveau le souvenir des collègues disparus et salué ceux qui les ont remplacés, M. Bergeron a surtout insisté sur la part prédominante qu'ont prise devant l'Académie les questions d'hygiène publique, telles que l'assainissement des villes, la prophylaxie de la rage, de l'alcoolisme, la dépopulation de certains départements, la diminution de la natalité, la protection de l'enfance, la répression de la prostitution. La chirurgie a également été l'objet de communications importantes sur l'érysipèle, les pansements antiseptiques. L'Académie enfin a pu remettre un peu d'ordre dans ses travaux officiels et, en tenant deux séances solennelles, rentrer dans la voie d'où les malheurs publics l'avaient détournée.

M. *Trélat*, président pour 1886, constate, aux applaudissements unanimes de l'Académie, que c'est surtout à l'énergique impulsion donnée par M. Bergeron à ses travaux que ces résultats ont pu être obtenus. Il remercie le Bureau et les membres sortants du Conseil.

Décès de M. Dechambre. — M. *Trélat* fait part à l'Académie du décès de M. Dechambre et apprécie, en termes reproduits plus haut (p. 22), la perte considérable que fait la Compagnie en sa personne.

Élections. — Par 44 voix sur 83 votants, M. *Hayem*, porté en troisième ligne, est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. M. Desnos, porté en première ligne, obtient 38 voix et M. Dumontpallier, porté en deuxième ligne, 1.

Sir Joseph Fayrer (de Londres) est élu correspondant national pour la division de médecine par 43 voix sur 65 vo-

tants; M. Pretenderis Typaldos (d'Athènes) obtient 16 voix et M. Bateman (de Norwich), 1.

COMMISSION. — M. *Marjolin* est désigné pour remplacer M. Dechambre dans la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

LE SERVICE MILITAIRE. — Sous le titre de : Remarques anthropologiques, médicales et démographiques sur la validité du soldat et sur la durée du service, M. *Lagneau* présente une série de considérations dont voici le résumé :

L'Académie ne doit pas se désintéresser des questions démographiques que soulève la future loi militaire, car la validité du soldat assure la valeur de l'armée, et la durée du service militaire peut n'être pas sans influence sur l'accroissement déjà si minime de notre population. D'après de nombreux documents statistiques, beaucoup d'hommes n'arrivent à leur taille maxima que vers vingt-cinq, vingt-huit et trente ans, selon les races. En France, les habitants de certains départements anciennement peuplés de Celtes y arrivent très tard. La misère physiologique, résultant le plus souvent d'une alimentation insuffisante, mais aussi d'une vie trop sédentaire dans les ateliers, les manufactures, retarde et prolonge également le développement physique et l'accroissement de la taille. De même que la stature, le thorax se développe bien au delà de la vingtième année, au moins jusqu'à vingt-cinq et vingt-huit ans. Le développement thoracique est souvent notablement moindre chez les jeunes gens instruits, ayant été astreints à la vie sédentaire des écoles, que chez les campagnards.

Bien que le développement physique ne soit pas parfait à vingt ans, il est très suffisant pour permettre aux hommes de s'instruire militairement. Plus tard, si la guerre survient, lorsque ces hommes, antérieurement instruits, sont rappelés à l'armée, leur résistance aux fatigues est en rapport avec leur complet développement physique. Quoique présentant une mortalité beaucoup moindre qu'anciennement, nos soldats offrent encore près de deux fois plus de malades et près de moitié plus de décédés que les civils de mêmes âges. La mortalité militaire, en temps de paix, à l'intérieur, de 8 à 10 sur 1000 hommes d'effectif, diffère peu de celle des civils. Mais il faut tenir compte que l'armée est composée d'hommes choisis, qu'elle est expurgée de tous les infirmes et faibles de constitution, et que les revisions, les congés de réforme en éliminent incessamment tous ceux atteints de maladies chroniques, en particulier la plupart des phthisiques.

Deux maladies sévissent surtout sur l'armée : la fièvre typhoïde et la tuberculose. La fièvre typhoïde atteint surtout les jeunes soldats, dans les deux premières années de leur incorporation, pour devenir ensuite moins fréquente les années suivantes. Après avoir déterminé 4 à 5 décès sur 1000, elle ne détermine plus ensuite que 2 et 1 décès sur 1000. Au contraire, la tuberculose atteint surtout le soldat incorporé depuis quelques années; déterminant environ 1 décès sur 1000 dans la première année, elle en produit 2 à 3 les années suivantes, et 3 à 4 après dix ans de service. D'ailleurs cette mortalité par phthisie, dans les hôpitaux militaires, est très inférieure à la mortalité phthisique réelle, car la plupart des soldats tuberculeux sont réformés et vont mourir dans leurs foyers, en déchargeant l'obituaire de l'armée. La fièvre typhoïde et la tuberculose, résultant principalement de l'encombrement humain, de l'insuffisance du renouvellement d'air dans les chambrées, sévissent beaucoup plus dans les casernes urbaines que dans les camps ruraux.

Puisque la morbidité et la mortalité sont grandes dans l'armée, il faut, en temps de paix, y maintenir les jeunes gens le moins longtemps possible, c'est-à-dire le temps strictement nécessaire à leur instruction militaire. Cette durée du service pourrait être très courte. Si, au régiment, des inspections annuelles, semestrielles, constatant le degré d'instruction militaire, permettaient de renvoyer promptement dans leurs foyers les hommes reconnus suffisamment instruits, dès le lycée, dès l'école, les enfants s'empresseraient de s'exercer à la gymnastique, aux manœuvres militaires, et leur santé, leur développement physique ne seraient pas comme actuellement compromis par la vie trop sédentaire, par le surmenage intellectuel des classes et des études. Puisque la fièvre typhoïde et la tuberculose sont plus fréquentes dans les garnisons urbaines que dans les camps ruraux, il faut de plus en plus substituer les camps d'instruction aux casernes des grandes villes, si morbigènes pour les jeunes immigrés. Puisque, à partir de vingt-deux à vingt-trois ans, les hommes mariés présentent une mortalité d'environ un tiers moindre que les célibataires, et que par suite de notre faible natalité légitime l'accroissement de notre population est remarquablement faible, il importe de retenir le moins possible les jeunes hommes à l'armée, afin de leur permettre de se marier promptement.

EXTRACTION DE LA CATARACTE ET PANSEMENT ANTISEPTIQUE. — M. *Panas* tient à rendre compte des excellents résultats qu'il a obtenus depuis deux ans, grâce aux pansements antiseptiques, dans le traitement de la cataracte. Il s'est guidé à cet effet sur les préceptes suivants : faire usage d'un antiseptique sûr de son action, en même temps que peu irritant; pousser le liquide antiseptique dans tous les recoins du champ opératoire et pour cela ne jamais négliger le lavage intra-oculaire ; tailler un lambeau cornéen irréprochable, aussi bien comme régularité de forme que comme grandeur ; procéder le plus complètement possible à la *toilette* du champ pupillaire ; faire contracter et réduire complètement l'iris avant que de fermer l'œil opéré, user du pansement antiseptique dans toute sa rigueur, et tenir l'œil au repos un temps suffisant ; enfin surveiller attentivement l'opéré, afin d'intervenir activement et à temps s'il y a lieu.

Comme antiseptique, M. Panas préfère le biiodure d'hydrargyre en solution au 20/000e, d'après la formule suivante :

Eau distillée	1 litre
Biiodure d'hydrargyre.....	5 centigrammes
Alcool à 90 degrés.......	20 grammes

A cette faible concentration, la solution en question ne produit aucune irritation sur la conjonctive, et elle est très bien tolérée, sauf quelques exceptions rares, par la cornée et l'iris, alors qu'on l'injecte dans l'intérieur de l'œil. Pour laver le globe de l'œil, M. Panas emploie une seringue de forme spéciale, munie d'un tube et d'une poire en caoutchouc durci. Il a, de plus, l'habitude d'anesthésier l'œil à l'aide de la cocaïne. Quant à l'étendue du lambeau cornéen, elle varie suivant le volume de la lentille du 1/3 aux 2/5 de la circonférence de la cornée ; la ponction et la contre-ponction se font dans le limbe scléro-cornéen à la limite de la portion opaque avec la partie transparente de la cornée ; il faut éviter de comprendre dans la section la conjonctive voisine, contrairement à l'opinion de de Græfe et de Desmarres père, ce lambeau n'étant d'aucune utilité pour la réunion de la plaie. Il faut aussi largement ouvrir la capsule du cristallin et même l'arracher à l'aide d'une pince spéciale ; dans les cataractes très mûres et celles dites capsulo-lenticulaires, on doit faire un nettoyage parfait du champ pupillaire, ce qui est d'autant plus facile que l'antisepsie permet de multiplier sans danger les manœuvres opératoires. L'opération terminée, l'œil lavé intérieurement, on fait le pansement, après avoir instillé de l'ésérine; pour ce pansement, on recouvre l'œil d'un linge graissé avec une pommade au benzoate de mercure contenant 1 gramme de benzoate pour 100 grammes de cérat; par-dessus, on applique des rondelles d'ouate hydrophile, et l'on maintient le tout au moyen de bandes ; le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures.

Grâce à cette méthode, M. Panas dit avoir pu opérer sans inconvénients des diabétiques, des goutteux, des rhumatisants, et d'une façon générale tous les malades qui se trouvent dans une condition défavorable au succès opératoire. La guérison est obtenue en sept jours en moyenne, sans aucune complication.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

Polype fibreux de l'amygdale; ablation, rapport : M. Nepveu. — Kyste calcifié du corps thyroïde, rapport : M. Nepveu. — Pseudarthrose très ancienne de la jambe : M. Berger. — Déformation du crâne chez les scieurs de long; présentation de pièce : M. Poncet (de Lyon). — Élection. — Commissions.

M. *Nepveu* fait un rapport sur une observation de polype fibreux de l'amygdale envoyée par M. Masse (de Bordeaux). Cette petite tumeur, attachée par un pédicule long et étroit à l'amygdale, descendait jusque sur les replis aryténo-épiglottiques, qu'elle titillait, déterminant de légers phénomènes d'irritation et de gêne respiratoire. Le malade, qui en était porteur, était sujet à des maux de gorge fréquents, mais sans gravité. C'est pour un de ces accidents qu'il consulta M. Masse. Ce dernier, examinant le pharynx, découvrit le polype, dont le malade ignorait complètement l'existence, et proposa son ablation. Après l'administration d'une potion contenant 4 grammes de bromure de potassium et d'un gargarisme à la cocaïne, le chirurgien trancha sans difficulté d'un coup de ciseau le pédicule de la tumeur près de l'amygdale. Aucun accident; guérison complète après quelques jours. L'examen de la pièce, pratiqué par M. Coyne, montra qu'il s'agissait d'un polype fibreux ayant son point de départ dans le chorion de la muqueuse recouvrant l'amygdale. Les faits de polypes de l'amygdale sont rares; aussi l'observation de M. Masse, bien que ne soulevant pas une question de pratique très importante, mérite d'être retenue.

— M. *Nepveu* rend compte d'une observation de M. Houzel (de Boulogne) : kyste calcifié du corps thyroïde; ablation au bistouri; guérison.

M. *Trélat* a eu occasion de traiter, il y a quelques années, à l'hôpital Necker, un kyste calcifié du corps thyroïde. Il avait été déjà incisé en ville, et il existait un trajet fistuleux conduisant dans son intérieur. M. Trélat agrandit cette ouverture avec l'écraseur, et gratta soigneusement et laborieusement toute la cavité avec une curette : drainage, lavage antiseptique, guérison après plusieurs mois de granulations.

— M. *Berger* présente une pièce anatomique de pseudarthrose de la jambe très ancienne, car le sujet dont elle provient, mort à cinquante-sept ans, avait eu sa fracture à l'âge de neuf mois. Il ne s'était jamais servi de son membre. La fausse articulation appartient au genre pseudo-diarthrose de Malgaigne, au genre pseudarthrose fibro-synoviale de Bérenger-Féraud. On sait que cette variété est rare et qu'on en a même contesté l'existence; cependant on en possède des exemples bien authentiques, tels sont ceux de Chassaignac et de Letenneur (de Nantes). La pièce actuelle en est un nouvel exemple : les surfaces osseuses ne sont pas encroûtées de cartilage, mais elles se moulent exactement l'une sur l'autre, offrant d'un côté une surface arrondie, reçue d'autre part dans une cavité; le périoste épaissi forme tout autour un manchon ligamenteux. M. Berger a pu se rendre compte, du vivant même du malade, que la pseudarthrose offrait seulement des mouvements d'extension et de flexion sans mobilité latérale. La même disposition anatomique et fonctionnelle existait du côté du péroné. Les articulations sus- et sous-jacentes du membre malade ne sont point atteintes d'ankylose, contrairement à ce que l'on dit dans les livres. Les muscles sont assez bien développés; les vaisseaux sont normaux, et les nerfs sont plus volumineux qu'à l'ordinaire. Dans son ensemble, cependant, le membre de ce côté est plus court, et cette brièveté porte sur tous ses segments; le bassin lui-même est atrophié du côté malade; enfin il existe une scoliose très accentuée. Dans l'esprit de M. Berger, l'existence de cette scoliose est le fait d'une pure coïncidence, de même que, dans le cas suivant, qu'il lui a été donné d'observer récemment, et qu'il rapproche du fait qui est l'objet de sa communication. Une petite fille est atteinte de courbure rachitique du squelette de la jambe, pour laquelle M. Jules Bœckel pratique l'ostéoclasie; la déformation se reproduit, et à l'âge de quatre ans on pratique l'ostéotomie; pas de consolidation. Aujourd'hui la petite malade, âgée de treize ans, présente outre la pseudarthrose et l'atrophie du membre une scoliose. Comme M. Berger l'a dit en commençant, le malade dont il présente la pièce anatomique ne s'était jamais servi de son membre, c'est sans doute la raison qui explique son atrophie. Durant sa vie, le malade offrait des troubles circulatoires importants du côté des orteils; ces parties étaient ordinairement froides et anesthésiques, ce qui contraste avec l'intégrité apparente des nerfs.

M. *Trélat* ne partage pas l'avis de M. Berger sur les causes de l'atrophie du membre de son sujet. Au lieu de les mettre sur le compte de la pseudarthrose, il serait plutôt disposé à rapporter la non-consolidation du squelette fracturé à l'atrophie des divers segments de ce membre et du côté correspondant du bassin à une lésion primordiale de la moelle.

M. *Duplay* partage l'opinion de M. Trélat.

M. *Poulet* demande si les nerfs du membre malade ont été examinés au microscope ; leur intégrité macroscopique ne signifie rien relativement à leur intégrité histologique; leur augmentation de volume signalée par M. Berger doit faire penser qu'ils sont le siège de lésions que seul peut révéler le microscope.

M. *Berger* a conservé la moelle de son sujet; l'examen histologique en sera pratiqué. Rien dans l'histoire clinique du malade ne peut faire croire qu'il y a eu à un moment donné, une affection médullaire, comme par exemple une paralysie infantile.

— M. *Poncet* (de Lyon) présente le crâne d'un scieur de long mort à l'âge de vingt-huit ans et offrant sur la voûte une déformation professionnelle, que l'auteur étudie depuis quelques années. Le présentateur explique la pathogénie de cette déformation (habitude de porter de lourdes charges sur la tête) et il montre son importance au triple point de vue de la clinique, de l'anthropologie et de la médecine légale.

— Au cours de la séance la Société a procédé à l'élection d'un membre titulaire : M. Kirmisson a été nommé à une forte majorité membre de la Société de chirurgie.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre correspondant national : MM. Horteloup, Polaillon, Le Dentu, Chauvel.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre correspondant étranger : MM. Terrier, Marc Sée, Pozzi, Lucas-Championnière, Chauvel.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT, VICE-PRÉSIDENT.

Convulsions d'origine cérébrale: M. E. Dupuy. — Anesthésie par le protoxyde d'azote: M. Laffont. — Action anasthésique combinée de l'hypnone et du chloroforme: MM. Dubois et Bidot. — Phénomènes entoptiques partiels: M. Charpentier. — Helminthe du Mora (Gades): M. Fourment. — Crétinisme par ablation du corps thyroïde: M. Horsley. — Déformation crânienne des scieurs de long: M. Poncet. — Variation négative et travail musculaire: M. d'Arsonval.— Mesures calorimétriques rapides: M. d'Arsonval. — Passage de la bile dans le sang par excès de pression biliaire: MM. Lépine et Aubert. — Myocardite et mort subite dans la fièvre typhoïde: M. Déjerine. — Articulation anormale de l'hyoïde et du thyroïde: M. Debierre. — Renouvellement du bureau pour 1886.

M. *E. Dupuy*: L'étude des convulsions épileptiformes qui suivent l'excitation électrique du gyrus sigmoïde du chien, donne les résultats suivants:

1° Quand on irrite le gyrus gauche après avoir fait une hémisection de la moelle au-dessus du renflement lombaire, les quatre membres sont le siège de convulsions; la patte postérieure du côté de l'hémisection reste rigide bien longtemps après l'accès; la patte antérieure correspondante, la droite, devient rigide avant la cessation des accidents épileptiformes;

2° Quand on a fait une double section de la moelle à 1 centimètre et demi au-dessous du bec du calamus (une section à droite et une à gauche et distantes l'une de l'autre de 2 centimètres à peu près), et qu'on irrite le gyrus, les accidents épileptiformes sont identiques dans les quatre membres;

3° Quand on irrite avec le courant déjà employé (à 12 centimètres de distance de la bobine inductrice) la surface de section de la moelle épinière lorsque l'accès est bien lancé, il cesse incontinent, l'animal poussant des cris de douleur.

Il y a donc une modification des propriétés de la moelle épinière induites dans tout un côté de l'axe par une hémisection, et les accidents épileptiques laissent la connaissance intacte chez l'animal.

— M. *Laffont* présente une note complémentaire de sa précédente communication sur les inconvénients de l'anesthésie par le protoxyde d'azote pur, sous la pression normale. Il conclut des expériences pratiquées sur lui-même et sur des chiens, que: 1° cette anesthésie est toujours accompagnée d'asphyxie (comme l'ont dit déjà Jolyet et Blanche, en 1873); 2° l'asphyxie concomitante provoque une pluie de sucre dans le sang, c'est-à-dire l'hyperglycémie étudiée par Daske dans l'asphyxie ordinaire par obstacle à la respiration; 3° il en résulte chez l'individu sain un diabète plus ou moins durable.

— MM. *Dubois* et *Bidot* ont étudié l'action anesthésique combinée de l'hypnone et des mélanges titrés de chloroforme. L'action combinée de ces deux agents permet la production d'une anesthésie parfaite avec le mélange à 4 pour 100, de P. Bert, qui ne procure pas, à lui seul, le sommeil et l'anesthésie chirurgicale. L'hypnone administrée seule ne produit pas non plus l'anesthésie chez le chien. La rapide élimination de l'hypnone assure certains avantages sur l'emploi simultané de la morphine et autres agents avec le chloroforme.

— M. *Charpentier* (de Nancy) adresse une note sur un phénomène entoptique dû à l'éclairement de certaines fibres nerveuses de la rétine: il s'agit d'une figure elliptique qui se détache à la partie externe du champ visuel quand on regarde dans l'obscurité un petit objet bien lumineux; elle apparaît exclusivement au dehors et se montre symétriquement dans les deux yeux.

— M. *Fourment* présente une note sur un helminthe du Mora Mediterranea, poisson de la famille des Gades.

— M. *Horsley* présente les résultats de ses expériences d'ablation du corps thyroïde faites chez le singe en vue d'étudier la physiologie pathologique du myxœdème. Les animaux opérés, guéris de leur plaie par première intention, meurent au bout de cinq à six semaines avec tous les accidents du myxœdème. Ils présentent d'abord un tremblement des mains analogue à celui qu'a étudié M. Marie dans le goitre exophthalmique, puis des troubles de paralysie fonctionnelle rappelant ceux de la paralysie agitante; ils arrivent bientôt à l'état de crétinisme et meurent rapidement avec un abaissement rapide de la température.

— M. *Poncet* (de Lyon) rappelle qu'il a déjà insisté sur une déformation du crâne spéciale aux scieurs de long: il présente la calotte crânienne d'un sujet qui offre la déformation dont il s'agit: celle-ci consiste en un épaississement localisé de la table externe de l'os due à une périostite provoquée elle-même par la manœuvre habituelle aux scieurs de long; l'ouvrier placé au-dessous de la pièce de bois fait progresser la poutre en la soulevant avec la tête et les deux mains. C'est donc une déformation *professionnelle* assez caractérisée et constante pour présenter un véritable intérêt médico-légal (recherche de l'identité) et clinique (diagnostic des périostoses syphilitiques et autres).

— M. *d'Arsonval* a cherché s'il existait un rapport entre la valeur galvanométrique de la variation négative musculaire et l'importance du travail mécanique exécuté par le muscle; il trouve que la variation négative croît proportionnellement avec la charge et pense qu'il y a là une indication pour l'évaluation du travail mécanique (poids multiplié par la hauteur du soulèvement).

M. d'Arsonval s'est occupé de la détermination *rapide* de la quantité de chaleur dégagée par un circuit enfermé dans un calorimètre et a modifié dans ce but ses appareils antérieurement décrits: il a fait du cylindre en cuivre du calorimètre l'une des soudures d'un explorateur thermo-électrique; l'autre soudure est formée d'une bande de fer-blanc; le galvanomètre est disposé par rapport à ces deux soudures comme il l'est par rapport à celle d'une aiguille thermo-électrique ordinaire.

— MM. *Lépine* et *Aubert* (de Lyon) ont étudié expérimentalement la question controversée du passage de la bile dans les veines à la suite de l'obstruction du canal cholédoque. En faisant des prises de sang successives au niveau des veines sus-hépatiques après la ligature du canal et pendant qu'on exerce ou qu'on supprime l'augmentation de pression produite à l'intérieur des voies biliaires par une charge d'eau salée, les auteurs ont vu: 1° que quand la pression intra-vésiculaire n'est pas augmentée, on ne trouve dans le sang qui sort du foie que des traces d'acides biliaires; 2° qu'à la suite de l'augmentation de pression le sang des veines sus-hépatiques contient vingt fois plus d'acides biliaires qu'auparavant.

L'excès de pression dans les veines biliaires peut donc, s'il est suffisant, produire le passage de la bile dans le sang sus-hépatique; reste à savoir si la pression atteint le degré nécessaire à la suite de la seule obstruction du canal cholédoque.

— M. *Déjerine* ayant eu l'occasion d'observer deux cas de mort subite dans la convalescence de la fièvre typhoïde, a repris l'étude des altérations cardiaques auxquelles les accidents peuvent être attribués. Le fait même de la mort par le cœur n'est pas douteux, comme on sait: l'un des sujets observés par l'auteur mourut subitement sous l'influence d'une vive émotion morale; le second succomba pendant un lavage de la plèvre, le cœur s'arrêtant brusquement et la respiration continuant quelques instants.

L'examen du cœur a permis, d'une part, de constater l'absence de ces altérations artérielles sur lesquelles a insisté

M. Hayem, et, d'autre part, de déterminer l'existence de la myocardite spéciale, décrite par Renaut et Landouzy sous le nom de désintégration de la fibre musculaire cardiaque (dissolution du cément d'union). La même lésion se retrouve, avec les mêmes conséquences cliniques, dans les péricardites chroniques, les états d'asystolie prolongée; mais c'est la première fois qu'on la signale dans une maladie infectieuse.

— M. *Debierre* (de Lyon) décrit une articulation anormale entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde.

— Le dépouillement du scrutin pour le renouvellement du bureau donne les résultats suivants :
Vice-présidents : MM. *Bouchereau* et *Gréhant*.
Secrétaire-général adjoint : M. *François-Franck* (en remplacement de M. Straus, démissionnaire).
Secrétaires des séances : MM. *Beauregard*, *Blanchard*, *Bloch* et *Vignal*.

— La Société s'ajourne au samedi 9 janvier 1886.

EXTRAIT DES TRAVAUX DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société physico-médicale de Wurtzbourg.

Les mouvements de déglutition chez le fœtus.

On sait que de bonne heure l'intestin du fœtus renferme des éléments du liquide amniotique; il est évident, selon M. *Reubold*, que cela tient à des mouvements de déglutition du fœtus; on conçoit que le besoin d'oxygène se fasse sentir chez lui, après des mouvements vifs, ou lorsque par suite d'une maladie de la mère le sang du placenta n'est pas assez riche en oxygène; de là résultent des mouvements respiratoires prématurés du fœtus, et une aspiration de liquide; d'autre part, on a observé chez des fœtus de six mois, et même chez des acéphales, des mouvements de succion; enfin de simples mouvements du corps peuvent faire parvenir mécaniquement du liquide dans la bouche du fœtus. (*Séance du* 21 *novembre* 1885.)

Société allemande de médecine de Prague.

Fistule congénitale du cou.

Les fistules congénitales du cou sont, comme on le sait, des restes des fentes branchiales; dans le cas particulier, la fistule est située à 1 1/2 centimètre au-dessus de l'entrée du thorax, au bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et doit être considérée comme le vestige de la quatrième fente branchiale. Jusqu'à l'âge de trois ans, on ne voyait à ce niveau qu'une fossette; bientôt une sécrétion séreuse y apparut et persista pendant quelque temps. L'enfant a dix ans actuellement; en juin dernier, la sécrétion reparut, purulente cette fois; un médecin fit des injections d'une solution de nitrate d'argent dans la fistule, mais sans succès. M. *Gussenbauer* s'est assuré qu'une sonde introduite pénètre jusqu'au pharynx, mais il ne paraît pas y avoir communication avec lui.

Le traitement proposé consiste à introduire dans la fistule du catgut, trempé dans une solution de nitrate d'argent; sous l'influence de ce caustique, il y a lieu d'espérer que la fistule tarira et se fermera. (*Séance du* 6 *novembre* 1885.)

Académie de médecine d'Irlande.

Lésions anatomiques dans la paralysie saturnine.

M. *Wall. Beatty* a fait avec soin l'examen des centres nerveux chez un peintre âgé de trente et un ans, mort d'urémie à la suite d'une paralysie saturnine. Les principales lésions occupaient les cornes antérieures dans les renflements cervical et lombaire, et portaient spécialement sur le groupe de cellules ganglionnaires internes et antérieures; ces cellules étaient plus clairsemées et plus petites que normalement, altérées dans leur coloration et souvent privées de leurs prolongements. Les cellules ganglionnaires des groupes latéraux étaient bien représentées et paraissaient normales. Autour du canal central, dans les deux renflements, il y avait une accumulation de cellules plus abondantes qu'à l'état normal. Ces lésions étaient plus marquées dans le renflement lombaire que dans le renflement cervical. Les racines des nerfs étaient intactes. (*Séance du* 6 *novembre* 1885.)

Sheffield medico-chirurgical Society

Paralysie pseudo-hypertrophique.

M. *Dyson* relate deux cas de cette affection. Le premier concerne un enfant de onze ans, qui en présenta les premiers symptômes à cinq ans, après une rougeole et une scarlatine. La démarche, l'attitude, l'augmentation de volume des mollets et des fesses étaient caractéristiques, et l'affection avait progressé depuis lors malgré le traitement (application des courants électriques, administration des toniques nervins et exercice). Dans le second cas, le malade avait douze ans, et l'on ne pouvait guère trouver d'autre cause que l'hérédité. Il ne pouvait plus se tenir sur les jambes et les extrémités supérieures étaient notablement atrophiées. Chez les deux malades, l'état mental ne laissait rien à désirer. (*Séance du* 3 *décembre* 1885.)

Medical Society of London.

Difficultés du diagnostic de l'ulcère de l'estomac.

M. *Steph. Mackenzie* fait ressortir la difficulté du diagnostic du cancer de l'estomac dans une foule de cas où les symptômes les plus usuels de cette affection font défaut; dans d'autres cas, on observe tous les symptômes ordinairement attribués au cancer stomacal, sans qu'il y ait autre chose qu'une apepsie nerveuse; celle-ci est commune; les malades qui en sont atteints vomissent tous les aliments, même le lait.

M. *Routh* fait remarquer que dans l'ulcère de l'estomac, de même que dans la gastrite, les boissons froides soulagent, tandis que dans les dyspepsies nerveuses seules les boissons chaudes produisent cet effet. Le courant électrique pourrait renseigner peut-être, à cause de la sensibilité plus grande de la muqueuse au voisinage de l'ulcère. (*Séance du* 30 *novembre* 1885.)

Royal medical and chirurgical Society.

Destruction d'une portion de l'artère axillaire par un sarcome.

Chez un homme âgé de trente-trois ans, qui présentait une tumeur volumineuse sous le muscle grand-pectoral, M. *W. S. Savory* fit l'extirpation par une incision suivant le bord inférieur de ce muscle; toute la portion de la tumeur située au-dessous des vaisseaux put être aisément enlevée; il n'en fut pas de même des portions enveloppant les vaisseaux; l'artère axillaire ne put être trouvée, l'hémorrhagie abondante fut arrêtée par la forcipressure et la veine axillaire liée, et le malade vécut encore huit jours pendant lesquels la circulation collatérale s'était bien établie; mais au bout de ce temps, se déclara une violente hémorrhagie qui fut mortelle. On trouva l'artère axillaire entièrement détruite par la tumeur. M. Savory incline à croire que celle-ci a eu l'artère même pour point de départ. (*Séance du* 8 *décembre* 1885.)

REVUE DES JOURNAUX

Broncho-pneumonie avec température élevée s'abaissant par les bains chauds, par M. Edward MACKEY. — Un enfant rachitique de deux ans entre à Alexandra hospital, le 15 juillet 1885, avec sa quatrième attaque de bronchite durant depuis trois jours. Il tousse, et sa respiration est accélérée (50 par minute); rétraction des cartilages costaux inférieurs; cyanose; pouls très rapide; température, 103 degrés (F.). Une respiration rude et stridente était le signe principal que l'on constatait; il n'y avait pas de matité bien définie à la percussion. On ordonne un ipéca émétisé et un demi-grain d'iodure de potassium dans une mixture saline; cataplasmes après application d'un liniment irritant.

Le 16 juillet, rhonchus dans les deux poumons; râles sibilants aux deux bases; toux brève et entrecoupée; respiration haletante. Température, 101°,8 (F.), dépassant 104 degrés dans l'après-midi.

Le 17, pas de sommeil; râles muqueux crépitants dans toute l'étendue de la poitrine, etc. Température, 104 degrés, atteignant le soir au-dessus de 105 degrés.

Le 18, l'enfant est assoupi; râles sibilants aux sommets. Température, 105°,2; la température de la chambre varie de 65 à 75 degrés. A neuf heures du matin, le petit malade est plongé dans un bain à 94 degrés pendant environ vingt minutes. Il en sort plus à l'aise, et sa température, prise comme toujours dans le rectum, a baissé de 2 degrés. A midi, cependant, il a 106 degrés de température, et à cinq heures trente du soir, 106°,2; à ce moment il est pris de légères convulsions; on administre un bain à 90 degrés, qui fait tomber le thermomètre à 101°,8. Trois heures après il remonte à 105°,8, et le bain le ramène à 99°,4. A minuit, on constate de nouveau 105°,2, et après le bain 101°,4.

Les 19, 20 et 21 juillet, on ne donna pas moins de douze bains chauds, qui tous firent tomber, mais pour un temps très court, le thermomètre de quelques degrés. Ils ne modifièrent pas l'état local des poumons, mais ils ne l'aggravèrent pas, et produisirent chez le petit malade un bien-être manifeste, mais passager. La mort survint le 21 juillet.

A l'autopsie, lésions ordinaires de la broncho-pneumonie. On a beaucoup plus écrit sur l'usage des bains froids que sur celui des bains chauds dans les maladies fébriles, il n'est pas douteux que ces derniers offrent de précieuses ressources, quand les premiers exposent à quelques risques. Bäumler dit que les bains à 95 degrés graduellement abaissés à 70 degrés sont très agréables, mais demandent à être continués plus longtemps que les bains froids. H. Weber a trouvé que les bains de 80 à 90 degrés sont ceux qu'on doit le plus généralement employer dans la scarlatine, tandis qu'un bain de 77 à 86 degrés pendant vingt minutes, suivi d'une affusion tiède ou froide, est celui adopté avec beaucoup de succès par Jürgensen. Dans le cas rapporté plus haut, les bains furent prolongés de vingt à quarante minutes, et l'enfant parut toujours s'en très bien trouver. L'auteur pense que la distension du cœur droit s'accompagnant de cyanose est une bonne raison pour pratiquer une émission sanguine; il croit avoir vu des malades revenir à la vie grâce à l'emploi de ce moyen, et par contre il en a vu d'autres succomber parce qu'on a négligé d'y avoir recours. Chez le petit malade en question, l'application d'une sangsue aurait peut-être été un trop faible moyen pour en obtenir quelque résultat; chez un enfant plus vigoureux, on aurait pu recourir à l'ouverture de la veine jugulaire externe. (*The Lancet*, 3 octobre 1885, p. 617.)

Hydropisie de la vésicule biliaire; obstruction pylorique; aspiration du contenu de la vésicule; amélioration des symptômes, par M. J.-M. CLARKE. — Mrs. B..., vieille femme de soixante-sept ans, de très bonne santé, faisant un usage modéré des stimulants alcooliques, et ayant des antécédents de cancer dans sa famille, voit se développer chez elle des symptômes de jaunisse, avec augmentation de volume du foie, ce viscère présentant des nodules qu'on sent dans la région de son bord inférieur. Le fait de la résistance de l'ictère au traitement par les sels purgatifs, le podophylle, le calomel, les pilules bleues, et les autres signes, particulièrement l'âge de la malade, laissent supposer qu'on est en présence d'une tumeur ou de plusieurs tumeurs cancéreuses, et après trois à quatre mois de persistance de l'ictère on ne se contente plus que d'administrer, de temps à autre, des sels purgatifs pour obtenir l'évacuation de l'intestin. A ce moment, une tumeur piriforme fluctuante apparaît dans la région de la vésicule biliaire. Cette tumeur augmente lentement, mais très manifestement de volume, jusqu'à ce qu'elle ait acquis le volume d'un œuf d'oie; alors des symptômes d'obstruction pylorique avec vomissements s'ajoutent aux troubles présentés déjà par la malade. Le diagnostic de cette seconde tumeur fut hydropisie de la vésicule biliaire causée par l'occlusion du canal cholédoque par pression de la tumeur déjà existante. On vérifia ce diagnostic en pratiquant une ponction exploratrice avec la seringue hypodermique; la tumeur était, en effet, remplie de liquide présentant les réactions chimiques des acides et des pigments biliaires. On aspira environ 14 onces d'un liquide jaunâtre, translucide, visqueux, et les symptômes d'obstruction pylorique disparurent de même que les vomissements. Le malade mourut quelque temps après avec des phénomènes d'intoxication biliaire. Ses amis s'étant opposés à l'autopsie, on ne put vérifier si le diagnostic de carcinome hépatique était exact. (*The Lancet*, 3 octobre 1885, p. 616.)

Opération d'hystérectomie dans laquelle l'ablation des annexes n'a ni fait cesser les hémorrhagies ni empêché l'accroissement de la tumeur, par M. LAWSON TAIT. — Une femme âgée de quarante ans est atteinte d'un volumineux myome qui détermine des hémorrhagies persistantes. M. Lawson Tait propose l'extirpation des annexes de l'utérus, et procède à cette opération le 4 janvier 1882. Il enlève la trompe et l'ovaire gauches complètement, mais il ne peut trouver la trompe et l'ovaire droits, bien qu'il conduise son incision à ses extrêmes limites du côté correspondant, et attire la tumeur hors de l'abdomen. Les choses sont alors abandonnées, et la patiente se rétablit très rapidement; mais ni l'accroissement de la tumeur, ni les hémorrhagies ne furent modifiées par cette opération. En mars 1884, la malade vint trouver M. Lawson Tait dans l'intention de se faire opérer de son néoplasme. Il a augmenté de volume au point d'être trois fois plus gros qu'en 1882; la malade, par suite de ses hémorrhagies, est dans un état de débilité et d'anémie profondes. Le chirurgien ouvre néanmoins l'abdomen le 25 mars, dans le but d'extirper la tumeur, mais l'hémorrhagie est si abondante au moment où l'on veut détruire les adhérences qu'on y renonce et qu'on ferme la plaie. La malade retourne chez elle au bout de trois semaines, n'ayant plus d'autre espoir que celui d'une mort prompte. Quant au chirurgien, il ne comptait plus retirer de ce fait que l'enseignement de l'autopsie, lui permettant de découvrir, si possible, la cause de l'échec de sa première opération.

Un jour du mois d'août, M. Lawson Tait était à Wolverhampton, lorsqu'il fut appelé auprès de la malade; à sa grande surprise, il la trouva non seulement vivante, mais encore capable d'aller dans le monde, bien que les hémorrhagies persistassent et qu'aucune amélioration ne fût survenue dans son état. La tumeur occupait toute la cavité abdominale et était animée de mouvements suivant ceux de la respiration. La malade était très maigre et d'une pâleur effrayante. C'était une femme très courageuse, et lorsqu'on lui eut dit que, si elle le désirait, on pratiquerait l'extirpation de sa tumeur, elle donna son plein consentement. En

conséquence, le 5 septembre, M. Lawson Tait, assisté de M. J.-W. Taylor, procéda à l'extirpation d'une tumeur pesant 40 livres. Les adhérences, qu'on eut à détruire, se trouvaient toutes sur la ligne de l'ancienne incision. Le néoplasme, ainsi que le chirurgien le soupçonnait, était un volumineux myome œdémateux et ramolli occupant la paroi antérieure de l'utérus, mesurant 9 pouces de long et 3 pouces et un tiers de large à sa base. Après l'ablation de la tumeur, il s'échappa une certaine quantité de sérosité dans les quelques heures qui suivirent. Le pédicule était très large, mais il fut facilement étreint à l'aide d'un clamp. La malade se rétablit très bien et très rapidement. Un examen attentif de la pièce révéla ce qui suit : il n'y avait pas d'orifice au niveau de la corne droite de l'utérus, ni trace de trompe ou d'ovaire correspondants; l'orifice de la corne gauche était assez large pour admettre un cathéter n° 5, et il ne restait que 2 pouces de la trompe gauche, qui n'avaient pas été enlevés à la première opération; par contre, l'ovaire de ce côté avait été complètement extirpé. Cet état de choses créait des conditions extrêmement curieuses. Les annexes à droite étaient congénitalement absents. L'impuissance de l'extirpation des annexes de l'utérus à arrêter l'accroissement des tumeurs a toujours été observée par M. Lawson Tait, alors que la tumeur était un myome œdémateux ramolli, et il en avait conclu que telle en était la cause; mais le fait précédent montre que l'échec n'est pas dû à la nature particulière du néoplasme, mais à cette circonstance que l'on n'avait pas complètement enlevé la seule trompe de Fallope que la patiente possédait. Ce n'est pas à l'extirpation des ovaires qu'on doit attribuer les brillants résultats qu'on observe dans le traitement des hémorrhagies déterminées par les néoplasmes utérins, mais bien à la résection complète des trompes. Souvent M. Lawson Tait a, de propos délibéré, laissé les ovaires, et le succès thérapeutique n'a pas été amoindri. (*The British medical Journal*, 3 octobre 1885, p. 646.)

BIBLIOGRAPHIE

Les calculs urinaires et biliaires, par le docteur Esbach. In-8° de 246 pages et figures. — Paris, Masson, 1885.

Le diabète sucré ou névrose assimilatrice du foie, par le docteur Esbach. Petit in-8° de 256 pages. — Paris, Masson, 1886.

Ces deux publications de M. Esbach se distinguent des nombreux opuscules ou livres à titre similaire par une originalité très caractérisée et qui résulte aussi bien de recherches biochimiques multipliées et rigoureuses, que d'une tendance très personnelle à rechercher et à employer des formules expressives, courtes, vives, quelquefois « hirsutes » comme le dit l'auteur, mais significatives et intéressantes, alors mêmes qu'elles deviennent humoristiques.

Dans les études de chimie biologique de ce genre qui s'adressent aux médecins eux-mêmes, il y a quelque mérite à rechercher l'expression qui simplifie la compréhension de phénomènes dont la recherche ne leur est pas familière. En effet, les aphorismes, alors même qu'ils sont « approximativement exacts », aident la mémoire, et, si le lecteur s'aperçoit de l'effort sur quelques détails, il n'en est pas moins satisfait de l'ensemble.

Ces réflexions sont justifiées par la lecture de ces livres, que nous n'analyserons pas profondément, parce qu'ils sont plutôt destinés à la vulgarisation qu'à l'exposition de recherches personnelles. Celles-ci d'ailleurs ont déjà été publiées sous une forme plus appréciée des chimistes et des biologistes.

L'étude physiologique analytique et thérapeutique des calculs et l'histoire des conditions physiologiques ou pathologiques des sédiments urinaires, des calculs, de leur mode d'apparition, de développement, de transformations sont exposées dans leurs rapports avec les fonctions uropoiétiques telles que les données actuelles de l'histologie et de la physiologie générale nous permettent de les envisager. Toute la partie technique offre les caractères d'études sérieuses et consciencieuses; l'analyse histo-chimique des calculs est exposée sous la forme de préceptes et de manipulations très simples qui serviront de guide certain pour ces études qui semblent si ardues, mais vers lesquelles M. Esbach trace un chemin plus facile.

Il faut lire les chapitres sur la formation des concrétions rénales, sur le dosage de l'acide urique, sur les dépôts d'urate de soude, et (au risque de devenir sceptique sur les conclusions actuelles de l'urologie telle qu'on l'applique habituellement à la thérapeutique), les chapitres sur le rôle des boissons alcalines, sur la nécessité de l'administration libérale des boissons aqueuses.

Dans le petit traité sommaire du diabète sucré, on trouvera une exposition de la théorie de la forme ordinaire de cette « névrose assimilatrice du foie ». Cette définition peut suffire à expliquer la forme de glycosurie qui est d'une part la plus fréquente et pour laquelle, fort heureusement, le traitement par l'hygiène et par le régime permet d'obtenir des résultats rapides, constants et quelquefois définitifs. C'est pour tous les cliniciens l'exercice musculaire bien conduit, le régime spécial exempt des aliments amylacés et sucrés qui forme la base du traitement; puis viennent maints conseils, détaillés par le menu, présentés avec humour, comme il le faut pour encourager les « *névrosiques* », dont le nombre est devenu si considérable depuis qu'on sait les rechercher et les reconnaître dès la première phase de l'affection.

A. H.

VARIÉTÉS

AVIS. — Pour ce qui concerne la Faculté de médecine de Paris voir au verso de la couverture.

Faculté de médecine de Paris. — M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. Le Dentu, agrégé.

— M. Darier, docteur en médecine, délégué dans les fonctions de chef de laboratoire de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Balzer, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Brunelière, préparateur de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie et de pharmacie à ladite Faculté.

— M. Tourneau, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie.

Faculté de médecine de Lille. — M. Toussaint est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Muchembled, des fonctions d'aide-préparateur d'histologie.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Rémond (Antoine) est nommé prosecteur.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Bringuier, préparateur de physique, est nommé chef des exercices pratiques de chimie.

École de médecine de Caen. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques, s'ouvrira le 8 mars 1886, à l'École de médecine de Caen.

Faculté des sciences. — M. Duclaux, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie biologique à la Faculté des sciences de Paris (chaire nouvelle).

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un concours s'ouvrira le 1er juillet 1886, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Rouen.

— M Gascard (Louis-Albert), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie organique.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'externat des hôpitaux et hospices civiles de Paris est terminé. Les candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre ci-dessous:

1. MM. Guillemain, Boulloche, Aviragnet, Parmentier, Legros, Guyon, Rénon, Luzet, Mlle Klumpke, M. de Bayle, Daurios, Faure, Renault, Prost, Duchaine, Noguez, Mantel, Mathieu-Sicaud, Alcindor, Cocu, Arbel, Glover, Cherbulier, Wallich, Arron, Barrié, Lafourcade, Hean, Fournier, Buscarlet, Bonneau, Déhu, Bataille, Baillet, Hautecœur, Dusseaud, Gautier (Henri-Nicolas), Louis, Melchior-Robert, Michaut, Mlle Edwards, MM. Dautigny, Legry, Riocreux, Bouquet, Regnault, Lion, Mariage, Lacavalerie, Chantre,

51. Goupil, Hannion, Lorentz, Ribierre, Boucher, Niclot, Gommier, Dutremblay, Gilis, Gauthier (Jean-Arthur), Nivet, Lambert, Jaworowski, Bataille (Henri), Caussade, Conchon, Danjou, Luyt, Breton, Calbet, Duchaussoy, Durand, Guitton, Lacombe, de Pasquier, Sallé, Triboulet, Weinstein, Meusnier, Pineau, Puech, Rancurel, Robert, Calot, Bataillard, Mosny, Garnier, Ribet, Bardol, Martin (Paul-Aimé), Malapert, Meugy, Turbure, Soutakis, Pécharman, Millet, Camescasse, Béchet, Appert, Lebon,

101. Hauser, Demétriade, Raoult, Bréda, Baumgarten, Willemin, Morin, Pilliet, Roche, Lavocat, Cartier, Benoit, Turbian, Richerolle, Repin, Millard, Martin (Jean-Clément), Martin (Emile), Marage, Lucas, Lesur, Leblond, Iman, Hélary, Ehrhardt, Dariex, Chipault, Cornet, Jacquinot, Gavilan, Charrier, Coffin, Vercoustre, Stcherbertchoff, Soupault, Soudrille, Sabourand, Rossignol, Renaud, Pouloux, Picot, Perinelle, Payrau, Merlin, Mercier, Lauth, Huguenin, Henry, Gaudard, Gasselin,

151. Gache, Digoy, Chaisse, Christen, Chapdelaine, Caryaphillis, Carpentier, Meneault, Laskine, Basset, Dufour, Flaction, Guillot, d'Hotman de Villiers, Joliot, Lesieur, Loysel, Mandroux, Moity, Moussaud, Mouton, Mugnerot, Poussard, Veillon, André, Archambault, Bourgogne, Chauveau, Delabrosse, Duclos, Courtois-Suffit, Sorel, Rosenthal, Giraud, Auscher, Albesco, Chamozzi, Baggio, Pannetier (Louis-Jean-Baptiste), Roques, Perruchet, Laporte, Dauvergne, Andrérey, Dentu, Cornet, Orrillard, Destrez, Clarot, Humblot,

201. Mlle Kirsyenstein, MM. d'Hôtel, Furet, Augay de la Dure, Amarescu, Bobinet, Cantin, Martin (Louis), Lévêque, Schmitt, Poirier, Mory, Szczypiorski, Gaumé, Larroussinie, Godivier, Tev-Zakhariantz, Agut, Rendon, Vinaver, Tollemer, Ribel, Prévot, Paillotte, Lefèvre, Jamet, Couvreur, Falcoz, Bernard, Athanassio, Gresset, Fouriaux, Doret, Bloch, Ythier, Targowla, Pannetier (Pierre-Marie), Barbarat, Gottschalk, Linon, Florant, Artus, Pernel, Moralès, Brauman, Parisot, Mosès, Jacob, Ménard, Dacquet.

251. Théremin, Planton, Oulié, Haralambie (Michel), Greiner, Gisclard, Breteau, Duma, Chesseret, Bourgarel, Leguy, Grunberg, Gazard, Haralambie (Demètre), Maerle, Kocher, Duprat, Mlle Levine, MM. Handjian, Garrigue, Trékaki, Pellissier, Narodetzki, Fontan, Dardel, Huc, Barthélemy, Frœliger, Salmon, Petit (Henri-Charles), Cagny, Besins, Doger-Speville, Foureur, Larger, Petit (Jean-Baptiste), Boularan.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. les docteurs Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Hattute, médecin principal à Paris.

Au grade d'officier : MM. Baillet, directeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse; Bizot, vétérinaire principal; MM. les docteurs Commenge (de Paris), Mathis, Poncet, Mathieu, médecins principaux; Kopf, Noël, Bergé, médecins-majors.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Redard, médecin en chef des chemins de fer de l'Etat; Guieu, Geschwind, Clément, Evrard, Guilhem, Millet, Penot, Charbonnier, Crussard, Lacassagne, Benoît, Darricarrère, Nicoud, Géniaux, Davignon, Poignon, Cortial, Klein, Fabrier, Langue, Diacre, médecins de l'armée; Vattier (de Vernon), Magnan, Tourangin, Barlemont (de Paris), Théry (de Langon), Girard (de Riom), Laffitte (de Pau), Bondet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; MM. Cornevin, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon; Weber, vétérinaire à Paris; Besnard, Lutrot, Bénard, Beau, Montagnac, Payan, vétérinaires militaires; enfin notre collaborateur M. Vigier, pharmacien.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Charvet, médecin à Saint-Alban-sous-Sampzon; Prunac et Magne, médecins à Mèze, viennent de recevoir une médaille d'or de première classe pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de septembre 1885.

ÉCOLES PRIMAIRES. — M. le docteur Hirtz est nommé médecin suppléant du personnel enseignant des écoles maternelles et primaires communales du département de la Seine (1re circonscription).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Juzaux, médecin-major en retraite, et Lebret, ancien inspecteur des eaux de Barèges.

MORTALITÉ A PARIS (52e semaine, du 20 au 26 décembre 1885). — Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 2. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 47. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37. — Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 27. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 53. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 29; au sein et mixte, 22; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 108; de l'appareil circulatoire, 77; de l'appareil respiratoire, 63; de l'appareil digestif, 36; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 19. — Causes non classées, 9. — Total : 1027.

MORTALITÉ A PARIS (53e semaine, du 27 décembre 1885 au 2 janvier 1886). — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 4. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 46. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 39. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 30. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 99. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 18; au sein et mixte, 19; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; de l'appareil circulatoire, 71; de l'appareil respiratoire, 78; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 10. — Total : 1025.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

4912. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE N° 3 15 JANVIER 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

En demandant à M. le docteur Lereboullet, avec l'adhésion unanime des membres de Comité de rédaction, de prendre la direction de la *Gazette hebdomadaire*, nous sommes assuré d'avoir l'assentiment des lecteurs de ce journal.

Ils savent qu'une collaboration assidue avec M. Dechambre, avait depuis longtemps préparé le nouveau rédacteur en chef à ces importantes fonctions.

Le concours si utile et si dévoué que veulent bien prêter à M. Lereboullet ses collègues du Comité de rédaction et tous les anciens collaborateurs de la *Gazette hebdomadaire* nous permet d'ailleurs d'affirmer que rien ne sera changé ni à l'esprit ni à la direction scientifique du journal.

G. MASSON.

BULLETIN

Académie de médecine.

Après avoir couvert d'applaudissements la lecture faite par M. Béclard du discours si éloquent et d'un sentiment si élevé qu'il avait bien voulu prononcer sur la tombe de M. Dechambre, l'Académie de médecine a entendu deux communications dont il convient de faire ressortir l'intérêt.

A propos d'une note, lue dans la dernière séance, et dans laquelle M. Panas avait fait connaître les heureux résultats qu'il obtenait depuis plusieurs années en opérant la cataracte par le procédé à lambeau de Daviel et les lavages antiseptiques intra-oculaires, M. Maurice Perrin a fait plusieurs importantes observations que l'on pourra lire au *Bulletin*. Nous n'en relèverons ici qu'une seule. Tous ceux qui connaissent les succès chirurgicaux du docteur Kœberlé reconnaîtront, avec M. M. Perrin, que l'antisepsie n'est pas indispensable pour éviter tous les accidents consécutifs aux opérations et que l'habileté opératoire du chirurgien, de même que le soin avec lequel il nettoie ses instruments et son champ opératoire peuvent le plus souvent suffire. Mais il ne faudrait pas en inférer que l'antisepsie chirurgicale ne rende pas, même en oculistique, les plus grands services. On trouvera plus loin (p. 45) quelques lignes montrant qu'en Allemagne comme en France l'on tend à appliquer à la chirurgie oculaire les procédés qui donnent des résultats si avantageux dans les grandes opérations que l'on pratique sur l'abdomen. M. M. Perrin n'a donc pu avoir la pensée de contester la valeur de l'antisepsie considérée d'une manière générale. Ce qu'il a affirmé, avec l'autorité qui s'attache à son expérience et à son savoir, c'est que les lavages antiseptiques intra-oculaires, qui ont l'inconvénient de prolonger l'opération, sont le plus souvent inutiles.

L'étude tout à la fois chimique et physiologique dont M. A. Gautier a commencé ensuite la lecture mérite plus qu'une analyse succincte. La question des ptomaïnes est, en effet, de celles qui touchent tout à la fois à la chimie, à la médecine légale et surtout à la pathologie générale. Dans un récent article (1885, p. 655) la *Gazette hebdomadaire* a déjà résumé, au point de vue exclusivemen chimique et d'après le *Traité des bactéries* de MM. Cornil et Babès, l'étude chimique de cet intéressant sujet. Nous aurons à y revenir lorsque M. A. Gautier aura terminé devant l'Académie l'exposé de ses recherches personnelles. L'existence des ptomaïnes dans l'intestin des individus vivants et bien portants, a été démontrée, au point de vue de la physiologie pathologique, par M. Bouchard et l'on sait aujourd'hui quelle est l'importance de ce fait. Il reste aussi à déterminer le véritable caractère, au point de vue médico-légal, de la découverte des matières alcaloïdiques toxiques extraites des tissus animaux au cours des expertises; ce côté de la question n'est pas le moins difficile ni le moins grave. Point n'est donc besoin d'insister pour appeler l'attention des médecins aussi bien que celle des physiologistes, sur le nouveau travail de M. A. Gautier, qui, l'un des premiers, a découvert la nature des ptomaïnes.

L. L.

La fièvre typhoïde; son traitement dans les hôpitaux allemands; sa fréquence et son étiologie à Paris.

La plupart des médecins français n'ont accueilli qu'avec de grandes réserves les assertions et surtout les statistiques de certains cliniciens allemands, lorsque ceux-ci déclaraient que toute fièvre typhoïde méthodiquement traitée dès son début par les bains froids devait nécessairement guérir. A diverses reprises, et en particulier à l'occasion de la discussion soulevée à l'Académie de médecine en 1883, nous avons nous-même résumé toutes les objections théoriques qui pouvaient être faites à la méthode dite de Brand et aux statistiques si optimistes que M. le docteur Glénard apportait au nom de l'École de Lyon (*Gaz. hebdom.*, 1883, p. 77). Plus récemment (*Gaz. hebdom.*, 1884, p. 753), en rappelant les résultats obtenus par M. Bouchard et en indiquant, d'après ses leçons, ce que l'on peut obtenir en associant la médication réfrigérante (par les bains progressivement refroidis) à la médication antiseptique, nous avons encore insisté sur les dangers que présente toujours en thérapeutique une méthode de traitement univoque, inflexible, indifféremment applicable à toutes les formes de la maladie. Les chiffres donnés par M. Bouchard prouvaient que la méthode des indications, qu'il avait si bien déduite de l'étude pathogénique de la fièvre typhoïde, était l'une des meilleures et que son traitement, qui en abaissait à 10 pour 100 la mortalité *hospitalière*, méritait l'attention de tous les médecins.

Est-il besoin d'ajouter encore que les statistiques qui prétendaient réduire cette mortalité à 2 pour 100 ou même à 0,6 pour 100 (hôpital militaire de Stralsund), nous paraissaient des plus suspectes? Nous attendions donc qu'un médecin aussi autorisé que consciencieux vînt fournir des chiffres plus acceptables et déduits d'un nombre de cas suffisant pour présenter quelque valeur. Or le récent travail du professeur Senator (de Berlin) vient prouver que toutes les réserves des cliniciens français se trouvent justifiées.

Dans une communication très importante faite à la Société de médecine de Berlin et publiée dans la *Berliner klinische Wochenschrift* (nos 45 et 46), Senator a relevé les chiffres de mortalité par fièvre typhoïde observés dans les huit principaux hôpitaux de Berlin pendant les dix dernières années (1875 à 1884). Il insiste d'ailleurs surtout sur les résultats qu'il a pu obtenir lui-même à l'hôpital Augusta depuis le commencement de l'année 1875. Toutes ces recherches confirment celles qu'avait déjà faites Glaeser. Observant à Hambourg, ce médecin avait constaté que, de 1874 à 1877, 937 malades traités sans l'administration des bains avaient fourni un chiffre de morts identique à celui de 868 malades soignés d'après les préceptes de Brand (7,2 pour 100). Senator toutefois, nous avons hâte de le dire et cette constatation ajoute à la valeur réelle des chiffres qu'il fournit, n'est pas arrivé à un résultat aussi favorable. Dans tous les grands hôpitaux de Berlin la mortalité par fièvre typhoïde varie en moyenne de 12,1 pour 100, chiffre minimum (hôpital Augusta), à 19,8 pour 100, chiffre maximum (maison municipale de santé de Friedrichshain). On trouve comme chiffre de mortalité maximum à certaines années 32,4 pour 100 et comme chiffre minimum, 7,1 pour 100. Plusieurs tableaux annexés au mémoire du professeur Senator montrent donc que, même en Allemagne où, disait-on il y a deux ans, la mortalité de fièvre typhoïde se réduisait à un minimum inappréciable, les chiffres exacts sont à peu près identiques, voire même supérieurs à ceux de nos hôpitaux parisiens. Mieux encore l'auteur déclare franchement qu'il n'a suivi aucune méthode antipyrétique absolue à l'hôpital Augusta et qu'il a eu cependant une mortalité inférieure à celle de ses collègues; il démontre qu'à l'hôpital Bétanien, où la méthode de Brand a été employée, la mortalité s'est élevée en moyenne à 13,5, inférieure il est vrai à celle des grands hôpitaux où l'on reçoit surtout des individus débilités par toutes les causes qui peuvent amener la misère physiologique.

Nous n'avons pas à insister plus longuement sur ces chiffres. Il nous suffira de rappeler que Senator est, parmi les médecins berlinois, l'un de ceux qui a le mieux étudié les maladies fébriles et que, par conséquent, il est l'un des plus aptes à juger les faits cliniques sur lesquels il s'est appuyé pour établir ses conclusions. De plus, loin de nier systématiquement la valeur ou l'efficacité des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, il reconnaît au contraire leur valeur et leur utilité dans certains cas déterminés. Il les recommande surtout dans les formes ataxo-adynamiques, dans celles qu'il désigne sous le nom de *Febris nervosa stupida*. Les bains tièdes lui paraissent mieux indiqués dans les cas d'agitation nerveuse sans ataxie proprement dite. Souvent aussi il préfère aux bains les lotions froides ou les enveloppements au drap mouillé. En un mot il admet que l'on peut, à l'aide des méthodes hydrothérapiques, stimuler le système nerveux, favoriser la circulation et surtout faire mieux fonctionner la peau en maintenant la propreté. Mais il nie formellement que le bain froid doive être considéré comme un antipyrétique puissant et surtout durable. Et cette conclusion à laquelle nous nous associons sans réserves est la négation même de ce que l'on est convenu d'appeler la méthode de Brand.

Il n'était pas sans intérêt d'indiquer le résultat de ces consciencieuses recherches. Bien qu'elles aient été quelque peu critiquées à la Société de Berlin, les faits sur lesquels elles s'appuient n'en subsistent pas moins et Senator n'a pas eu de peine à en faire ressortir l'importance. Comme la plupart des médecins habitués à traiter sans parti pris les malades confiés à leurs soins, il a d'ailleurs indiqué un certain nombre de médications exclusivement symptomatiques et recommandées principalement dans les cas de collapsus ou d'atonie cardiaque. Ainsi les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine (1 milligramme deux ou trois fois par jour), de même celles d'éther camphré (neuf parties d'huile camphrée pour une partie d'éther sulfurique) qu'il préfère aux injections hypodermiques d'éther pur. Contre les hémorrhagies intestinales, après avoir essayé en vain l'opium et le perchlorure de fer, il conseille le sous-nitrate de bismuth à la dose de 0gr,3 à 0gr,5 toutes les deux heures. L'insomnie est combattue par les bains tièdes, le bromure de potassium ou les opiacés. Enfin, sans se prononcer d'ailleurs avec beaucoup de précision sur cette médication qui nous semble bien souvent inapplicable, Senator conseille le lavage de l'estomac à l'aide de la pompe de Kussmaul contre le météorisme gastro-intestinal. Nous avouons préférer dans l'immense majorité des cas, à ce moyen toujours pénible et parfois dangereux, les cataplasmes sinapisés, les applications d'ouate hydrophile bien imbibée d'essence de térébenthine ou encore les grands lavements froids d'infusion de camomille.

Mais nous n'avons pas à insister sur ces détails que doivent modifier, suivant chaque cas particulier, tous les médecins un peu au courant des nombreuses indications que peut présenter la fièvre typhoïde. Il nous suffisait d'avoir

démontré que la méthode exclusive dite de Brand a été abandonnée dans tous les hôpitaux de Berlin et qu'elle est jugée aujourd'hui en Allemagne comme à Paris.

Il semble d'ailleurs d'autant plus intéressant de suivre de près les travaux relatifs au traitement de la fièvre typhoïde que cette maladie, loin de s'atténuer sous l'influence des progrès de l'hygiène, paraît au contraire sévir avec une intensité plus considérable dans les grandes villes. C'est du moins ce que l'on constate à Paris, où, depuis quelques années, la morbidité et la mortalité annuelles rapportées au chiffre de la population ont augmenté les années dernières.

Dans une introduction très intéressante qu'il a écrite en tête de la partie démographique de l'*Annuaire statistique de la ville de Paris* pour l'année 1883 récemment publié, M. le docteur J. Bertillon a insisté sur ce fait : les principales maladies épidémiques ont augmenté de fréquence à Paris pendant le cours de ces vingt dernières années. En ce qui concerne la fièvre typhoïde, on voit que le nombre des décès qui restait à peu près de 50 pour 100 000 habitants de 1865 à 1879, a presque doublé en 1880 et est resté sensiblement plus élevé depuis cette époque jusqu'en 1884. Il est vrai qu'en 1884 et dans les premiers mois de 1885 il y a eu un abaissement de cette mortalité. Le fait de son aggravation exceptionnelle de 1880 à 1883 n'en est pas moins à signaler. Il résulte de plus des recherches si précises et si concluantes de M. Bertillon que les arrondissements les plus frappés ne sont pas ceux où la misère ou encore l'encombrement sont surtout marqués, mais bien ceux qui contiennent des casernes ou des hôpitaux militaires. Le VIIe arrondissement en particulier, dans toute cette période, a toujours été l'un des plus atteints. Vient ensuite le VIIIe arondissement, qui se trouve dans des conditions à peu près semblables; enfin le XIXe, qui contient le port très important des bassins de la Villette et est habité par un grand nombre d'étrangers (Italiens, Allemands, Belges, etc.). Il serait bien intéressant de rechercher si les aggravations de la maladie ne coïncident pas précisément avec ces agglomérations de sujets qui n'ont jamais vécu dans les milieux épidémiques et qui, arrivés à Paris, qu'ils soient soldats ou artisans, se trouvent subitements astreints à la vie confinée de la caserne ou de la cité ouvrière et plus aptes ainsi à recevoir et à propager les germes morbides. Il y aurait à rechercher aussi quelle est la canalisation au point de vue des égouts et des communications avec les fosses d'aisance de ces arrondissements toujours plus frappés par la maladie. Ce sont là des questions difficiles à résoudre aujourd'hui, mais qui sont dignes de l'attentive sollicitude du zélé directeur de la statistique municipale.

L. Lereboullet.

Rachitisme et syphilis héréditaire.

La *Gazette hebdomadaire* s'est, à diverses reprises, occupée de cette question, surtout en 1883, lorsque Parrot eut exposé sa doctrine devant la Société de chirurgie. Pour l'éminent professeur, un lien intime unit le rachitisme à la syphilis héréditaire. Et la vérole n'agirait pas simplement comme cause générale de dénutrition, car l'anatomie pathologique permettrait de ranger les altérations du rachitisme parmi les lésions syphilitiques des os.

Cela ne fut pas sans soulever de nombreuses objections. Si M. Gibert (du Havre) s'est déclaré convaincu, il faut avouer qu'il lui a été nécessaire de commenter avec un peu de bienveillance une statistique au premier abord défavorable. A côté de lui, les uns ont contesté la valeur de certains signes attribués par Parrot à la syphilis héréditaire, et Magitot, en particulier, a nié que les « atrophies dentaires » fussent le cachet irréfutable de la vérole. D'autres, comme Cazin, se sont élevés contre la coïncidence clinique affirmée par Parrot. Au milieu de ces opinions contradictoires M. Reclus a résumé l'état de la question dans un article qu'il a revu depuis (voy. *Clinique et critique chirurgicales*) et il conclut en ces termes : « Contre des assertions aussi nettement dissemblables, l'observation laborieuse peut seule prononcer et nous ne saurions prendre parti. »

Mais encore est-il que, pour être probantes, les observations doivent réunir certaines conditions parfois difficiles à réaliser. Quand l'absence de syphilis chez les parents se fonde seulement sur l'étude de commémoratifs, on peut toujours conserver quelques doutes. C'est ce que certains auteurs objecteront à un fait de M. Queniot (*Soc. chir.*, 19 décembre 1883), quoique l'enquête anamnestique ait été instruite par MM. Queniot et Fournier. La discussion devient plus difficile quand on a la bonne fortune de voir les parents d'un enfant rachitique contracter ultérieurement une vérole manifeste. Aussi l'observation publiée récemment par Galliard a-t-elle une grande importance (*France médicale*, 1886, t. I, p. 14).

Une primipare de vingt-deux ans soumit son premier enfant, qu'elle ne put allaiter suffisamment, à une alimentation et à une hygiène défectueuses: l'enfant subit une atteinte sévère de rachitisme. Or deux ans et trois mois après cette naissance, après la procréation d'un second rejeton bien nourri et non rachitique, le père contracta une syphilis indiscutable, qu'il soumit « mystérieusement » à l'examen de Galliard. Fallait-il donc mettre la mère en cause « malgré la pureté de ses mœurs »? Nullement, car son mari ne tarda pas à la laver de tout soupçon en la faisant participer à l'infection. Un moraliste morose répondrait peut-être à Galliard que, tous les amants n'ayant pas la vérole, ce n'est pas une preuve « éclatante » de fidélité; mais les syphiligraphes admettront avec lui que le père, quel qu'il soit, n'a pas transmis à l'enfant un germe syphilitique dont la mère eût bénéficié en devenant réfractaire.

Galliard ne croit pas devoir discuter la possibilité d'une réinfection syphilitique, désireux qu'il est de « laisser de côté toute fantaisie clinique ». Ceux qui sont profondément attachés à la doctrine de Parrot se demanderont encore si la vérole héréditairement acquise et atténuée ne peut pas entacher légèrement la progéniture tout en ne conférant aux parents qu'une immunité relative. Mais ce sont eux qui entreront alors dans la voie des explications hypothétiques et ils seront dès lors forcés de reconnaître une valeur considérable à l'argument apporté contre eux par le fait avec lequel Galliard vient d'entrer dans le débat.

A. Broca.

Le fer et le soufre du sang. La formule rationnelle de l'oxyhémoglobine.

I

Depuis que la présence du fer a été signalée dans le sang (par Cardan, au dix-septième siècle), des travaux nombreux exécutés par les chimistes biologistes tels que Poggiale, Regnault, Boussingault, Pelouze, ont déterminé le siège du fer dans les globules rouges du sang, de sorte que l'on a accepté facilement la possibilité d'évaluer la « richesse du sang » par la quantité de fer qu'il contient.

A l'observation banale de la coloration plus ou moins intense du sang, tel que la montrent les hémorrhagies, les saignées, l'on a voulu, avec raison, substituer l'analyse de la richesse du sang par un procédé chimique. Malheureusement la quantité faible de fer contenue dans le sang, 30 à 45 millièmes, et par conséquent la nécessité d'observer sur de grandes quantités de sang, sont restées des obstacles à l'emploi clinique de ce procédé d'évaluation de sa richesse; cependant un grand progrès a été accompli par Hoppe-Seyler, lorsqu'il démontra que la matière colorante du sang présentait des caractères chimiques et physiques particuliers, en d'autres termes que la matière colorante des globules rouges, ou *oxyhémoglobine*, formant environ la septième partie du sang, renfermant presque toute la quantité de fer contenue dans ce liquide, possédait la propriété de fixer l'oxygène, mais dans un état d'instabilité tel qu'elle pouvait le céder aux tissus pendant les phénomènes d'échange qui constituent la vie normale.

Dès lors les physiologistes rapportèrent à l'oxyhémoglobine le rôle si remarquable d'intermédiaire que remplit le sang oxygéné, ce plasma circulant, entre l'oxygène de l'atmosphère et les tissus; en d'autres termes, l'on admit que la fonction du globule rouge sanguin était en rapport direct avec la quantité d'oxyhémoglobine qu'il contient, et que l'évaluation de celle-ci devait servir de mesure à la « richesse du sang », c'est-à-dire à l'intensité de son pouvoir nutritif et régénérateur.

Dans ces conditions, il était logique de rechercher, à nouveau, d'abord sous quel état le fer est contenu dans l'oxyhémoglobine, et ensuite s'il y existe, en proportions définies; des travaux récents ont accompli dans cette voie des progrès réels qu'il importe de ne pas ignorer.

II

Jusqu'à présent on a accepté provisoirement la formule de l'oxyhémoglobine telle que l'a proposée Preyer, c'est-à-dire en équivalents $C^{1200}H^{960}Az^{154}Fe^{2}S^{6}O^{564}$.

De cette formule empirique et compliquée l'on a retenu la conception fort vague que le fer existe dans les globules en combinaison avec une substance albuminoïde, et des applications pharmacologiques ont été la conséquence plus théorique que rationnelle de cette opinion « chimiatrique ».

Ailleurs, et sous une autre forme, l'on a pu considérer le fer de l'hémoglobine comme représentant une combinaison bien extraordinaire, d'un atome de fer pour 600 atomes de carbone!

L'hémoglobine serait ainsi une substance chimique bien plus exceptionnelle encore dans sa constitution que par ses réactions physiques.

Lorsque l'on étudie dans le détail ces formules, ces tableaux d'analyse très corrects, il n'est pas difficile d'apercevoir des divergences bien plus prononcées qu'on ne peut le prévoir par un examen rapide de ces chiffres tels que ceux de Bücheler, qui expriment des quantités de fer égales à un cent-millième pour 100 d'hémoglobine, approchant d'un millionième du fer contenu dans le sang.

Ce sont là des chiffres de calcul, et il nous faut plus de modestie pour obtenir une précision réelle. En effet, résumant les résultats obtenus par Schmidt, Hoppe-Seyler, Bücheler, Kossel, Otto, nous trouvons que la quantité de fer varie entre 43 et 47 centièmes; celle du soufre, entre 35 et 67 centièmes.

C'est ainsi que l'on a admis généralement que l'hémoglobine contenait 0,42 pour 100 de fer, et cette proportion a été considérée comme une normale chez l'homme et chez les mammifères domestiques.

Quantité de calculs reposent sur cette hypothèse, et nous allons voir qu'elle ne peut plus se soutenir.

La plupart des analyses d'hémoglobine ont été faites sur de faibles quantités, et, pour qui sait les difficultés de l'analyse chimique du fer, il apparaît avec évidence que, s'il est déjà délicat de déterminer la quantité de fer de 100 grammes de sang, les mêmes causes d'erreur se présenteront pour l'analyse de l'oxyhémoglobine.

C'est pour éviter ce reproche d'analyse que le docteur Zinoffsky a procédé sur des quantités d'oxyhémoglobine, les plus considérables qui aient été soumises à l'observation. En effet, il a préparé avec 20, 10, 9 litres de sang de cheval de l'oxyhémoglobine en quantité de 200 à 520 grammes; les analyses ont été faites avec le plus grand soin, contradictoirement, et nous laissons de côté tout détail pour indiquer le résultat, renvoyant au mémoire qu'il a publié (*Zeitschrift für Physiologische Chemie*, X Band, I Heft, 2 novembre 1883) ceux qui voudraient approfondir ce sujet.

M. Zinoffsky est arrivé aux conclusions suivantes:

L'*oxyhémoglobine* contient 1 *atome de fer* pour 2 *atomes de soufre*; par conséquent l'oxyhémoglobine est une *individualité chimique*, dont la formule est:

$$C^{712}H^{1130}Az^{214}S^{2}FeO^{245}.$$

En d'autres termes, l'oxyhémoglobine contiendrait 0,33 à 0,35 pour 100 de fer et 0,35 à 0,39 pour 100 de soufre; 23 pour 100 d'oxygène, 15 pour 100 de carbone, 17 pour 100 d'azote, 6 pour 100 d'hydrogène.

III

Il est déjà intéressant de constater ce rapport simple entre le fer et le soufre du sang, aussi bien pour le biologiste que pour le thérapeute, qui, en préconisant surtout le fer dans les cas où il s'agit d'obtenir la reconstitution du sang, ne devra pas oublier cette combinaison simple avec le soufre; d'ailleurs rien n'est plus pratique ni plus favorable que l'association de la médication martiale et de la médication sulfureuse.

Si nous nous plaçons au point de vue de l'étude biologique du sang, les résultats obtenus par M. Zinoffsky présentent une importance considérable, parce qu'ils jettent le trouble dans une série de recherches, dont les conclusions ont été admises avec d'autant plus de facilité qu'elles n'ont pas rencontré de contradictions vives, et que les résultats généraux se trouvant fort analogues, les chiffres et les tableaux se sont introduits dans le domaine classique.

Et cependant il résulte de cette notion nouvelle de la

composition de l'oxyhémoglobine, que toutes les évaluations dans lesquelles on a considéré la quantité de fer de l'oxyhémoglobine comme égale à 0,420 pour 100, seraient entachées d'une erreur.

Spécifions et pour n'invalider nous-même aucun travail, nous prendrons un exemple d'analyse personnelle.

J'ai fait pratiquer chez M. Pellet, chimiste, dont l'autorité est bien admise dans les recherches de ce genre, l'analyse de la quantité de fer contenue dans le sang obtenu par une saignée chez une femme atteinte d'affection cardiaque ; or en acceptant la formule ancienne et basée sur la quantité de 0,42 pour 100 de fer pour 100 grammes d'oxyhémoglobine, ce sang devrait contenir 11,7 pour 100 d'hémoglobine ; avec la formule de Zinoffsky, il contiendrait 15 pour 100 d'hémoglobine.

Il serait inutile de multiplier les exemples, il suffira de dire que si le coefficient ancien (238) est remplacé par le nouveau (320), l'évaluation de l'hémoglobine devra être augmentée dans la proportion d'un quart de la quantité totale.

Une divergence analogue se présente pour les calculs qui permettent de convertir la capacité respiratoire du sang, c'est-à-dire la quantité d'oxygène contenue dans le sang, en quantités d'oxyhémoglobine.

En définitive, la méthode chimique d'appréciation de la richesse du sang par son contenu en fer, difficile à pratiquer, portant sur des quantités très faibles, n'est rigoureuse qu'en apparence, et ne peut être utilisée en clinique surtout à notre époque où l'on est aussi économe de saignées que l'on en était prodigue au début du siècle.

Mais il ne faudrait pas croire que les contradictions des travaux chimiques que nous signalons, dussent retarder les études hématologiques qui ont repris l'importance qui leur est due ; elles doivent seulement nous mettre en garde contre les prétentions de certains procédés à une précision extrême. En clinique, l'évaluation de la richesse du sang en fer doit être avantageusement remplacée par celle de l'oxyhémoglobine et de ses dérivés, et les méthodes d'analyse physique, basées sur l'examen spectroscopique du sang et de ses matières colorantes, présente pour la clinique des procédés d'analyse rapide avec une précision permettant l'évaluation de la richesse du sang et avec l'approximation suffisante pour qu'elles puissent être utilisées dans le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique.

Et pour démontrer ces conclusions, je décrirai prochainement les procédés techniques de l'examen spectroscopique du sang, suivant la méthode dont j'ai fait connaître les divers procédés, mais que je n'ai pas encore publiée dans son ensemble.

A. HÉNOCQUE.

Contributions pharmaceutiques.

PASTILLES DE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE.

Depuis une année environ on trouve, dans le commerce, des pastilles contenant chacune 1 milligramme de chlorhydrate de cocaïne. Ces pastilles paraissent avoir une certaine influence contre les maux de gorge et de gencive surtout, peut-être aussi dans certaines affections gastriques. Cependant elles sont bien faibles pour être très efficaces, et aujourd'hui que le prix de la cocaïne est devenu plus abordable, je crois le moment venu de ne tenir compte, pour la confection de ces pastilles, que de l'action médicamenteuse et du goût qu'elles peuvent avoir. La cocaïne, en effet, s'administre à l'intérieur à dose assez élevée, mais elle a une saveur fort désagréable.

J'ai trouvé dans la vanilline un adjuvant assez aromatique pour rendre très supportables des pastilles de 5 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Voici la formule à laquelle je me suis arrêté :

Chlorhydrate de cocaïne......	50 centigrammes.
Vanilline..................	10 —
Alcool à 90 degrés.....	50 —
Eau......................	9 grammes.
Gomme adragante pulvérisée..	1 —
Poudre de sucre............	100 —

Faites dissoudre du chlorhydrate de cocaïne dans l'eau avec laquelle vous développerez le mucilage, ajoutez le sucre, puis la solution alcoolique de vanilline, et divisez en pastilles de 1 pour 100.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

DE LA MÉDIASTINITE CONSÉCUTIVE A LA TRACHÉOTOMIE, par M. le docteur RENOU (de Saumur).

Quand un enfant vient d'être soustrait par la trachéotomie à l'imminence de l'asphyxie, il lui reste à éviter un certain nombre de dangers, nés de son affreuse maladie, savoir : la diphthérie toxique, la bronchite pseudo-membraneuse, la broncho-pneumonie, la paralysie diphthéritique. Les préoccupations, bien naturelles d'ailleurs, qui résultent pour le médecin de ce sinistre cortège, n'ont-elles point fait perdre de vue un autre danger, moins à craindre sans doute, mais absolument réel, qui consiste dans le traumatisme opératoire lui-même et ses suites ? En d'autres termes la trachéotomie est-elle aussi inoffensive qu'elle est généralement présentée, et n'a-t-on point souvent imputé à l'intoxication diphthéritique, aux complications broncho-pulmonaires, à la paralysie, des accidents presque toujours mortels, directement dérivés de l'opération ? Nous voulons parler ici de l'inflammation post-opératoire du tissu cellulaire contenu dans le médiastin ou de la *médiastinite*.

A priori, le siège du traumatisme et l'étude de la région expliquent à merveille la possibilité, la facilité même d'une propagation inflammatoire. Chacun sait que, fermé à peu près en bas par le diaphragme, le médiastin est largement ouvert à la base du cou. C'est dans un tissu conjonctif à mailles lâches limité par les plèvres, qu'il enveloppe la trachée et ses divisions, l'œsophage, l'aorte, l'azygos, les nerfs phréniques et pneumogastriques, un grand nombre de ganglions lymphatiques, le péricarde. En haut et en arrière du sternum, se continuant avec toute la partie antérieure du cou, se trouve précisément la plus grande épaisseur de ce tissu cellulo-adipeux. Ceux qui ont fait une trachéotomie inférieure suivant la méthode de Trousseau, c'est-à-dire à la partie inférieure de la trachée cervicale et en procédant avec la lenteur qu'il conseillait, ont pu voir en même temps avec quelle facilité s'écarte ce tissu à mailles lâches et à quelle profondeur il faut aller chercher la trachée. Il arrive même à ce moment de l'opération où la trachée est mise à nu et non encore ouverte au fond de l'incision, que ce tissu s'écarte quelquefois sous la pression atmosphérique seule, sollicitée par les efforts respiratoires de l'enfant, et qu'on entende de petits sifflements, coïncidant avec l'inspiration, dus

à l'air qui s'infiltre dans le médiastin le long de la gaine trachéale; au point que l'opérateur se demande s'il n'a point piqué la trachée.

Anatomiquement, donc, la trachéotomie se fait dans la partie supérieure du médiastin; elle intéresse une quantité d'autant plus grande de tissu cellulaire qu'elle se fait plus près du sternum. D'autre part, ce tissu cellulaire est comme ailleurs, comme toujours, plus peut-être dans les conditions d'infection organique où se fait la trachéotomie, un champ tout préparé à l'inflammation. Si Nonat a pu dire en parlant du phlegmon péri-utérin : « Le tissu cellulaire péri-utérin s'enflamme, donc il existe », on peut dans le cas qui nous occupe retourner la proposition et dire : « Le tissu cellulaire médiastinique existe, donc la médiastinite peut exister. »

Son étude est, en tout cas, entièrement à faire; à peine est-elle nommée dans les travaux les plus complets sur la diphthérie et le croup. Aussi avons-nous cru utile de faire connaître les quelques observations qui suivent et les considérations qui en découlent.

Obs. I. — Paul B..., cinq ans, fut trachéotomisé le 15 septembre 1876. Il s'agissait d'un enfant vigoureux et d'une diphthérie bénigne. Deux fausses membranes amygdaliennes minces et blanches, engorgement ganglionnaire insignifiant, pas de jetage. On fit la trachéotomie inférieure, dite de Trousseau; l'opération fut régulière, facile, sans autre incident opératoire que celui dont j'ai parlé plus haut. A deux reprises différentes, la trachée sur le point d'être ouverte, l'air siffla dans les mailles du tissu péritrachéal, s'infiltrant dans le médiastin. Sifflement très léger d'ailleurs, ressemblant plutôt à un petit clapotement. Le mieux relatif qui suit habituellement l'opération, faite à huit heures du matin, se maintient jusqu'au soir. A six heures, frisson assez prolongé, suivi d'agitation considérable et de plusieurs vomissements. La respiration devient fréquente, toux presque incessante; température, 40°,6. Rien de tranché à l'auscultation.

Le lendemain matin, état général encore plus mauvais, les vomissements ont continué, face vultueuse couverte de sueurs, pouls précipité avec quelques bonds et intermittences; matité, bruit de souffle à la base des deux poumons avec quelques râles crépitants. L'enfant meurt dans la soirée, trente-six heures après l'opération.

Autopsie. La plaie dans sa moitié inférieure est très gonflée, grisâtre, avec un aspect feuilleté, verticalement. Large auréole rouge, non érysipélateuse, s'étendant sur la région présternale. Double épanchement pleural plus abondant à droite, occupant environ un quart des cavités, liquide grisâtre un peu sanguinolent. D'épaisses adhérences couenneuses, faciles à diviser, accolent dans toute sa hauteur, sauf en bas, le poumon au médiastin. Au sommet des poumons, autour des pédicules, il y a plusieurs plaques d'emphysème sous-pleural. Les feuillets du médiastin se séparent facilement, comme collés par une sorte de gomme de teinte un peu purulente. Les ganglions bronchiques sont volumineux et rouges à la coupe; la trachée est extérieurement très rouge et comme isolée du tissu cellulaire périphérique. Le péricarde contient le même liquide grisâtre que les plèvres, il est dépoli et porte en avant une assez large membrane exsudative. Pas de fausses membranes à l'intérieur de la trachée et des bronches, une fausse membrane au-dessus de la corde vocale gauche, une assez large sur l'amygdale du même côté. A l'incision, le poumon est splénisé à la base et sur les parois médiastines.

Quelque lacune que puisse présenter cette autopsie, il ne nous paraît pas douteux qu'il ne faille attribuer la mort à un véritable phlegmon du médiastin développé par le traumatisme.

Obs. II. — Enfant de six ans, trachéotomie inférieure. Au sixième jour la gorge est nette de fausses membranes, il ne se présente aucune complication vers l'appareil pulmonaire. Il est toutefois impossible de retirer la canule; le nettoyage de celle-ci chaque matin amène une crise qui force à la réintroduire aussitôt. D'autre part, il y a le soir une assez forte fièvre, l'alimentation est rendue très difficile par la douleur de la déglutition. L'enfant la redoute; il lui arrive souvent de rejeter aussitôt qu'il vient d'avaler. On pense à une ulcération de la trachée par le bec de la canule, on modifie du mieux possible le calibre et la situation de cette dernière. Les jours suivants, l'expectoration devient sanguinolente, puis purulente et abondante. La plaie se gonfle, s'enflamme à sa moitié inférieure, deux phlyctènes apparaissent sur la peau rouge et tuméfiée au-devant du sternum. Le treizième jour on s'aperçoit qu'il sort sous le pavillon de la canule une certaine quantité de pus, et on trouve en effet, entre la trachée et le sternum, une ouverture qui laisse suinter un pus rougeâtre que les efforts très fréquents de toux font sortir plus abondamment. L'état général de l'enfant s'aggrave rapidement, l'haleine devient très fétide, il refuse tout aliment et tout liquide; la matité, le souffle, les râles de broncho-pneumonie apparaissent aux deux bases. Il succombe au dix-huitième jour. Il se trouva que j'assistai à sa mort, après laquelle je retirai la canule qu'on avait été obligé de laisser, et en pressant sur le sternum je pus faire sortir par la plaie approximativement un quart de verre d'un pus noirâtre fétide, mêlé de grosses bulles d'air. Une sonde cannelée passée par l'ouverture entra sans obstacle, obliquement de droite à gauche, d'avant en arrière et de haut en bas dans une cavité médiastine, foyer de l'abcès. L'autopsie ne put être faite.

Obs. III. — Le 5 juin 1884, j'opérai par trachéotomie supérieure, procédé de Bourdilliat, un enfant de quatre ans. Le 11, l'enfant était relativement bien, apyrétique; il avait les bronches et les poumons libres, plus de diphthérie gutturale; sa plaie était rose, granuleuse, de bonne nature. Toutefois il était impossible de retirer la canule sans provoquer presque immédiatement un spasme, la déglutition était douloureuse, l'enfant repoussait l'alimentation; la périphérie inférieure de la plaie était rouge, gonflée, très sensible. Il fallait penser à une ulcération trachéale correspondant au bec de la canule et je fis de mon mieux pour y remédier. Le 13, le retour partiel des liquides par le nez, la bouche, la canule, indiqua une petite paralysie du voile du palais. On a pu laisser deux heures la canule ôtée; une crise violente au moment d'une déglutition oblige à la replacer. Le 16, l'état restant le même, la nutrition souffrait beaucoup, mais se faisant quand même à peu près, aidée de lavements de peptone; un point plus saillant et plus rouge apparaît dans la zone inflammatoire sous-jacente à la plaie. Le 17, ce point se recouvre d'une phlyctène sous laquelle le soir même se voit une surface grisâtre. Le 20, élimination sous laquelle s'ouvre une solution de continuité de la trachée, sorte de trachéotomie spontanée, séparée par un pont charnu. La canule est maintenue ôtée. Mais l'alimentation est de plus en plus difficile et insuffisante, la paralysie gutturale persiste. En même temps que le pont qui sépare les deux ouvertures trachéales s'amincit et disparaît, la partie inférieure de la plaie prend un aspect grisâtre et *feuilleté*. Le 23 au matin une ouverture se fait en arrière du sternum, communiquant évidemment avec le médiastin en avant de la trachée; un petit sifflement tout spécial indique le passage de l'air par cette fistule au moment des fortes inspirations. Elle s'élargit encore dans la journée; une petite bougie de gomme élastique put être introduite par son orifice et descendre, sans impulsion pour ainsi dire, à 6 centimètres dans le médiastin. A partir de la production de la perforation médiastine, la respiration (dans laquelle l'auscultation ne surprit aucun trouble inflammatoire) prit une forme particulière. Cette respiration était sus-costale, le diaphragme paralysé ne semblait y prendre aucune part. Une puissante inspiration contractant énergiquement les muscles susternaux et même la face avait d'abord lieu, après laquelle l'enfant faisait un bond de l'autre côté de son lit. Une série d'inspirations de moins en moins longues succédait à ce mouvement, comme dans l'asystolie cardiaque. Progressivement cette série arrivait à son terme, un arrêt se produisait, puis recommençait la forte inspiration initiale suivie d'un nouveau bond de côté. L'enfant mourut au cours de la soirée du 23, sans cyanose, avec une pâleur et un refroidissement progressifs. L'autopsie, comme dans le cas précédent, ne put malheureusement être faite. Je constatai seulement que la gorge, le larynx, la trachée étaient absolument dépourvus de fausses membranes.

(A suivre)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

TRANSMISSION DE LA MORVE DE LA MÈRE AU FŒTUS. Note de MM. *Cadéac* et *Malet*. — Cette transmission admise par les auteurs n'étant pas suffisamment démontrée, MM. Cadéac et Malet ont entrepris un certain nombre d'expériences sur des animaux d'espèces différentes.

Sur deux ânes ainsi que sur un chien, le résultat fut négatif ; sur des cobayes, au nombre de dix, le résultat a un peu changé, en ce sens que six des femelles inoculées ayant été sacrifiées pendant la gestation, les fœtus de deux portées ont transmis la morve quoiqu'ils fussent sains en apparence.

En somme, sur les treize expériences entreprises par MM. Cadéac et Malet, deux fois seulement la morve a été transmise de la mère au fœtus, d'où ils croient pouvoir conclure, en joignant à ces faits quelques observations cliniques inédites, que les petits de mères atteintes de la morve naissent rarement morveux eux-mêmes.

ATTÉNUATION DU VIRUS CHARBONNEUX DANS LA TERRE. Note de M. *Feltz*. — Au mois de décembre 1882, l'auteur a commencé avec son chef de laboratoire, M. Ehrmann, une nouvelle série d'expériences afin de se renseigner sur la durée de l'intensité charbonneuse dans la terre, dans les conditions suivantes : De la terre provenant du jardin de la Faculté de médecine de Nancy fut mise dans une caisse en bois et arrosée dans ses différentes couches avec du sang charbonneux frais provenant de nombreux cobayes et lapins, morts très rapidement du charbon, et aussi de cultures charbonneuses très virulentes. La terre ainsi préparée fut toujours, depuis cette époque, laissée en plein air devant une des fenêtres du laboratoire, de telle sorte qu'elle resta pendant trois ans exposée à toutes les variations de température et à toutes les intempéries des saisons. C'est avec cette terre employée, tantôt sèche, tantôt délayée dans un peu d'eau distillée, que les inoculations furent faites à plusieurs époques des années 1883, 1884 et 1885, à des lapins et à des cobayes. Tandis que dans les expériences de 1883 tous les animaux, lapins et cobayes, succombèrent, dans celles de 1884, si tous les cobayes moururent également, plusieurs lapins, par contre, survécurent ; enfin dans celles de 1885 le résultat fut le même pour les cobayes, mais non pour les lapins, dont pas un seul ne périt. L'atténuation du virus était même arrivée à ce point que les six lapins survivants du 6 juillet 1885 furent inoculés quinze jours plus tard avec du sang charbonneux et moururent tous du charbon en quelques jours.

De ces faits M. Feltz conclut : 1° que la terre rendue charbonneuse, placée dans les conditions indiquées ci-dessus, perd à la longue de sa virulence ; 2° que la nature accomplit dans la terre des atténuations du virus charbonneux analogues à celles que l'on produit artificiellement dans les laboratoires et que l'on peut ainsi se rendre compte de la gravité plus ou moins accentuée des épidémies charbonneuses.

DE L'HÉMIANESTHÉSIE ALTERNE DANS LES LÉSIONS DU BULBE RACHIDIEN. Note de M. *Vulpian*. — L'auteur complète tout d'abord sa communication du 28 décembre dernier en citant un nouveau cas, celui d'une femme chez laquelle il avait soupçonné, comme chez le précédent malade (voy. *Gaz. hebdom.* du 1er janvier 1886), l'existence d'une lésion de la protubérance annulaire ou du bulbe rachidien. L'autopsie démontra, en effet, la présence d'un foyer de ramollissement dans la moitié droite du bulbe rachidien.

Après avoir analysé les analogies et les dissemblances qui caractérisaient ces deux cas, M. Vulpian fait connaître les résultats des recherches expérimentales qu'il a entreprises sur la moelle allongée de divers animaux (chiens, lapins et cobayes) dont il avait sectionné transversalement une moitié latérale, et termine son travail par les conclusions suivantes :

La section transversale d'une moitié du bulbe rachidien produit, entre autres symptômes, une hémiancsthésie alterne, c'est-à-dire une anesthésie plus ou moins prononcée du même côté de la face que la lésion et une anesthésie incomplète des membres du côté opposé. L'anesthésie faciale est d'autant plus accusée que la section porte sur un point plus élevé du bulbe rachidien, mais elle ne va pas jusqu'à l'insensibilité absolue.

Les lésions morbides unilatérales du bulbe rachidien se traduisent, chez l'homme, par des symptômes variés suivant le siège, l'étendue en hauteur, largeur et profondeur de ces lésions. Lorsqu'elles empiètent quelque peu sur la protubérance, elles peuvent atteindre les origines du nerf facial et déterminent alors, comme on le sait, une hémiplégie alterne. Il est probable que l'hémiplégie alterne se complique souvent d'anesthésie plus ou moins marquée du côté du corps opposé au siège de la lésion : c'est ce qui avait lieu dans le cas signalé dans ma communication du 23 novembre 1885. Si elles intéressent la racine descendante du nerf trijumeau, elles peuvent produire une hémianesthésie alterne, comme dans le cas actuel. On comprend la possibilité d'autres combinaisons symptomatiques, qui se réaliseraient si la lésion unilatérale atteignait les origines ou le trajet intra-bulbaire de l'un ou de plusieurs des autres nerfs bulbaires (hypoglosse, spinal, pneumogastrique, glosso-pharyngien, oculo-moteur externe, acoustique).

L'hémianesthésie alterne doit donc être considérée comme un symptôme caractéristique des lésions du bulbe rachidien. Si elle se manifeste tout d'un coup, on devra admettre qu'elle est due soit à une hémorrhagie limitée intra-bulbaire, soit, comme dans le cas actuel, à une obturation par embolie, de l'artère cérébelleuse inférieure et postérieure du côté correspondant à la moitié anesthésiée de la face.

CANDIDATURE. — M. le docteur *Luys* prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. lo docteur *Magnan* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

MM. *Mégnin*, *Nocard* ot *Trasbot* adressent des lettres de candidature à la placo déclarée vacante dans la soction do médecine vétérinaire.

Mme *Lafitte*, sage-femme à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), onvoie le relevé des vaccinations qu'elle a pratiquées en 1885. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le professeur *Beaunis* (de Nancy), une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs, études physiologiques sur le somnambulisme provoqué* ; 2° de la part de M. le docteur *Comby*, plusieurs mémoires imprimés, ayant pour titres : *Étiologie et prophylaxie du rachitisme, De la bronchite chronique chez les enfants, De la dilatation de l'estomac chez les enfants*; le 18e *annual Report of the Clarke Institution for Deaf-mutes at Northampton* (*États-Unis*).

M. *Th. Roussel* fait hommage d'un *Manuel de l'inspection des animaux et des viandes de boucherie*, par M. *V. Galtier*, professeur à l'École nationale vétérinaire de Lyon.

M. *Chatin* présente une *Note* manuscrite *sur la crème*, par M. *C. Husson* (de Toul).

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Dechambre, au nom de l'Académie. Ce discours, reproduit dans le dernier

numéro de la *Gazette hebdomadaire*, page 18, est accueilli par de vifs et unanimes applaudissements.

OPÉRATION DE LA CATARACTE. — M. *Maurice Perrin*, présentant quelques remarques au sujet de la communication faite à la précédente séance par M. Panas sur l'opération de la cataracte, se félicite tout d'abord que celui-ci ait complètement renoncé au procédé de de Græfe par incision linéaire périphérique. Dès 1873 il avait lui-même renoncé depuis plusieurs années au procédé allemand lorsqu'il recommanda la kératotomie avec un petit lambeau supérieur dont le sommet est placé à un millimètre du bord supérieur de la cornée, c'était un retour à la méthode française de Daviel légèrement modifiée ; mais il avait conservé l'iridectomie, bien que la brèche qui en résulte cessât d'être nécessaire pour l'expulsion de la cataracte; seulement il la faisait partielle, ne réséquant que la portion débordant le niveau de l'incision cornéenne. Depuis lors, il ne s'est jamais écarté de ces règles; l'excision de l'iris, justement abandonnée comme temps régulier de la cataracte, lui paraît devoir être conservée dans tous les cas où l'iris a été violenté, contusé ou déplacé pendant l'opération.

Quant au lavage intraoculaire avec un liquide antiseptique aussitôt après la sortie de la cataracte, précaution à laquelle M. Panas attribue la disparition des accidents de suppuration de la cornée et de l'iris, M. Maurice Perrin croit plutôt en attribuer les avantages à l'habileté et aux soins minutieux de l'opérateur ainsi qu'au bon état de santé des opérés. Il a vu deux fois ces complications chez des sujets tabétiques et une troisième fois chez un malade présentant un état particulier dans l'innervation de la cinquième paire. De plus, il est à craindre que le lavage antiseptique intraoculaire, qui prolonge la durée de l'opération, n'expose à des contractions réflexes périlleuses des muscles de l'œil.

Enfin, M. Maurice Perrin, dans le but d'enlever et de récliner en totalité la cristalloïde de façon à ouvrir largement le sac capsulaire, fait usage d'un kystitome particulier, auquel il a donné depuis 1871 le nom de griffe capsulaire; cet instrument se compose de trois petites pyramides triangulaires tranchantes sur les côtés, fixées sur une tige flexible et juxtaposées de telle façon que leur pénétration simultanée à travers la cristalloïde produit une section égale aux bases réunies et parallèles à l'incision de la cornée; il suffit de ramener l'instrument vers la plaie cornéenne comme on le fait avec le kystitome ordinaire pour récliner en grande partie la cristalloïde et empêcher ainsi la rétention des débris du cristallin.

PTOMAÏNES. — M. *Armand Gautier* commence la lecture d'un important mémoire sur les alcaloïdes dérivés de la destruction bactérienne ou physiologique des tissus animaux. Dans la première partie, dont il a seulement donné lecture à cette séance, il s'occupe de l'historique et de la découverte des alcaloïdes bactériens ou ptomaïnes, de leur extraction, de leurs propriétés et de leur nature.

Les bases organiques dérivées des matières animales et spécialement les bases d'origine putréfactive avaient été entrevues par différents auteurs avant les recherches de F. Selmi (de Bologne) et celles de M. Armand Gautier. Ces recherches sont à peu près contemporaines : Selmi parvint à extraire, des produits cadavériques, dans un but toxicologique, certains alcaloïdes à réactions jusque-là inconnues, mais sans s'expliquer au début leur fonction; tandis que M. Gautier avait antérieurement reconnu que la fibrine du sang bien lavée et pure de toute matière extractive fournit des alcaloïdes à sels cristallisables, formellement dérivés des matières albuminoïdes. Ce dernier constata bientôt que ces mêmes alcaloïdes se produisaient normalement dans les cellules durant la vie et que leur formation était comme une fonction générale des tissus, pouvant donner la clef d'une foule de phénomènes pathologiques ; en d'autres termes, ce sont des termes constants de la vie normale des tissus vivants, dont la formation incessante représente un mode de désassimilation du carbone et de l'azote comparable à la formation adéquate de l'acide carbonique et de l'urée, et qui paraissent jouer un rôle décisif dans la genèse, l'évolution et la succession d'un grand nombre de phénomènes morbides.

M. Gautier passe ensuite successivement en revue et décrit les diverses méthodes chimiques employées par Selmi, Brouardel et Boutmy, Gabriel Pouchet, Guareschi et Mosso, Brieger, etc., Etard et lui-même pour l'extraction de ces alcaloïdes. Les ptomaïnes actuellement connues appartiennent soit à la série pyridique, soit à la série hydropyridique; elles se présentent sous la forme de liquides huileux, incolores, très alcalins, saturant exactement les acides forts ; certaines attirent même l'acide carbonique de l'air; elles jouissent d'une odeur pénétrante et ténue, rappelant l'aubépine, la fleur d'oranger, le musc, le seringa; elles sont toutes solubles dans l'éther alcoolique, quelques-unes dans le chloroforme et l'alcool amylique; elles sont toutes très oxydables à l'air et par conséquent douées d'un énergique pouvoir réducteur, etc. On connaît aujourd'hui les ptomaïnes suivantes : la parvoline ($C^9H^{13}Az$), extraite des produits de la fermentation bactérienne du scombre et de la viande de cheval; l'hydrocollidine ($C^8H^{13}Az$) et la collidine ($C^8H^{11}Az$), qui se forment dans la putréfaction de la chair du cheval et du bœuf; une base ($C^{10}H^{15}Az$), extraite de la fibrine du bœuf putréfiée; deux bases retirées par M. G. Pouchet des produits putrides et qui se rapprochent des oxybétaïnes, et une série de bases extraites aux diverses époques de la putréfaction des poissons, du fromage, par M. Brieger, la neuridine, la cadavérine, la putrescine, la saprine, la mydaléine, la muscosine ou oxynévrine, la neuridine, etc.

Des expériences physiologiques faites sur les ptomaïnes extraites soit par l'éther, soit par le chloroforme ou par l'alcool amylique, il résulte qu'elles sont en général vénéneuses à un haut degré. Les ptomaïnes libres sont plus dangereuses que leurs sels et spécialement celles qui sont solubles dans l'éther. Sur la grenouille, les principaux phénomènes que l'on observe sont les suivants : 1° dilatation de la pupille ; 2° convulsions tétaniques et bientôt après flaccidité musculaire; 3° ralentissement des battements cardiaques, rarement augmentation; 4° perte absolue de la sensibilité cutanée ; 5° perte de la contractilité musculaire. Sur les chiens on observe principalement : 1° que la pupille irrégulière finit par se rétrécir; 2° une injection remarquable des vaisseaux de la conque de l'oreille par paralysie des vaso-moteurs; 3° la respiration très ralentie ; 4° une somnolence marquée à laquelle succèdent bientôt les convulsions et la mort; 5° la perte de la contractilité musculaire. Ce dernier phénomène, qui se produit même sous l'influence des excitants électriques, rapproche ces substances des alcaloïdes vénéneux des champignons et spécialement de la muscarine. Les observations de Corona éloignent, au contraire, les ptomaïnes des autres alcaloïdes des végétaux et du curare qui laisse au muscle sa contractilité sous l'influence du courant électrique, ainsi que du sulfocyanure de potassium qui fait disparaître, il est vrai, la propriété du muscle de se contracter sous l'influence de l'excitant électrique, mais qui la laisse en tétanos et non en flaccidité.

M. Gautier termine par quelques considérations qu'il développera ultérieurement sur l'analogie de certaines ptomaïnes avec quelques alcaloïdes antérieurement connus.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, pour entendre la lecture : 1° d'un rapport de M. *Empis* sur les candidats au titre d'associé national. Liste de présentation : 1° M. Tholozan (de Téhéran), 2° M. Lafosse (de Toulouse); 3° M. Caze (de Nancy) ; — 2° d'un rapport de M. *Peter* sur les candidats à une place de correspondant national dans la

division de médecine : 1° M. Mandon (de Limoges), 2° M. Picot (de Bordeaux), 3° M. Queiral (de Marseille), 4° M. Arnould (de Lille), 5° M. Grasset (de Montpellier).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Correspondance. — Allocutions du président sortant et du nouveau président.—Discours de M. Féréolaux obsèques de M Dechambre. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-parenchymateuses de sublimé : M. Gouguenheim. (Discussion : MM. Dieulafoy, Legroux.) — Mutations dans les services des hôpitaux.

La Société reçoit une lettre de la Société locale d'Indre-et-Loire, lui demandant de participer à la souscription destinée à élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau. Un comité s'est constitué à Paris, composé des anciens élèves de ces trois maîtres, pour recueillir les souscriptions (voy. aux *Variétés*). — (En ce qui concerne la contribution de la Société elle-même, la question est renvoyée au Conseil d'administration.)

— M. *Vidal*, président sortant,, prononce l'allocution d'usage et présente un compte rendu des travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

— M. *Guyot*, en prenant place au fauteuil de la présidence pour l'année 1886, exprime sa reconnaissance à la Société de l'honneur qu'elle lui a accordé et propose de voter des remerciements aux membres du Bureau pour le zèle et le dévouement qu'ils ont apportés dans leurs fonctions pendant l'année qui vient de s'écouler. (*Votés par acclamations.*) — Il annonce officiellement la mort de M. Dechambre, membre honoraire.

— M. *Féréol*, vice-président, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société sur la tombe de M. Dechambre (voyez dans le dernier numéro, p. 19).

— M. *Gouguenheim* lit une note sur le traitement intra-parenchymateux de la tuberculose pulmonaire par les injections de sublimé. Après avoir rappelé les résultats satisfaisants obtenus chez les phthisiques, à l'aide des injections intra-parenchymateuses d'iodoforme, par Beverley Robinson, et Shingleton Smith, ainsi que les effets favorables des injections de sublimé pratiquées par Lépine et par le docteur Truc dans les cas de pneumonie, M. Gouguenheim rapporte les expériences qu'il a faites dans le même ordre d'idées à l'hôpital Bichat. Il a pratiqué, chez des phthisiques, avec la seringue de Pravaz ordinaire, des injections intra-parenchymateuses de bichlorure d'hydrargyre, en solution dans l'eau, à la dose de 1/2000, de 1/1000 et de 1/500. La solution la plus forte était réservée pour les cas où existaient de vastes cavernes; la plus faible, pour les cas où les lésions étaient peu avancées. Chaque injection représentait le contenu de la seringue, soit un peu plus d'un centimètre cube; la solution était chauffée à une température voisine de celle du corps; l'aiguille était introduite à travers les parties molles du premier ou du second espace intercostal à une certaine distance des bords du sternum, afin d'éviter toute lésion des nerfs, des vaisseaux, et surtout du péricarde ou du cœur lorsqu'on opérait à gauche. La dose de sublimé injectée chaque fois variait ainsi de 1/2 milligramme à 2 et même 3 milligrammes, suivant que la ponction était pratiquée d'un seul ou des deux côtés : il ne s'est jamais montré de phénomènes d'intolérance, et la douleur, ordinairement nulle, a toujours été très minime. La toux, bien que rare, s'est produite dans quelques cas à la suite de l'injection; le meilleur moyen de l'éviter est de faire garder le silence au malade pendant un certain temps après la petite opération. L'hémoptysie a été observée d'une façon tout exceptionnelle; elle constitue évidemment une contre-indication au traitement. Dans le plus grand nombre des cas, alors même que l'état général ne s'est pas amélioré, il s'est produit un amendement notable des signes locaux, parfois même très rapidement : les râles, le gargouillement diminuaient d'intensité et chez quelques malades l'expectoration devenait plus rare. Sur 33 cas, 21 ont fourni des résultats franchement favorables, 2 sont restés douteux par suite de la cessation prématurée du traitement, nécessitée chez un malade par une hémoptysie abondante, et chez l'autre par sa sortie volontaire de l'hôpital bien que son état général fût fort alarmant. Enfin 10 malades ont succombé : parmi ces derniers 7 avaient été absolument réfractaires à l'influence du traitement; chez les 3 autres, l'amélioration locale put être constatée à l'autopsie, mais la mort fut la conséquence de complications diverses ou de l'aggravation de l'état général. — Dans plusieurs cas de catarrhe bronchique ou de pleurésie suspectes, les injections intra-parenchymateuses ou intra-pleurales de sublimé ont paru fournir des résultats satisfaisants. Tous les malades, du reste, ont été soumis en même temps aux divers moyens de traitement auxquels on a recours d'ordinaire. M. Gouguenheim pense qu'il serait utile, quand les lésions tuberculeuses sont plus étendues, d'injecter le sublimé dans diverses parties du poumon en variant les points d'introduction de l'aiguille. Il est d'avis que les résultats obtenus par ce mode de traitement viennent contredire l'opinion émise au Congrès de Copenhague par un professeur de la Faculté de Paris, qui a exprimé des doutes sur l'utilité que peut avoir, au point de vue de la thérapeutique, la grande découverte des microbes.

M. *Dieulafoy* a essayé, en 1881, à l'hôpital Saint-Antoine, les injections de glycérine phéniquée dans les cavernes des phthisiques; il s'est servi d'une aiguille plus fine et plus longue que celle de la seringue de Pravaz ordinaire. Toujours l'injection a déterminé une quinte de toux fort pénible; on a pu, du reste, s'assurer que le liquide était bien injecté dans la caverne même, en se servant de glycérine colorée par la cochenille, dont la couleur rouge est apparue dans les crachats expulsés pendant la quinte consécutive à l'injection. M. Dieulafoy n'a observé aucune amélioration des symptômes locaux ou généraux pendant la vie, aucune modification favorable des lésions constatées à l'autopsie. Il est vrai que le petit nombre de ses expériences ne lui permet pas des conclusions bien positives. Il est d'avis que l'opinion du professeur de Paris citée par M. Gouguenheim reste vraie jusqu'alors, car la méthode des injections intra-parenchymateuses a été mise en œuvre avant la découverte du bacille de Koch, et d'ailleurs ces injections n'ont évidemment pas pour but de tuer le bacille infiltré dans le tissu pulmonaire, mais seulement de modifier le pouvoir septique du liquide contenu dans les cavernes. Il demande à M. Gouguenheim si tous ses malades étaient porteurs de cavernes, et s'il n'hésiterait pas, au besoin, à injecter la solution de sublimé dans le parenchyme pulmonaire induré et infiltré de tubercules, mais non creusé d'excavations.

M. *Gouguenheim* a pratiqué ses injections presque constamment chez des phthisiques atteints de cavernes, tels qu'on en rencontre si souvent dans les services des hôpitaux. L'aggravation ou la diminution des signes locaux, quelle qu'ait été l'influence sur l'état général, a trop nettement suivi la cessation ou la reprise des injections pour qu'il n'attribue pas à ce mode de traitement une efficacité marquée. Il insiste sur les précautions minutieuses que comporte le manuel opératoire de ces injections et n'hésite pas à déclarer qu'elles constituent un précieux moyen de modifier l'expectoration des phthisiques et sa virulence.

M. *Dieulafoy* demande de nouveau à M. Gouguenheim s'il ferait des injections de sublimé à la première ou seconde

période de la tuberculose, alors qu'il n'existe pas encore de cavernes.

M. *Gouguenheim* répond que c'est chez les individus les moins gravement atteints qu'il a obtenu les plus beaux résultats, aussi croit-il qu'en présence d'un tuberculeux non porteur de cavernes il essayerait quand même les injections intra-parenchymateuses de sublimé.

M. *Dieulafoy* demande quelle a été la marche de la température chez les malades traités par M. Gouguenheim.

M. *Gouguenheim* regrette de n'avoir pas recueilli l'observation thermométrique avec précision; cependant il peut affirmer qu'il n'y a pas eu d'exacerbation du mouvement fébrile. Il comblera cette lacune dans une prochaine série d'expériences.

M. *Legroux* serait désireux de savoir si M. Gouguenheim a recherché les bacilles dans les crachats de ses malades avant le traitement par les injections et pendant la durée de ce traitement.

M. *Gouguenheim* n'a pas cru devoir faire l'examen histologique des crachats, car il s'est agi de tuberculeux avérés, qui eussent été diagnostiqués tels même avant la découverte du bacille. Il s'est contenté de l'examen clinique par les vieux procédés.

— *Mutations dans les services des hôpitaux.*—M. *Mesnet* passe de l'hôpital Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Vulpian, démissionnaire; M. *Troisier* passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Antoine; M. *Cuffer,* de Bicêtre à l'hôpital Tenon; M. *Moizard,* du Bureau central à Bicêtre.

— La séance est levée à cinq heures.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

Observations de laparatomies pour tumeurs abdominales, rapport: M. Berger; discussion: MM. Terrillon, Verneuil, Boullly, Terrier, Duplay. — Hystérectomie vaginale: M. Terrier; discussion: MM. Tillaux, Verneuil, Després, Richelot, Duplay, Pozzi.

M. *Berger* fait un rapport sur quatre observations de laparatomies pour tumeurs abdominales envoyées par M. Jeannel. Les deux premières sont des exemples d'extirpation heureuse de tumeurs de l'ovaire et de l'utérus; les deux autres prouvent quelle obscurité plane encore sur le diagnostic de certaines variétés de néoplasies intra-abdominales. Dans le premier fait il s'agit d'une femme de trente ans, portant une tumeur de l'abdomen, dont le début remonte à un an. Elle s'est développée progressivement, sans aucun incident digne d'être noté; son volume est considérable, mais la santé générale de la malade est excellente. On reconnaît sans difficulté sa nature et on porte le diagnostic kyste de l'ovaire. L'extirpation ne présente d'autre particularité que la nécessité de faire une incision très longue sur la paroi abdominale, afin d'extraire la tumeur qu'on n'a pu vider qu'incomplètement par la ponction; le pédicule est réduit dans l'abdomen. La malade guérit, mais dans les premiers jours qui suivirent l'opération, elle présenta des accidents qui firent craindre une issue fatale. Elle fut prise en effet de nausées, de vomissements, d'abord verdâtres, puis fécaloïdes, et de tous les autres symptômes de l'obstruction intestinale; cependant le cours des matières se rétablit et dès lors rien ne vint entraver la guérison, qui était complète au bout d'un mois. M. Jeannel attribue ces phénomènes d'obstruction au péritonisme. C'est là, suivant M. le rapporteur, un mot vague, ne correspondant à aucun état morbide défini; dans son opinion, les accidents en question doivent être mis sur le compte d'adhérences inflammatoires molles qui se sont faites dans les premiers jours entre les anses intestinales et le pédicule et qui se sont ensuite rompues.

La deuxième observation est relative à un myome utérin volumineux inclus dans le ligament large: hystérotomie, guérison. La malade, âgée de quarante-sept ans, avait vu débuter son affection trois ans auparavant. La tumeur avait un volume énorme et gênait la respiration. Après incision de la paroi abdominale et mise à nu de la tumeur, on reconnut qu'elle adhérait au cæcum et à la dernière portion de l'iléon, qu'il fallut libérer par une dissection attentive; puis on lia le pédicule utérin et l'on fit la résection d'une partie des ligaments larges. A part quelques légers accidents de pérityphlite, la guérison survint sans complication. L'intérêt de cette observation réside dans le volume énorme de la tumeur, qui pesait 7kg,300.

La troisième observation est un exemple d'erreur de diagnostic d'ailleurs parfaitement excusable: il s'agit d'un énorme carcinome de l'intestin grêle pris pour une tumeur de l'ovaire. Une femme de trente-trois ans voit son abdomen augmenter de volume sans aucune espèce de trouble du côté des fonctions digestives; la santé générale est excellente et on croit avoir affaire à une tumeur ovarienne. On ouvre l'abdomen et on se trouve en présence d'une volumineuse tumeur globuleuse, régulière, fluctuante, qu'on essaye mais en vain de vider par une ponction. Isolant alors la masse néoplasique des organes voisins, on va à la recherche de son pédicule et on s'aperçoit qu'au lieu de tenir à l'ovaire, la tumeur s'insère sur l'intestin grêle. Pour enlever le néoplasme, il faut réséquer une anse de cet intestin, dont on suture les deux bouts à la paroi abdominale, de façon à constituer un anus contre nature. La malade est très rapidement prise de péritonite et succombe après quelques jours. A l'autopsie on trouve une généralisation cancéreuse à l'épiploon et au reste du péritoine; le foie est également le siège de noyaux cancéreux. La tumeur qu'on avait enlevée n'était autre qu'un volumineux encéphaloïde renfermant un kyste sanguin dans son intérieur.

Cette erreur, est-il besoin de le dire, ne saurait être imputée au chirurgien; l'évolution inusitée de la maladie ne se prêtait nullement au diagnostic; du reste, ce n'est pas le seul exemple d'erreur qui existe dans la science. Pouvait-on faire autre chose que ce qu'a fait M. Jeannel lorsqu'il eut reconnu que la tumeur tenait à l'intestin grêle? M. Berger pense que dans un cas semblable on devrait, après extirpation du néoplasme, s'assurer *de visu* de l'intégrité des autres viscères abdominaux et que, s'il n'y avait pas de généralisation, on pourrait, après résection de l'intestin et de la portion correspondante du mésentère, aboucher ses deux extrémités soit par une entérorrhaphie complète, soit par une entérorrhaphie incomplète en conservant une fistule intestinale comme soupape de sûreté. Un autre point intéressant de l'observation de M. Jeannel, c'est l'absence d'ascite, malgré la présence de cette énorme tumeur cancéreuse de l'intestin. Dans la quatrième observation il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans portant une tumeur du ventre depuis deux ans, avec une ascite concomitante, que la ponction révéla être constituée par du liquide lactescent. On crut à un kyste de l'ovaire et on ouvrit le ventre, mais n'ayant rencontré qu'une masse ganglionnaire dégénérée du mésentère, on dut le refermer sans tentative d'extraction. La malade mourut dans les vingt-quatre heures. Cette ascite lactescente, lorsqu'elle existe, ne pourrait-elle pas éclairer le diagnostic touchant la nature de la tumeur abdominale? M. le rapporteur se pose cette question et il se demande si la constitution physique ou chimique du liquide ascitique, par

exemple une ascite chyleuse, ne pourrait pas être utile à l'établissement du diagnostic des tumeurs de l'abdomen.

M. *Terrillon* rappelle qu'il a rapporté dernièrement une observation de tumeur ovarienne, compliquée d'une ascite à liquide trouble, lactescent, à odeur aigrelette de petit-lait. L'examen chimique donna l'explication des caractères de ce liquide ascitique dans lequel des végétations graisseuses de la face externe du kyste, tombées en délitescence, s'étaient émulsionnées.

M. *Verneuil*, prenant prétexte de ce qu'on vient de prononcer les mots d'ascite chyleuse, émet l'hypothèse que certaines formes de ces épanchements péritonéaux tiennent peut-être à la présence de parasites comme cela est aujourd'hui prouvé pour les hydrocèles chyleuses.

M. *Bouilly* a fait, il y a quelques années, en province, une ovariotomie double, dont sa malade a parfaitement guéri. Deux ans après, elle était emportée par des accidents d'obstruction intestinale dont sans aucun doute la cause se reliait à l'opération que la malade avait subie.

M. *Terrier* fait remarquer que la relation entre les étranglements internes et les ovariotomies antérieures est bien connue; on a plus particulièrement reproché à la méthode du pédicule perdu de prédisposer à cet accident. Chez la malade de M. Jeannel ce ne sont pas ces brides trop molles qui ont déterminé les phénomènes d'obstruction, il s'agissait simplement de péritonite.

M. *Duplay* partage l'opinion de M. Terrier.

On voit chez les opérées d'ovariotomie deux ordres d'accidents de ce genre : d'abord des obstructions immédiates dans les jours qui suivent l'intervention, dont on doit rapporter la cause à la péritonite et au péritonisme ; en second lieu, des obstructions tardives dues à des brides et à de fausses membranes.

M. Duplay a eu occasion, dans sa pratique, de voir des exemples de l'un et de l'autre de ces accidents.

— M. *Terrier* rapporte le récit de sa troisième observation d'hystérectomie vaginale pour épithélioma. Le sujet est une femme, encore jeune, atteinte de pertes abondantes depuis le mois de juillet 1885 et ayant été soumise à une cautérisation du col sans résultat. L'opération a été faite le 16 novembre dans la salle même du service. La malade, qui avait eu les jours précédents le vagin rendu aseptique par de soigneux lavages, fut chloroformée ; on eut quelque peine à abaisser l'utérus et à inciser le cul-de-sac antérieur du vagin ; cette incision s'accompagna d'une petite hémorrhagie et donna lieu à l'issue d'une petite portion de l'épiploon, qu'on maintint à l'aide d'une éponge. L'incision du cul-de-sac postérieur fut plus facile. On se mit alors en devoir de lier les deux ligaments larges : on place sur chacun d'eux trois anses de fils, échelonnées l'une au-dessus de l'autre et s'entre-croisant en chaîne, puis on les sectionne près des bords de l'utérus : du côté droit, l'hémostase est complète ; du côté gauche, un fil lâche, il se produit une hémorrhagie et il est impossible de jeter une ligature sur le vaisseau qui y donne lieu ; après plusieurs essais infructueux on laisse une pince à demeure sur l'artère. L'opération prolongée par cet incident a duré près de deux heures et demie. La malade a quelques vomissements dans la journée, qui se continuent les jours suivants. Au bout de vingt-quatre heures on enlève la pièce hémostatique non sans quelque appréhension, l'hémostase est parfaite. La guérison marche régulièrement et le 8 décembre la malade se lève. L'examen au spéculum montre au fond du vagin une cicatrice linéaire, saillante du côté de ce conduit en forme de col utérin. L'utérus extirpé présentait une dégénérescence, qui ne remontait pas au-dessus du col et était constituée par de l'épithélioma pavimenteux lobulé. M. Terrier fait ressortir les difficultés opératoires qu'il a rencontrées et qui tenaient à l'étroitesse de la vulve et à l'impossibilité d'abaisser l'utérus. Les incisions des culs-de-sac du vagin durent être pratiquées presque à l'aveugle ; on eut beaucoup de peine à faire les ligatures des ligaments larges, mais les pinces qu'on a proposées pour ce temps délicat n'auraient sans doute pas beaucoup facilité les manœuvres dans ce cas particulier ; par contre, les pinces à forcipressure conseillées tout dernièrement par M. Richelot dans les cas d'hémorrhagie ont été très utiles.

En terminant, M. Terrier donne des nouvelles de la première malade chez laquelle il a pratiqué l'hystérectomie vaginale. L'opération remonte à six mois, il n'y a pas trace de récidive, les tissus conservent toute leur souplesse. Dernièrement, M. Terrier a extrait du fond du vagin deux fils donnant lieu à quelques pertes puriformes.

M. *Tillaux* n'a pas été aussi heureux que M. Terrier. Sa première opérée, jeune femme de vingt ans, chez laquelle tous les tissus malades semblaient avoir été enlevés, a été atteinte d'une affreuse récidive dans la cicatrice dès la sixième semaine, et elle vient de mourir il y a trois jours. Cela a beaucoup refroidi son enthousiasme pour l'hystérectomie vaginale et il n'a pas osé recommencer. Il s'est contenté, chez trois malades qu'il a eu à soigner depuis, de pratiquer une résection cunéiforme du col et s'en est bien trouvé. Il croit que cette opération partielle peut donner dans certaines circonstances une survie presque égale, sans faire courir aux malades les chances de l'extirpation totale de l'utérus.

M. *Verneuil* incline vers l'opinion de M. Tillaux. Sa statistique personnelle portant sur 19 cas, montre que ses malades ont joui d'une survie variant de vingt-deux à vingt-trois mois. Il cite, entre autres, une malade atteinte de cette variété d'épithélioma du col appelée par Levret polype vivace, qui fut opérée à quatre reprises par Depaul et à trois reprises par lui-même : finalement, il réséqua la lèvre antérieure du col, pour bien mettre à nu le point d'implantation de la tumeur; il le cautérisa vigoureusement et la malade reste guérie depuis quatre ans.

M. *Desprès* proteste contre ces extirpations totales de l'utérus, qu'il considère comme inutiles et dangereuses.

M. *Richelot* attire l'attention de la Société sur l'emploi des pinces laissées à demeure sur les vaisseaux des ligaments larges sectionnés. Elles ont ici comme dans le cas qui lui est personnel donné un excellent résultat, qui vient à l'appui de la manœuvre qu'il a proposée dans le but de simplifier l'opération, à savoir la pose de deux longues pinces sur les pédicules latéraux de l'utérus au lieu et place de leur ligature.

M. *Duplay* rappelle un procédé ingénieux de Schrœder (de Berlin) destiné à faciliter et à assurer la ligature des ligaments larges. Après l'incision des culs-de-sac du vagin en avant et en arrière, il lie les ligaments latéraux dans le tiers inférieur de leur hauteur et les sectionne dans la même étendue, alors il fait basculer l'utérus de façon à amener son fond du côté de la vulve : dans ce mouvement les parties supérieures des ligaments se tordent sur leur axe de façon à offrir un pédicule abaissé plus étroit et partant plus facile à lier.

M. *Pozzi* a employé ce procédé une fois par nécessité et sans savoir qu'il avait été mis en usage. Il croit qu'on ne pourrait pas agir ainsi vis-à-vis de tous les utérus dégénérés, le volume de certains s'opposerait à ce mouvement de bascule. M. Pozzi croit que plusieurs des hémorrhagies qu'on observe sitôt après la ligature et la section des ligaments larges tiennent à ce qu'on place l'anse de fil trop près de l'utérus, de sorte qu'après la section les tissus se rétractant en vertu de leur élasticité glissent au-dessous du fil.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Diagnostic physique des anévrysmes : M. François-Franck. — Cylindres de quartz pour appareils à haute pression : M. Regnard. — Modifications de la sécrétion urinaire par compression de l'artère rénale : MM. Lépine et Aubert.

M. *François-Franck* présente une exposé d'ensemble des recherches qu'il poursuit depuis 1877 sur le diagnostic physique des anévrysmes et de leur siège, ainsi que des modifications qu'impriment aux signes physiques les diverses lésions concomitantes cardiaques ou artérielles. Le résumé de ces études se trouve dans le *Bulletin* hebdomadaire de la Société; le travail *in extenso* sera publié par la *Gazette* (1).

— M. *Regnard* présente deux cylindres de quartz pur destinés à être fixés à un appareil à haute pression pour permettre d'étudier par projection les modifications subies par les animaux enfermés dans l'appareil.

— M. *Lépine* fait, au nom de M. *Aubert* (de Lyon) et au sien, une communication sur les modifications que subit l'urine excrétée par le rein dont on a comprimé quelque temps l'artère afférente ou dans lequel on a élevé la pression urinaire par la compression de l'uretère. Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Diminution de la *concentration* de l'urine du côté lésé. Il n'y a presque pas d'exception à ce fait; parfois l'urine ne renferme *pas la moitié* des principes solides de celle du côté sain.

2° Diminution de la *quantité* de l'urine (fait moins constant et moins accentué). Des deux faits précédents, il résulte que les principes solides sécrétés dans le même temps par l'un et l'autre rein sont en quantité beaucoup moindre du côté lésé.

3° Ces principes sont loin à cet égard de se comporter de même : le chlorure de sodium est sécrété par le côté lésé beaucoup mieux que les autres sels; la proportion centésimale du chorure de sodium est parfois plus élevée dans l'urine du côté lésé que dans celle du côté sain et dans ce cas (ou dans celui où existe de la polyurie relative du côté lésé) la quantité *absolue* du chlorure de sodium éliminée dans le même temps peut être plus grande du côté lésé que du côté sain.

4° Il en est tout autrement de l'acide phosphorique et de la potasse. La rétention relative de ce dernier principe a un certain intérêt clinique, puisque la pathogénie de *certains* accidents dits urémiques a été par quelques auteurs attribuée en partie à la potasse. MM. Lépine et Aubert ne prétendent pas d'ailleurs que cette supposition soit fondée.

EXTRAIT DES TRAVAUX DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tuberculose du pharynx.

M. *Van Santvoord* présente le pharynx d'un enfant de deux ans, qui toussait légèrement depuis un an et demi et avait été amené à l'hôpital dans un état cachectique avec des paquets de glandes sous-maxillaires et des signes stéthoscopiques insignifiants aux sommets; quelques jours avant la mort, il y avait eu de la difficulté de la déglutition et on avait constaté un dépôt grisâtre mince sur le larynx; la température était de 39 degrés. On trouva les ganglions sous-maxillaires caséeux, la muqueuse du pharynx dépolie avec des ulcérations lenticulaires assez profondes; la muqueuse des parties voisines était également dépolie, la luette épaissie et couverte de granulations; la face postérieure du larynx était le siège de deux petits ulcères. Le poumon et la plèvre présentaient des granulations miliaires; le lobe moyen du poumon droit renfermait un foyer caséeux ramolli et un grand nombre de foyers de broncho-pneumonie. Il y avait des tubercules dans les autres organes et les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux étaient en voie de dégénérescence caséeuse. La tuberculose du pharynx est rare; cependant Mackenzie en a noté un certain nombre de cas et a exprimé l'opinion que souvent on la prend pour des ulcérations syphilitiques.

M. *Delavau* insiste sur ce dernier point; les ulcérations tuberculeuses du pharynx sont douloureuses chez les adultes, et, à cause de leur grande ressemblance avec les ulcères syphilitiques, doivent être souvent prises pour celles-ci par les praticiens. (*New-York pathological Society*, séance du 25 novembre 1885.)

Rouget ou choléra du porc.

M. *Van Santroord* présente l'estomac et le gros intestin d'un porc mort de la maladie dite *choléra du porc*. Il y avait gastrite intense et en un point de la muqueuse de l'estomac un ulcère foncé, sale, taillé à pic, comme les ulcères du gros intestin; quelques-unes de ces ulcérations atteignaient le péritoine. La valvule iléo-cæcale, tuméfiée, était ulcérée. La muqueuse du cæcum était fortement hyperhémiée. Dans le côlon descendant se voyaient des follicules solitaires hypertrophiés, légèrement déprimés et ulcérés au centre. M. Van Santvoord a trouvé dans différents cas des lésions d'autres organes. Il y a toujours de l'œdème pulmonaire avec accumulation de mucus dans les bronches, toujours de l'hypertrophie des ganglions rétropéritonéaux et mésentériques.

M. *T.-M. Prudden* fait observer que le micro-organisme du choléra des porcs n'est pas encore bien connu; celui que Pasteur a assigné à cette maladie aurait été retrouvé par Koch dans la septicémie chez les cobayes. (*Ibid.*)

Hallucinations unilatérales.

De nombreux observateurs ont signalé des faits d'hallucinations unilatérales de l'ouïe ou de la vue. M. *W.-A. Hammond* vient apporter son tribut à cet égard : le premier cas observé par lui concerne un homme pour qui le tic tac d'une horloge se traduisait pour son oreille droite seulement par des paroles, variables quant à leur timbre et à leur sens; quand il bouchait cette oreille, il n'entendait plus que le tic tac habituel. Ce cas est curieux en ce sens que c'est peut-être le premier connu d'une *illusion unilatérale*. Le second cas concerne une dame qui voyait des faces grimaçantes et hideuses de ses deux yeux, mais différentes pour chaque œil, les unes ou les autres disparaissant lorsqu'elle fermait un œil; ces hallucinations ne se produisaient qu'à une vive lumière. Le troisième cas est celui d'un homme qui, à la suite d'un coup au-dessus de l'oreille gauche, vit constamment un chat noir assis devant lui à la même distance; quand il circulait, ce chat lui sautait parfois sur l'épaule, ou s'il était assis, sur les genoux; mais il n'eut jamais d'hallucination du toucher; lorsqu'il fermait l'œil gauche, le chat disparaissait. Le quatrième cas est relatif à une dame de cinquante ans qui, après avoir reçu des lettres anonymes injurieuses et avoir beaucoup réfléchi pour se représenter l'homme ou la femme qui la poursuivait ainsi, eut subitement l'hallucination d'un homme et d'une femme placés devant elle; l'homme n'était vu que de l'œil droit, la femme de l'œil gauche; ces hallucinations ne se produisaient qu'à d'assez long intervalles et elles finirent par disparaître.

M. Hammond croit pouvoir conclure de ces observations

(1) Ces conclusions ont été développées dans la thèse de M. Bermont (Doct., Paris, 1885) avec les principales observations et les tracés.

que les centres visuels, acoustiques, etc., droit et gauche sont indépendants, et en allant plus loin que les hémisphères cérébraux le sont; des expériences sur des hystériques (Dumontpallier) paraissent démontrer ce fait. Il n'est pas de l'avis de Régis, qui pense que les hallucinations unilatérales sont dues à une lésion de l'organe sensitif spécial ainsi affecté. Il lui paraît plus rationnel d'admettre que c'est le centre de perception, couche optique, etc., qui est troublé dans son fonctionnement. (*New-York neurological Society*, séance du 1er décembre 1885.)

Charbon interne.

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, qui avait déchargé pendant un jour seulement des peaux venues de Chine et respiré beaucoup de poussière pendant cette occupation. La fièvre était violente; survinrent de l'insomnie, des vomissements, du coma, des accès de convulsions; pendant les deux heures qui précédèrent la mort, la respiration se faisait d'après le type de Cheyne-Stokes. A l'autopsie on trouva des lésions charbonneuses de l'estomac, de l'intestin et du poumon, et une infiltration hémorrhagique des méninges cérébro-rachidiennes. La peau du dos était également le siège d'épanchements hémorrhagiques, et à ce niveau des pustules secondaires de charbon auraient certainement pris naissance si le malade avait vécu. On ne trouva nulle part les bacilles du charbon, probablement déjà détruits par la putréfaction. On ne put découvrir en aucune partie du tégument de traces d'une inoculation; le contage avait donc dû pénétrer par les voies respiratoires. (*Pathological Society of London*, séance du 15 décembre 1885.)

Rhinolithe.

M. *Stoker* présente un rhinolithe provenant d'une femme qui souffrait d'angine granuleuse. Ce calcul n'avait pas donné lieu à des symptômes manifestes; cependant après son enlèvement la pharyngite disparut. Il était formé de lamelles concentriques de phosphate de chaux et avait eu probablement pour noyau un caillot sanguin. Ces sortes de calculs sont rares, on n'en connaît guère, dans la science, que 45 cas. (*Ibid.*)

REVUE DES JOURNAUX

De l'antisepsie en ophthalmologie, par M. J. HIRSCHBERG. — Il n'y a guère qu'une dizaine d'années que les pansements antiseptiques sont employés dans la chirurgie oculaire. Schiess-Gemusæus (de Bâle) recommande l'acide phénique à 1 pour 100 pour la désinfection de l'œil et des instruments; Horner (de Zurich) rejette le spray phéniqué et emploie des pansements humides à l'acide salicylique (1 : 300); il considère le mélange d'acide borique et d'acide salicylique comme l'antiseptique oculaire de l'avenir; Jacobson (de Königsberg) trempe les instruments dans une solution d'acide phénique à 2 pour 100, lave les yeux préalablement avec une solution d'acide borique à 4 pour 100, puis après l'opération applique sur la plaie de l'iodoforme; Alfred Graefe (de Halle) emploie exclusivement la solution de sublimé à 1 pour 5000, à la température du sang. M. Hirschberg emploie la solution de sublimé à 1 pour 1000 pour désinfecter les tables de marbre, laisse séjourner les instruments dans l'alcool absolu; la seringue de verre qui doit servir pour les irrigations de l'œil après l'opération séjourne d'abord dans la solution de sublimé à 1 pour 1000, puis on la remplit avec la solution à 1 pour 5000. Les opérations se pratiquent dans une pièce spéciale exposée au nord, carrelée et peinte à l'huile. Pour chaque nouvelle opération de nouveaux instruments sont employés. La veille, le malade prend un grand bain; après instillation de cocaïne, on lave les paupières et le cul-de-sac lacrymal au moyen de charpie trempée dans la solution de sublimé faible. Pendant l'opération on irrigue peu, s'il s'agit d'une extraction de cataracte; car on a rarement une hémorrhagie même légère dans ce cas; après l'opération, on nettoie et on irrigue, puis on panse avec le coton au sublimé et on fixe au moyen de bandes de gaze au sublimé.

La solution de sublimé à 1 pour 5000 ne produit jamais d'effet fâcheux; on a vu en revanche la solution à 1 pour 1000 provoquer de la kératite.

Les précautions indiquées ci-dessus s'appliquent surtout à l'opération de la cataracte, à l'iridectomie et à l'opération du strabisme. Pour les opérations sur les paupières et l'énucléation, les instruments sont placés dans un vase en verre renfermant une solution d'acide phénique à 2 1/2 pour 100. Pendant l'énucléation on fait des irrigations avec la solution de sublimé à 1 pour 1000; après l'opération, on applique un tampon iodoformé.

Pour les plaies des yeux, M. Hirschberg recommande la solution de sublimé à 1 pour 5000 et comme anodyn la solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100; les plaies profondes de la région oculaire doivent être lavées avec la solution de sublimé à 1 pour 1000, puis réunies par suture; si on ne peut espérer la réunion par première intention, on fait des pansements à l'iodoforme finement pulvérisé.

On a pensé, à la suite de la découverte des gonococcus de la blennorrhée, que pour l'ophthalmie des nouveau-nés le meilleur remède serait l'antiseptique par excellence, la solution de sublimé à 1 pour 1000; il n'en est rien: là où cette solution ne guérit pas, la solution au nitrate d'argent à 2 pour 100 guérit.

Dans la conjonctivite phlycténulaire, M. Hirschberg se sert de l'eau de chlore diluée, comme antiseptique, et en même temps traite la muqueuse pituitaire par l'iodoforme.

L'abcès de la cornée, qu'il faut assimiler à une perte de substance de nature infectieuse, très souvent à une kératomycose, doit être traité par les instillations d'atropine, le pansement antiseptique, etc.; on n'aura recours au feu (galvanocaustique) ou au fer (kératotomie) que si ce traitement reste sans résultat. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 42.)

Epithélioma dans une caverne pulmonaire, par M. C. FRIEDLÆNDER. — Il s'agit d'un malade atteint de phthisie pulmonaire et de pleurésie purulente à gauche; à l'autopsie on trouva, dans une caverne du poumon gauche, un épithélioma qui s'étendait dans la bronche gauche. Aucun fait de ce genre n'a été publié. Comme on admet que, pour se développer, un épithélioma a nécessairement pour point de départ de l'épithélium préformé, que d'autre part la surface ulcérée des cavernes ne présente en général plus d'épithélium (celui des alvéoles), il faut supposer que la tumeur a pris naissance dans la bronche même; mais la muqueuse des bronches ne porte pas d'épithélium pavimenteux; il faut donc admettre ou bien que des germes épithéliaux sont venus tomber là du larynx, ou bien que de l'épithélium pavimenteux s'est formé de toutes pièces sur quelque ulcération tuberculeuse de la bronche; ce fait, quelque anormal qu'il paraisse, a été observé par plusieurs auteurs, entre autres par Griffin, et également pour les ulcérations syphilitiques de la trachée par Ziegler. (*Fortschritte der Medicin*, 1885, n° 10.)

Traitement des affections paludéennes par la quinine et l'arsenic combinés, par M. E. HENSLER, de West-Franklin (Indiana). — L'auteur confirme les bons résultats obtenus antérieurement dans les affections malariennes, par la combinaison de la quinine et de l'arsenic; ce dernier favorise en quelque sorte l'action de la quinine. Le long de l'Ohio s'étendent des terrains bas, appelés « bottoms », qui

sont inondés plusieurs fois l'an. Là règnent des fièvres paludéennes, qui résistent à l'action de la quinine et de la liqueur de Fowler donnés séparément, et qui guérissent sans récidive par l'action combinée de ces médicaments. Il donne matin et soir 1 gramme de quinine et en même temps trois cuillerées à soupe d'une solution de 1 gramme de liqueur de Fowler pour 90 d'eau distillée. (*Allgem. med. Centralzeit.*, 1885, n° 96.)

Cas de trépanation dans l'épilepsie, par M. A. ERLENMEYER. — Il s'agit d'un homme atteint d'épilepsie unilatérale après une chute sur le crâne; les bromures ayant complètement échoué, M. Erlenmeyer proposa la trépanation du crâne; elle fut exécutée par M. Timme, de Coblence; deux fragments osseux, l'un de 2 centimètres de diamètre, l'autre contigu de 1 centim. 1/4 furent enlevés; on ne découvrit aucune lésion ni de la table osseuse, ni de la dure-mère; le périoste avait été conservé. Depuis six mois et demi que l'opération a été pratiquée, le malade n'a pas eu de rechute d'épilepsie. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885, n° 22.)

L'algine. — On donne le nom d'algine au résidu de la préparation de l'iode au moyen de certaines algues marines, par la voie humide. Elle présente une grande ressemblance avec l'albumine, mais ne se coagule pas par la chaleur. En présence des métaux elle forme des alginates, analogues aux albuminates; les alginates alcalins et alcalino-terreux sont solubles, ceux des autres métaux sont insolubles. Les alginates doubles sont faciles à préparer et sont presque tous solubles.

L'algine a une valeur alimentoire incontestable. On pourrait encore s'en servir, à la place de gomme arabique, dans la préparation des produits hygiéniques et médicamenteux. (*The Lancet*, 19 décembre 1885.)

La lantanine. — La lantanine est un nouvel antipyrétique, plus puissant que la quinine, s'il faut en croire MM. Negrete et Buiza, les auteurs de sa découverte. Elle s'extrait d'une plante péruvienne, le *Lantana Brasiliensis*. D'après *El Correo farmaceutico*, cet alcaloïde aurait été administré avec le plus grand succès à trente-deux malades souffrant de pyrexies variées. Un avantage inappréciable qu'il présenterait sur la quinine, c'est qu'il serait très bien supporté par les estomacs délicats.

Les médecins péruviens prescrivent la lantanine à la dose de 10 centigrammes toutes les deux heures; on peut donner dans les vingt-quatre heures jusqu'à 2 grammes. (*The Lancet*, 19 décembre 1885.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies du système nerveux, par M. le docteur J. GRASSET, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 3e édition revue et considérablement augmentée, suivie d'un appendice sur l'électrothérapie en général par le docteur RÉGIMBEAU. Montpellier, C. Coulet. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1886.

Nous n'avons plus à louer ce livre. A deux reprises différentes (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 80 et 1881, p. 62) nous en avons signalé toute la valeur scientifique et tout l'intérêt, et nous pouvons dire aujourd'hui qu'en accordant à cette troisième édition l'une de ses récompenses les plus enviées, l'Académie des sciences n'a fait que confirmer le jugement porté sur l'œuvre du professeur de Montpellier par tous les médecins qui s'intéressent aux études de neuropathologie. Il serait difficile, en effet, de trouver dans la littérature française ou étrangère un traité didactique aussi complet, aussi précis et, ce qui vaut mieux encore, écrit avec une conscience et une loyauté plus parfaites. Tous les travaux dignes d'être cités, quelle que soit la doctrine de leurs auteurs, quelles que puissent être les critiques dont ils restent susceptibles, ont été analysés. M. Grasset, fidèle aux idées qu'il a toujours défendues, reproduit en tête de ce volume ses leçons *De la vie et de la maladie*, et *De la méthode et des classifications en pathologie interne*. Il conserve à cette troisième édition son plan et ses divisions principales, mais il la perfectionne en lui ajoutant tous les développements nécessaires aux questions qui, dans ces dernières années, ont été plus particulièrement étudiées.

C'est ainsi que le chapitre de l'*aphasie* a été tout entier remanié et qu'on y trouve sur la cécité verbale, la surdité verbale et l'aphasie motrice des définitions très claires, un exposé clinique très complet et un tableau schématique indiquant et faisant comprendre les diverses espèces d'aphasie.

Nous ne ferons que signaler, comme ayant aussi reçu de nombreuses additions, les parties de l'ouvrage où se trouvent traitées les lésions des nerfs périphériques dans le tabes, les types myopathiques des atrophies musculaires, la séméiologie des paralysies radiculaires, la cachexie pachydermique, la maladie de Thomsen, etc. Certains paragraphes, comme ceux de l'étude séméiologique de la paralysie de la langue, de l'amblyopie ou de l'hémianopsie d'origine cérébrale sont entièrement nouveaux. Mais nous devons surtout mentionner l'étude attentive, minutieuse de tous les faits relatifs à l'hypnotisme et au somnambulisme provoqué. M. Grasset est un clinicien trop expérimenté, un critique trop soucieux de n'admettre que des faits bien constatés, un esprit philosophique trop rigoureux pour ne pas tenir compte de toutes les objections que l'on est encore en droit de faire à certaines expériences pratiquées sur des hystériques en vue de déterminer certains phénomènes de suggestion. Le chapitre qu'il a consacré à cette vaste et si intéressante question de l'hypnotisme est donc plutôt encore historique que critique. L'auteur n'expose que les faits acceptables. Il laisse de côté tous ceux qui lui semblent exagérés ou erronés. On peut donc trouver dans les pages qu'il consacre à ce sujet, après un long historique, un exposé très précis des moyens qui servent à déterminer l'hypnose et une étude suffisamment complète des symptômes observés durant le sommeil hypnotique. Etudiant les avantages et les dangers au point de vue médico-légal des pratiques de l'hypnotisme, M. Grasset arrive, d'accord en cela avec Braid lui-même, à cette conclusion que le magnétisme n'est pas trop à répandre, que c'est une pratique scientifique médicale, qui doit rester telle sous peine de devenir nuisible et dangereuse. On ne saurait trop approuver ces réserves, tout en louant le soin attentif avec lequel un maître, dont on ne saurait suspecter la crédulité, s'est efforcé de bien faire ressortir ce qui doit être considéré comme acquis au point de vue scientifique dans ces études si difficiles à juger sans parti pris.

Ajoutons, en terminant, que M. Grasset a confié à son collègue le docteur Regimbeau la rédaction d'un appendice consacré à l'étude des principes généraux d'électrothérapie applicables aux maladies du système nerveux. Ce travail, qui complète le traité des maladies du système nerveux, méritait la mention si flatteuse qui en a été faite dans la préface.

L. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS

AVIS. — Pour ce qui concerne la Faculté de médecine de Paris voir au verso de la couverture.

FACULTÉ DE MÉDECINE. CONCOURS D'AGRÉGATION. — Voici la liste des médecins déclarés admissibles avec l'indication de leurs sujets de thèses : MM. Ballet : Langage intérieur et diverses formes de l'aphasie. — Barth : Le sommeil non naturel ; ses diverses formes. — De Beurmann : De la médication abortive. — Brissaud : Paralysies toxiques. — Chauffard : Des crises dans les maladies. — Déjerine : De l'hérédité dans les maladies du système nerveux. — Gaucher : Pathogénie des néphrites. — Letulle : Des pyrexies abortives. — Boinet : Parentés morbides. — Grenier : Sous-luxations dans les maladies nerveuses. — Lober : Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique. — Lannois : Nosographie des chorées. — Lemoine : Anesthésie médicale. -- Moussous : De la mort chez les phthisiques. — Parisot : Pathogénie des atrophies musculaires. — Sardat : Des migraines. — Simon : Des fractures spontanées. — Weill : Des vertiges. — Dubreuilh : Des immunités morbides. — Brousse : De l'involution sénile. — Chuffard : Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 10 janvier 1886, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne. Il traitera de la folie circulaire.

— M. le docteur Borel est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Mergier, des fonctions de préparateur des travaux pratiques de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. le docteur Bousquet, ancien agrégé du Val-de-Grâce, est institué suppléant des chaires de pathologie et de chimie chirurgicales et obstétricales.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. le docteur Deroye est maintenu dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes jusqu'à la fin du concours ouvert pour pourvoir à cet emploi.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Chédevergne, professeur de clinique externe, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Deschamps, licencié ès sciences physiques, est chargé du cours de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. Dumont, agrégé des sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Lamic, pharmacien supérieur de première classe, chargé du cours d'histoire naturelle médicale, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Danner, professeur de physiologie, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté représentée par une commission composée de MM. Béclard, doyen, Regnault, Hardy, Ball, Panas, Laboulbène, Brouardel, Tarnier et Lannelongue, professeur, n'a pas décerné, pour l'année scolaire 1884-1885, le prix Montyon; mais elle a accordé une récompense de 350 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Séjournet, de Révin (Ardennes), pour son ouvrage intitulé *De la congestion pulmonaire active et principalement de la fluxion de poitrine comparée à la pneumonie franche.*

Le prix Barbier n'a pas été décerné non plus, et sa valeur, soit une somme de 2000 francs, a été attribuée conformément aux dispositions testamentaires, à la bibliothèque de la Faculté, pour achat de livres.

Le prix Corvisart n'a été disputé par aucun candidat. La question mise au concours pour l'année scolaire 1885-1886 est : Causes de la mort dans les maladies infectieuses.

La Faculté a décerné les récompenses suivantes aux docteurs en médecine dont les noms suivent pour les thèses soutenues pendant l'année scolaire 1884-1885 :

Médailles d'argent. — MM. Bruneau, Charrin, Doyen (Louis), Lejard, Pichon, Pignot, Real-y-Beiro, Tissier, Walter, Wassermann.

Médailles de bronze. — MM. Babinski, Bermonts, Bernard (Antoine), Bonnaire, Bougier, Chevy, Darier, Doyen, Fournel, Gautrez, Gervais, Hulin, Juranville, de Molènes-Mahon, Richardière, Rouillard, Suchard, Tapic, Valude, Viron.

Mentions honorables. — MM. Arduin, Artaud, Barbe, Barbulée dit Bulot, Bernard (Léon), Bonfils, Chpolianski, Cohen, Collin, Cormack, Delon, Deschamps, Duchesne, Durand, Durian, Fradet, Fouchard, Gosset-Deslonchamps, Hollenfeltz, Inglessis, Jean, Lainey, Lebreton, Ménard, Monnet, Montagne, Œttinger, Pedrono, Pérochaud, Peugniez, Prieur, Ricard, Rifat, Rigolot, Sapelier, Secretan, Sené, Tuffier.

HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Vulpian a donné sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu. Il a été remplacé, nous l'avons dit, par M. Mesnet.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — Ce concours s'est terminé mardi par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Vignard, Nicolle, Vignalou, Jacquinot, Hudelot, Springer, Drouhet, Chevalier, Lion (Camille), Dautigny.

11. MM. Régnault, de Fleury, Legueux, Jondreau, Legry, Mouls, Cazals, Coffin, Tissier, Jonneser.

21. MM. Rollin, Prideau, Retoul, Wickham, Janet, Thiéry (Paul-Louis), Grandhomme, Parmentier, Gautier, Deroche.

31. MM. Pinel-Maisonneuve, Témoin, Cousin, Kaussade, Bouisson, Delagenère, Bruhl, Legrand, Baudouin, Mantel.

41. MM. Maurin, Laskin.

Internes provisoires. — 1. MM. Lyon (Gaston-Raphaël), Isch-Wall, Conzette, Hautecœur, Thouvenet, Pallier, Despaigne, Iscovesco, Cohen, Sardou.

11 Mathieu-Sicaud, Mlle Klumpke, Bataille, Boulay, de Grandmaison, Dupré, Reblaud, Pfender, Bellangor, Le Noir.

21. Dagron, Mauny, Bourges, Roussan, Melchior-Robert, Macry, Gommière, Sollier, Charier (Charles), Thiéry (Adrien).

31. Lefèvre, Gautier (Jean), Wassilief, Thomas, Thibaut, Laffitte, de Lostalot-Bachoué, Besançon, Bouchut, Garnier.

41. Raoult, Thierry (Frédéric), Couderc, Evrain, Mauclaire, Arnould, Mosny, Bernheim, Alexaudre, Souplet.

51. Aubert, Courtois, Baumgarten, Pilliet, Oustaniol, Dussaud.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'administration de l'Assistance publique, à Paris, a décidé que les deux services de chirurgie de l'hôpital Lariboisière seraient très prochainement dédoublés pour la création : 1° d'un troisième service exclusivement réservé aux hommes ; 2° d'un service spécial d'ophthalmologie avec traitement externe.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — Nous avons reçu du bureau de l'Association générale une circulaire relative à l'élection de son président. Cette élection, qui doit se renouveler tous les cinq ans, aura lieu le 18 mars 1886.

Toutes les Sociétés locales devront donc se réunir à cette date pour pouvoir, conformément à l'article 9 des statuts, élire le président général de l'Association.

Afin de leur permettre d'utiliser le mieux possible cette réunion extraordinaire, il sera adressé à chaque Société et quelques jours à l'avance, les deux rapports préparés par les commissions spéciales auxquelles a été renvoyée l'étude des vœux pris en considération par l'assemblée générale de 1885, et qui ont pour objet, l'un le projet de création d'un ordre de médecins, l'autre la question des déclarations de décès dans ses rapports avec le secret médical. Chaque Société aura ainsi le loisir d'étudier complètement ces deux rapports, avant la prochaine assemblée générale qui aura lieu à Paris le 2 et le 3 mai 1886.

L'Association générale appelle encore l'attention sur une question d'une grande importance. A la suite de la confirmation, par la Cour de cassation, du jugement de Domfront et de l'arrêt de la Cour de Caen relatifs aux syndicats médicaux, plusieurs Sociétés locales ont exprimé le vœu que l'Association générale des médecins de France s'adressât au Parlement en vue d'obtenir que le

bénéfice de la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels, fût étendu aux membres des différentes professions libérales et notamment aux membres du Corps médical. Une demande d'intervention, dans le même sens, a été adressée au conseil général, par M. le président de l'Union des syndicats médicaux de France. Au lieu d'agir par lui-même, le Conseil a pensé que c'était à la prochaine assemblée générale de l'Association qu'il appartenait de se prononcer sur la conduite à tenir dans cette circonstance. Il convient donc que chaque Société locale se prépare à faire connaître son opinion à cet égard, par le ou les délégués qui seront chargés de la représenter dans les séances des 2 et 3 mai 1886.

Quant à ce qui concerne l'élection du président, le dépouillement des votes sera fait par les soins d'une commission spéciale que le conseil général a nommée dans sa séance du 8 courant et qui se compose de MM. Bergeron, Boutin et Martineau. C'est au secrétaire de cette commission, M. le docteur Martineau, rue Cambon, n° 24, à Paris, que devront être adressés, le plus tôt possible, les procès-verbaux des élections de chacune des Sociétés locales composant l'Association. Chaque procès-verbal devra indiquer le total des votants, et le nombre de voix obtenues par les différents candidats.

Rappelons enfin que, d'après l'article 10 des statuts de l'Association générale, le président en fonctions est toujours rééligible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (Séance du vendredi 22 janvier). — *Ordre du jour :* M. Dieulafoy : Cancer de la plèvre; pleurésie hémorrhagique. — M. Robin : Influence de l'eau sur la nutrition et le traitement de l'obésité.

PROJETS DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — M. Chevandier a déposé sur le bureau de la Chambre des députés, le rapport sommaire de la première Commission d'initiative parlementaire sur la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine, dont l'honorable député et plusieurs de ses collègues avaient déjà pris l'initiative dans la précédente législature. Un autre projet, plus restreint, a été déposé par M. Weckersheimer et quelques-uns de ses collègues : il s'agit d'octroyer aux officiers de santé le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. On sait que le projet de M. Chevandier demande la suppression de l'officiat.

M. le ministre du commerce a, de son côté, dès avant la réunion, chargé le Comité consultatif d'hygiène publique d'élaborer un projet sur l'exercice de la médecine. Une Commission d'étude a été nommée; le rappport que préparent en son nom MM. Brouardel et A.-J. Martin, sera bientôt soumis au Comité. Si nos informations sont exactes, ce rapport, et le projet qui en est le complément, maintiendraient l'officiat, en raison de la pénurie croissante des médecins et étendraient même le droit d'exercice pour les officiers de santé nommés sous le régime du décret de 1883 à tout le territoire de la France, avec les autres réserves prescrites par la loi de ventôse an II.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — M. le docteur Delaporte est nommé médecin de la Préfecture de la Seine, en remplacement de M. le docteur Worms, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite; M. Delaporte est désigné pour remplir les fonctions de médecin en chef de l'octroi de Paris.

VARIOLE. — Une épidémie de variole sévit, en ce moment, sur la classe ouvrière de Marseille. Des mesures sont prises pour entraver la propagation du mal; la municipalité va ordonner l'ouverture de huit bureaux de secours pour vaccination publique.

Le maire a télégraphié à M. Blot, président de la commission de vaccine à l'Ecole de médecine, à Paris, et au directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour obtenir du vaccin en quantité suffisante.

INSTITUT PASTEUR A NEW-YORK. — On vient d'ouvrir à New-York, sous le nom d'*Institut Pasteur*, un établissement destiné à l'étude de la rage ainsi que de toutes les maladies susceptibles d'être guéries par les inoculations.

TRAITEMENT DE LA RAGE. — Il a été déposé au conseil municipal de Vienne une proposition appuyée par plusieurs conseillers municipaux et tendant à ce qu'il soit envoyé à Paris, et aux frais de la ville de Vienne, un médecin chargé d'étudier auprès de M. Pasteur le traitement appliqué à la rage par l'illustre savant. Cette proposition a été renvoyée à la commission sanitaire.

— M. Pasteur vient de recevoir de M. le comte de Laubespin une somme de 40 000 francs pour l'aider à étendre le cercle de ses opérations en faveur des malheureux atteints de la rage.

HOSPICE DEBROUSSE. — Aux termes d'un décret rendu le 10 décembre 1885, le Conseil d'Etat entendu, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris (Seine), est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs résultant, en faveur de cette administration, de la disposition par laquelle la dame Alquier, née Marie-Catherine Dehrousse, suivant son testament olographe du 23 mars 1882, a stipulé que le restant de sa fortune, évalué à plus de cinq millions, devra être employé à la construction et l'établissement d'un hospice à Paris.

MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DE BRETONNEAU, VELPEAU ET TROUSSEAU. — La Société locale de médecine d'Indre-et-Loire a décidé, dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir une souscription en vue d'élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau.

Elle a pensé « que toutes les Sociétés savantes de France, que toutes les Facultés et Ecoles de médecine, que toutes les Sociétés locales agrégées à l'Association générale, que tous les anciens élèves de ces illustres maîtres tiendraient à honneur de participer à ce juste tribut offert à la mémoire de savants glorieux qui n'ont pas seulement honoré leur pays natal, la Touraine, mais encore porté au loin le renom de la médecine française ».

Un comité de souscription composé d'anciens élèves de Bretonneau, Velpeau et Trousseau a été constitué à Paris pour faire œuvre de propagande.

Ce comité est ainsi composé : MM. Peter, président; Blondeau, Bouchard, Damaschino, Desprès; Dieulafoy, secrétaire ; Dumontpallier, Guyon, Ed. Labbé, Martineau, E. Moynier, Vidal.

Les souscripteurs sont priés d'envoyer leur cotisation à l'un des membres du Comité, qui se chargera de la transmettre au comité de Tours, représenté par M. le professeur L. Thomas, à Tours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Trapenard (de Bellenaves), Guillemaut (de Louhans), Fourrier (de Serrouville) et de M. Colombié, interne des hôpitaux de Montpellier; de M. le docteur H. Nadaud, président de la Société de gymnastique d'Angoulême.

MORTALITÉ A PARIS (1re semaine, du 3 au 9 janvier 1886). — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 5. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 14. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 44. — Choléra, 0. — Dyssentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 34. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 67. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 121. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 24; au sein et mixte, 20; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 85; de l'appareil respiratoire, 81; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 10; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 19. — Total : 1126.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (tome II) (1884-1885), par M. S. Jaccoud, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8 avec 36 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 15 fr.

Médecine clinique, par MM. le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave. Tome III. Des maladies simples du poumon, asthmes pneumobulbaires, asthme cardiaque, congestions, hémorrhagies et induration du poumon, lésions des plèvres, par M. le professeur G. Sée. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

4930. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

BULLETIN

Académie de médecine.

Répondant à son tour à M. M. Perrin, M. Panas est venu affirmer que la panophthalmie, jadis très fréquente, ainsi que le démontrent les statistiques françaises et étrangères, et devenue plus rare lorsque de Græfe eut imaginé l'iridectomie, peut être presque supprimée par la méthode des lavages intra-oculaires. C'est donc à ses procédés d'antisepsie étendus, non seulement à la surface de la cornée, mais jusque dans la chambre antérieure, que M. Panas attribue tous les succès qu'il a obtenus, et en particulier les guérisons rapides sans aucun des processus réactionnels qui si souvent jadis venaient compromettre l'opération de la cataracte.

Après avoir entendu ensuite un rapport de M. Polaillon sur deux observations dues à M. le docteur Vaslin (d'Angers), l'Académie a écouté avec l'intérêt qu'elle mérite et accueilli par d'unanimes applaudissements la lecture faite par M. A. Gautier de la dernière partie de son mémoire sur les ptomaïnes et les alcaloïdes physiologiques. Nous aurions aimé à faire ressortir, dès aujourd'hui, les conséquences si importantes, au point de vue de la pathologie générale, de ces remarquables travaux. Mais il nous a paru plus utile de demander à un savant bien connu par tous ceux qui suivent les études de toxicologie et de chimie biologique d'écrire pour la *Gazette hebdomadaire* un article d'ensemble sur le sujet qui vient d'être traité devant l'Académie.

On trouvera donc dans le prochain numéro non seulement une appréciation des nouvelles découvertes de M. A. Gautier, mais encore un résumé historique et critique de cette question si intéressante, que M. le docteur Gabriel Pouchet a contribué, lui-même, par ses travaux personnels, à mieux faire connaître.

Dans cette même séance, l'Académie a nommé associé national et correspondant nos savants amis MM. Tholozan (de Téhéran) et J. Arnould (de Lille).

Deux nouveaux hypnotiques : l'hypnone et l'uréthane.

Depuis quelques mois les recherches faites en vue de déterminer l'action hypnotique d'un certain nombre de nouveaux médicaments se sont beaucoup multipliées. Il en résulte que l'étude publiée dans les nos 44, 45 et 46 de l'année dernière doit être complétée. Nous signalerons toutefois très brièvement aujourd'hui ce qui a trait à l'hypnone et à l'uréthane. On verra plus loin, en effet, que relativement au premier de ces deux médicaments, désigné encore sous le nom d'*acétophénone* (voy. p. 58), il existe un certain désaccord entre les résultats obtenus par divers observateurs. Quant à l'uréthane, elle est moins connue encore.

Rappelons donc simplement que dans un premier mémoire communiqué à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine (*Gaz. hebd.*, 1885, p. 745) MM. Dujardin-Beaumets et Bardet avaient exposé le résultat de leurs recherches sur l'acétophénone ou phénylméthylacétone ou encore phénylméthylcarbonyle, qu'ils désignaient sous le nom d'hypnone. Tout récemment (*Bull. de thérapeutique*, 15 janvier 1886) les mêmes savants ont précisé leurs conclusions et écrit l'histoire thérapeutique de ce nouveau produit. Citant, avec ceux qui leur sont personnels, les travaux de MM. Grasset, Laborde, Mairet et Combemale, Dubois et Bidot, MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet ont indiqué l'action physiologique et toxique déterminée par le médicament sur les animaux; puis, examinant les effets qu'il peut produire sur l'homme, ils sont arrivés à cette conclusion : que l'hypnone administrée en capsules et à la dose de 20 à 40 centigrammes n'a jamais produit chez l'homme d'autre symptôme appréciable que le sommeil; que, par conséquent, c'est un hypnotique qui combat surtout l'insomnie nerveuse ainsi que celle qui est causée par les excès alcooliques ou les travaux intellectuels trop prolongés. Bien que les effets hypnotiques de l'hypnone soient loin d'être constants et que l'on puisse voir des

personnes absolument rebelles à cet agent, qui paraît favoriser plutôt que provoquer le sommeil puisque, aux doses thérapeutiques de 20 à 40 centigrammes, il n'est ni analgésique, ni anesthésique, l'hypnone, disent MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet, agit surtout dans l'insomnie nerveuse. Elle est égale et même supérieure aux autres hypnotiques lorsque l'insomnie est due à des excès alcooliques ou à l'excès de travaux intellectuels. Sous ce rapport les observations de MM. Huchard et Labbé confirment celles que nous venons de rappeler. Mais il faut, pour qu'il en soit ainsi, qu'il ne s'agisse pas de morphiomanes et, de plus, que le médicament soit administré par doses massives et non fractionnées, enfin qu'il soit absorbé au moment où le malade doit dormir. Bien des circonstances peuvent donc influer sur son action. Filehn (d'Erlangen), qui a expérimenté l'acétophénone sur la demande de M. Dujardin-Beaumetz, n'a obtenu aucun succès. Peut-être ces résultats négatifs, aussi bien que ceux que signalent aujourd'hui MM. Mairet et Combemale, tiennent-ils à des causes dépendant des malades sur lesquels on opère plus encore que du médicament lui-même.

Le second médicament que nous devons citer, l'uréthane, a été essayé dans l'insomnie des cardiaques par M. Rob. Saundry (*The Lancet*, 19 déc. 1885), qui, n'ayant eu à se louer ni du chloral ni de la paraldéhyde, a expérimenté ce nouveau produit. Kobert lui assigne la formule suivante : AzH^2,CO^2,C^2H^5. Jaksch (de Vienne), qui le premier l'a expérimentée, a constaté que, donnée à la dose de 5 grammes par kilogramme du corps d'un animal, elle ne produit pas d'effet toxique. Il l'a prescrite à deux malades atteints, l'un d'endocardite avec insuffisance mitrale, l'autre d'anévrysme, et a réussi à vaincre l'insomnie dans les deux cas; la dose était de 50 centigrammes. M. Saundry l'a employée à son tour dans un cas d'insuffisance mitrale et aortique, avec congestion pulmonaire, hémoptysie, épanchement pleurétique et œdème des jambes; le malade, à peine endormi, était réveillé par un accès de suffocation; depuis trois nuits il n'avait presque pas dormi; sous l'influence de l'uréthane, donnée à la dose de 13 centigrammes, le malade dormit bien les nuits suivantes et l'état général s'améliora; le succès fut le même dans un cas de dilatation du cœur avec insuffisance mitrale, affaiblissement et irrégularité des contractions du muscle cardiaque. Il semble donc résulter de ces observations que l'uréthane mérite d'être expérimentée dans certaines formes de l'insomnie et qu'on trouvera peut-être dans ce nouveau médicament un hypnotique assez utile.

Physiologie pathologique: Contribution à l'étude des signes physiques des anévrysmes thoraciques (1).

L'étude d'un assez grand nombre de cas d'anévrysmes de l'aorte et de ses branches, poursuivie depuis 1877, grâce au concours obligeant de plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux (1), m'avait fourni des documents que j'ai été heureux de mettre à la disposition de M. Marc Bermont dans le courant de l'année dernière; M. Bermont en a fait l'objet de sa thèse de doctorat (2), en y ajoutant le fruit de ses recherches personnelles. Son travail me fournit l'occasion de réunir dans cet article les principales conclusions de mes observations et des expériences qu'elles m'ont conduit à exécuter.

C'est surtout l'examen des signes physiques accessibles aux appareils enregistreurs que je me suis attaché à poursuivre, désirant apporter ainsi quelques éléments complémentaires au diagnostic différentiel des tumeurs anévrysmales et à celui de leur siège sur telle ou telle portion de l'aorte ou des artères qui en émanent; je crois, en effet, que bien souvent l'application à cette recherche de la méthode graphique, si merveilleusement adaptée par M. Marey à l'exploration de l'appareil circulatoire, est appliquée à rendre de réels services: en associant ces procédés d'analyse à ceux que la clinique met à la disposition du médecin, on peut arriver à obtenir des indications précises sur le siège, le volume, le degré d'extensibilité, l'évolution d'une tumeur anévrysmale; on peut aussi déterminer l'existence ou l'absence de telle ou telle lésion concomitante du cœur, et le degré d'influence que la lésion cardiaque, quand elle existe, exerce sur les effets circulatoires généraux ou localisés de l'anévrysme, etc. Bien que, de toute évidence, ces études n'aient encore fourni qu'une faible partie des résultats qu'on est en droit d'en attendre, je crois que quelques-uns de ceux qui ont été obtenus déjà, présentent un certain intérêt pratique: je me bornerai à l'exposé de ces faits positifs, réservant pour des recherches ultérieures l'analyse de ceux qui ne me paraissent pas encore suffisamment établis.

I. PROCÉDÉS D'ÉTUDE. — L'application des appareils enregistreurs à l'examen de l'appareil circulatoire chez un sujet atteint ou soupçonné porteur d'un anévrysme des grosses artères, ne diffère qu'en quelques points de celle qui a été conseillée par M. Marey pour l'étude des troubles produits par les affections du cœur (3): c'est toujours à l'exploration simultanée des mouvements du cœur et des pulsations artérielles qu'on a recours. Un appareil explorateur des battements du cœur étant appliqué sur la région où se fait le mieux sentir la pulsation, un sphygmographe est mis en rapport avec une artère : les deux mouvements se transmettent à courte distance chacun à un appareil inscripteur différent (tambour à levier de Marey), qui enregistre, sur le papier enfumé du cylindre animé d'une rotation régulière et assez rapide, la courbe des pulsations cardiaques et celle des pulsations artérielles. On a ainsi l'indication écrite de deux phénomènes mécaniques, dont l'un commande à l'autre et qui se succèdent à un intervalle plus ou moins grand, suivant la distance à laquelle se trouve le point exploré du système artériel par rapport au cœur: ce *retard du pouls*, dont l'évaluation a une grande importance dans l'étude dont il s'agit, est facilement mesurable, grâce à l'inscription simultanée des divisions du temps au moyen d'un signal électro-magnétique de Deprez, mis en rapport avec un diapason donnant 100 battements par seconde; l'écart entre le début de la pulsation

(1) Cet article est la reproduction développée d'une communication d'ensemble faite à la Société de biologie dans la séance du 9 janvier 1886 et dont il a été seulement fait mention dans le compte rendu de la *Gazette*. Les résultats groupés dans cette note ont été, en partie, présentés déjà dans différentes notes ou mémoires publiés dans le *Journal de l'anatomie* de Robin (mars 1878, mars 1879), dans les *Bulletins de la Société de biologie* (mars, avril, décembre 1878) ou dans mes leçons au Collège de France (cours inédit, 1882).

(1) Je dois tout particulièrement remercier de l'aimable empressement avec lequel ils m'ont aidé à poursuivre ces études, MM. B. Ball, Bernutz, Bucquoy, Dujardin-Beaumetz, Debove, Gingeot, Panas, C. Paul, Potain, Terrier, Trélat et Verneuil.

(2) Marc Bermont, thèse de doctorat. Paris, 1885.

(3) Marey, *La méthode graphique*. Paris, G. Masson, 1878; *De la circulation du sang*, Paris, G. Masson, 1881.

du cœur et le début de la pulsation artérielle se trouvera représenté sur le tracé par un nombre variable de centièmes de seconde, selon le cas. Si l'on compare le pouls de deux artères symétriques, explorées en des points semblables, on devra toujours trouver le même retard du pouls sur le cœur, à moins qu'une influence telle que celle d'un anévrysme placé sur le trajet de l'une des deux artères ne se fasse sentir en augmentant le retard du pouls de l'artère correspondante. De même, s'il y a anévrysme aortique siégeant à l'origine du vaisseau, le pouls de toutes les artères retardera sur le cœur d'une quantité plus grande qu'à l'état normal. Dans tous les cas, la valeur de l'exagération du retard sera, dans une certaine mesure, proportionnelle à la capacité de la tumeur anévrysmale. Ces exemples montrent déjà l'intérêt des explorations graphiques simultanées ; nous aurons bientôt à tirer de cet examen les conclusions qu'il comporte. Ajoutons que l'exploration des battements de la tumeur anévrysmale est également féconde en renseignements : elle permet d'apprécier les soulèvements multiples dont cette tumeur est presque toujours le siège, de déterminer le temps que met à lui parvenir l'ondée sanguine envoyée par le cœur, et ce temps est nécessairement d'autant plus prolongé que la tumeur siège en un point de l'aorte ou de ses branches plus éloigné du cœur : c'est dire qu'on trouve dans cette nouvelle exploration d'utiles indications sur le siège précis de la tumeur.

Il est, enfin, d'un grand intérêt de mesurer, s'il se peut, l'étendue des expansions des tumeurs anévrysmales et de pouvoir les comparer à elles-mêmes aux différentes périodes d'une observation ; dans ce but, j'ai disposé un appareil volumétrique très simple et qui consiste en une calotte de gutta-percha, reproduisant à peu près le moule de la portion saillante de l'anévrysme ; cette calotte est munie à sa base d'une mince membrane de caoutchouc soufflé, s'invaginant dans la cavité de l'appareil quand on en coiffe la tumeur et destinée à empêcher l'écoulement au dehors de l'eau qu'on y verse par un tube fixé au point culminant du moule de gutta. Ainsi disposé, l'appareil permet de mesurer, par le déplacement de l'eau dans le tube gradué qui le surmonte, la valeur cubique de chaque expansion de l'anévrysme ; on peut aussi déterminer le volume de la saillie que fait la tumeur à la surface du corps en procédant de la façon suivante : après l'avoir appliqué sur la tumeur et avoir noté à quel niveau maximum s'élevait l'eau dans le tube gradué, on enlève l'appareil et on le dépose sur une table : la membrane devient alors horizontale en s'appliquant sur une surface plane au lieu d'être refoulée par la convexité de l'anévrysme et l'eau n'occupe plus qu'une partie de la cavité du moule ; la quantité d'eau qu'il faudra surajouter pour ramener le niveau au point qu'il occupait dans le tube gradué quand l'appareil était en place, correspondra précisément au volume cherché. On aura ainsi deux mesures précises, celle de la saillie maxima de la tumeur et celle de ses expansions ; si, au cours de l'observation, sous l'influence d'un traitement approprié, les parois de la tumeur se renforcent et cèdent moins facilement à la poussée sanguine, les examens successifs qu'on pourra pratiquer, montreront une diminution des expansions ; de même, si la tumeur en durcissant se rétracte, il sera facile de déterminer la diminution de son volume en renouvelant l'expérience de l'addition de l'eau. Enfin, ce même appareil peut aisément se transformer en un appareil enregistreur des expansions de la tumeur (en un *anévrysmographe*), si le tube qui le surmonte est mis en communication avec un tambour à levier au moyen d'un tube de caoutchouc. C'est ainsi que j'ai souvent enregistré, en même temps que les pulsations du cœur, les expansions des tumeurs anévrysmales.

II. Exposé des principaux résultats fournis par l'application des procédés graphiques a l'étude des anévrysmes. — Pour abréger autant que possible l'exposé des faits que l'emploi des procédés indiqués plus haut m'a permis de constater, je présenterai ces résultats sous la forme de propositions, en accompagnant chacune d'elles, s'il y a lieu, de l'indication des opinions concordantes ou contradictoires. Ces propositions sont groupées en plusieurs séries.

§ 1. *Analyse des battements des tumeurs anévrysmales.* — N° 1. — Les battements ou mouvements d'expansion des tumeurs anévrysmales faisant saillie à l'extérieur ou soulevant la paroi thoracique ont les mêmes caractères que les pulsations (changements de pression) aortiques, telles que les ont fixées les expériences cardiographiques de Chauveau et Marey : l'anévrysme de l'aorte n'est, en effet, qu'une sorte de *hernie aortique* qui met la paroi du vaisseau à la portée de l'examen direct.

N° 2. — Cette identité de caractères n'existe que dans les anévrysmes *types*, c'est-à-dire dans les tumeurs à parois extensibles, non renforcées d'une couche épaisse de caillots fibrineux, dont la cavité communique assez largement avec celle de l'artère, et qui ne sont accompagnées d'aucune lésion valvulaire du cœur capable de modifier la forme des battements anévrysmaux.

N° 3. — La palpation permet *souvent* de constater l'existence de doubles battements ; l'examen graphique fournit *toujours* l'indication de ces battements redoublés, et même celle de trois soulèvements de la courbe des pulsations anévrysmales.

N° 4. — Des trois soulèvements révélés par les appareils enregistreurs, *les deux premiers* coïncident avec la systole ventriculaire : ils sont dus à une expansion en deux temps du sac anévrysmal ; cette double expansion elle-même est la conséquence de la pénétration en deux temps du sang lancé par le ventricule gauche. Si le doigt ne dissocie pas toujours les deux battements d'expansion, c'est que parfois ils se succèdent trop rapidement pour que la sensation tactile produite par le premier battement ait disparu ou soit suffisamment atténuée quand le second se produit.

N° 5. — Le *troisième soulèvement* ne fait pas partie de la période d'expansion de l'anévrysme ; il vient immédiatement après, et coïncide avec l'affaissement des sigmoïdes aortiques, dont il démontre l'occlusion régulière : sa présence est un bon signe ds *suffisance* aortique et permet, dans les cas douteux, de ne pas attribuer à un reflux le souffle diastolique qui se produit souvent au niveau de la poche anévrysmale (voy. n° 12).

N° 6. — Les soulèvements doubles (ou triples) de la paroi anévrysmale ne sont pas spéciaux, comme on l'a dit, aux anévrysmes de l'aorte elle-même ; on les retrouve sur les tumeurs formées aux dépens des grosses artères voisines (tronc brachio-céphalique, carotides et sous-clavières à leur origine).

L'interprétation donnée plus haut (nos 4 et 5) s'écarte de celle qui est généralement admise pour les doubles battements anévrysmaux. Depuis que Stokes a découvert, en 1833, l'existence de pulsations redoublées dans les anévrysmes de l'aorte thoracique, et que Gendrin les a retrouvées, en 1843,

dans les tumeurs de l'aorte abdominale, on a presque toujours attribué le second battement au *reflux du sang* de l'aorte dans le sac anévrysmal; on a pensé que pendant l'affaissement de la poche qui succède à son expansion, le retrait élastique des artères provoquait une nouvelle projection sanguine dans la cavité anévrysmale; sans discuter le peu de vraisemblance de cette interprétation, il suffit de rappeler que le second soulèvement fait partie de la période d'expansion et se produit pendant que le ventricule gauche continue à pousser le sang dans les artères. Ce fait, révélé par l'inscription simultanée des mouvements expansifs de la tumeur et des pulsations cardiaques, montre bien que le redoublement dont il s'agit ne peut être dû à la régurgitation du sang de l'aorte puisqu'il est systolique et qu'au même moment les artères sont tendues tout comme le sac anévrysmal.

§ 2. *Rapport des bruits anévrysmaux et des battements.* — N° 7. — Sans insister sur les phénomènes d'auscultation très étudiés déjà, je dirai seulement que le second souffle si fréquemment perçu au niveau des tumeurs anévrysmales et au sujet duquel on a beaucoup discuté, peut reconnaître plusieurs mécanismes : 1° il peut résulter du renforcement de la pénétration du sang dans le sac, auquel cas il coïncide avec le deuxième soulèvement; 2° il peut être plus tardif, n'apparaître que dans la période d'affaissement et résulter alors soit du retour du sang dans l'artère (cas des anévrysmes disséquants, Marey), soit d'une insuffisance aortique concomitante, soit (comme j'ai observé le fait avec M. Potain) du déplacement de l'air dans la portion de poumon brusquement décomprimée par le retrait élastique de la poche anévrysmale. Le moment d'apparition du souffle et la présence ou l'absence des signes spéciaux de l'insuffisance aortique permettent le plus souvent de préciser à quelle variété on a affaire.

J'ajoute que le souffle diastolique dû au reflux aortique s'exagère et prend une tonalité plus haute quand on augmente la poussée artérielle par la compression des fémorales (manœuvre qui ne serait pas sans inconvénients si on la prolongeait, à cause de la haute pression intra-cardiaque qu'elle détermine très vite), tandis que la même expérience diminue le souffle de rentrée dans l'aorte et le souffle extra-anévrysmal.

§ 3. *Moment d'apparition du début de l'expansion anévrysmale par rapport au début de la systole ventriculaire. — Indications qui résultent de cette notion.* — N° 7. — Le début de l'expansion anévrysmale présente toujours un *retard*, très facilement mesurable à l'aide de l'inscription simultanée, sur le début de la systole ventriculaire : le peu de durée de l'intervalle qui sépare les deux mouvements successifs a fait admettre à tort qu'il y a *synchronisme* entre la systole du cœur et l'expansion anévrysmale aortique. Cela tient à ce que le toucher ne dissocie pas deux impressions qui se succèdent aussi rapidement. Les mensurations chronographiques permettent d'évaluer le retard de l'expansion anévrysmale à 3 à 5 centièmes de seconde, en moyenne, pour les anévrysmes de la portion ascendante de l'aorte. C'est le retard minimum, car, dans ce cas, l'orifice de la tumeur est situé au voisinage immédiat du cœur; ce temps augmente proportionnellement à la distance qui sépare l'orifice aortique de la tumeur quand celle-ci siège en des points variés de l'aorte ou sur les branches que fournit cette artère. On peut dire, d'une façon générale, que le retard de l'expansion anévrysmale est sensiblement égal à celui que présenterait le début de la pulsation explorée au même niveau sur l'artère normale. De là une indication assez précise pour le diagnostic du siège de la tumeur.

N° 8. — Le retard de la pulsation anévrysmale est constitué, comme celui de toute pulsation artérielle, par deux facteurs : 1° le temps nécessaire au ventricule gauche pour acquérir le degré de tension intérieure nécessaire à soulever les sigmoïdes, en d'autres termes à surmonter la pression aortique. Ce temps, variant en sens inverse de la résistance aortique, ainsi que l'a montré M. Marey, est seul à considérer quand on a affaire à un anévrysme siégeant au voisinage de l'orifice aortique. C'est lui qui est représenté par les 3 à 5 centièmes de seconde dont il a été question plus haut (n° 7).

2° Le second facteur qui entre dans la formation du retard, correspond à la durée du transport de l'onde sanguine entre l'orifice aortique et le point d'implantation de la tumeur : il varie nécessairement avec la longueur du trajet à parcourir (1).

N° 9. — Il suit de cette décomposition du retard en deux facteurs que les variations qu'il peut présenter d'un sujet à l'autre doivent trouver leur raison d'être soit dans les conditions d'évacuation du ventricule gauche, soit dans les conditions de transmission artérielle, parfois dans ces deux ordres de conditions réunis: l'examen de ces variations doit être reporté au paragraphe 6 (*Modifications des signes*, etc.).

N° 10. — Pour évaluer la distance d'un anévrysme par rapport au cœur, il suffit, en général, de comparer le retard de l'expansion de la tumeur au retard sur le cœur de la pulsation carotidienne explorée à la base du cou : 1° Si le battement de la tumeur *précède* le pouls carotidien, l'anévrysme siège à une distance moindre que le point exploré de la carotide : il peut occuper dans ce cas soit une partie de la crosse comprise entre l'origine du vaisseau et le commencement de sa portion descendante, soit le tronc brachio-céphalique; c'est alors qu'interviennent les éléments du diagnostic différentiels indiqués plus loin (n° 14). 2° Si le battement de la tumeur *coïncide* avec la pulsation carotidienne, l'anévrysme siège à la même distance que le point exploré de la carotide : c'est le plus souvent au début de la seconde courbure, au delà de l'origine de la sous clavière gauche qu'il a son point de départ. 3° Si le battement carotidien *apparaît plus tôt* que celui de la tumeur, celle-ci occupe un point variable de l'aorte descendante. Or, comme on peut explorer le pouls carotidien sur une assez grande longueur du vaisseau, on peut dire d'une façon générale que l'*anévrysme est situé sensiblement à la même distance du cœur que le point de la carotide dont la pulsation est synchrone avec le début de l'expansion de la tumeur.*

Cette conclusion s'est vérifiée dans plusieurs de mes observations avec autopsie, bien que la vitesse de transmission de l'onde sanguine soit un peu différente dans l'aorte et dans les autres artères.

§ 4. — *Effets produits sur le pouls des artères périphériques par les anévrysmes de l'aorte et des branches fournies par la crosse; étude spéciale du retard du pouls artériel.* — N° 11. — La diminution d'amplitude du pouls des artères

(1) Voy. sur cette question l'*Étude générale du retard du pouls*, dans la thèse de L. Pélix. (Doctorat, Paris, 1882).

périphériques ou de quelques-unes seulement d'entre elles est un symptôme d'une grande valeur, surtout quand l'affaiblissement du pouls est localisé à l'une des deux radiales ou à une carotide. Mais ce symptôme n'a rien de caractéristique : la diminution *générale* de l'amplitude du pouls se rencontre dans le rétrécissement aortique, dans la compression de l'aorte par certaines tumeurs du médiastin, etc.; la diminution *localisée* s'observe dans l'oblitération artérielle, dans la compression du tronc principal, dans certaines anomalies, etc.; ce signe n'a, dès lors, aucune valeur pathognomonique (1).

N° 12. — Quelquefois même, malgré l'existence d'un anévrysme volumineux et extensible, siégeant par exemple sur le tronc brachio-céphalique, on trouve l'amplitude du pouls exagérée en aval du siège de la tumeur : ce phénomène paradoxal est en rapport avec la paralysie vaso-motrice due à l'altération par compression des ganglions sympathiques au voisinage de la tumeur et s'accusant par tous les signes classiques de la perte d'activité sympathique. J'ai observé deux faits de ce genre, l'un dans le service du professeur Panas, en 1877, l'autre plus récemment sur un malade de la ville.

N° 13. — Un signe constant, et par suite d'une valeur diagnostique beaucoup plus grande, consiste dans l'exagération du retard du pouls des artères périphériques. Il a été signalé sans autre détail par ses auteurs, notamment par Marey; j'en ai fait l'objet d'études suivies depuis 1877, et l'examen complet de 64 cas autorise des conclusions précises à cet égard.

N° 14. — L'exagération du retard du pouls est *générale* dans le cas d'anévrysme siégeant à l'*origine* de l'aorte; elle se *localise* dans des artères différentes, suivant le siège de l'anévrysme sur l'aorte, au delà de son origine, ou sur le trajet de l'un des troncs qui émanent de la crosse; dans ce dernier cas, la comparaison du retard du pouls en des points semblables d'artères symétriques permet presque toujours de préciser le siège de la tumeur, l'artère à l'origine de laquelle existe l'anévrysme présentant un retard très notablement plus grand que l'artère restée saine.

N° 15. — La valeur de l'augmentation du retard est, dans une certaine mesure, proportionnelle au volume du sac anévrysmal, mais, plus exactement, *à l'extensibilité des parois* : c'est, en effet, à l'expansion même de la poche qu'est dû le retard exagéré de la transmission de l'onde sanguine : en même temps qu'elle s'*éteint* ou s'*atténue* dans la poche anévrysmale (*moindre amplitude du pouls*), l'onde sanguine s'y *attarde* (*exagération du retard*) (2).

§ 5. — *Influence des mouvements respiratoires sur le courant sanguin dans les anévrysmes intra-thoraciques et sur le pouls des artères périphériques.* — N° 16. — Les changements de pression que produisent dans le thorax les mouvements respiratoires se manifestent souvent avec une grande netteté sur le pouls des artères périphériques; on voit en effet la courbe des pulsations présenter des inflexions régulières, rythmées avec les mouvements respiratoires; la ligne d'ensemble du pouls s'abaisse pendant l'inspiration et se relève pendant l'expiration. Ces ondulations respiratoires du pouls résultent des ampliations et affaissements alternatifs de la tumeur anévrysmale qui cède à l'aspiration thoracique augmentée pendant l'inspiration et se rétracte pendant l'expiration; dans le premier cas elle emmagasine une plus grande quantité du sang destiné aux vaisseaux périphériques; dans le second, au contraire, elle admet et retient moins de sang et les artères extra-thoraciques sont alimentées plus abondamment et sous plus forte pression.

Ces ondulations respiratoires du pouls sont d'autant plus marquées que la tumeur a une plus grande capacité, mais surtout que ses parois sont plus souples et extensibles; on trouve donc là un élément nouveau d'appréciation sur l'état de l'anévrysme thoracique. Il faut, du reste, que l'action des mouvements respiratoires sur le sac anévrysmal se fasse bien énergiquement sentir pour se traduire ainsi à distance et pour compenser avantageusement l'effet inverse qui devrait résulter des modifications simultanées de la circulation pulmonaire.

Le pouls à ondulations respiratoires peut exister dans les différentes artères qu'on explore s'il s'agit d'un anévrysme de l'origine de l'aorte; mais, tout comme le retard exagéré et la diminution d'amplitude, il se localise aux branches du tronc artériel anévrysmal si la tumeur siège sur la portion thoracique des artères émanant de la crosse : dans les anévrysmes brachio-céphaliques, par exemple, on n'observe de telles oscillations que dans les artères du membre supérieur droit et les branches de la carotide du même côté.

L'influence de la respiration sur le pouls a été constatée dans beaucoup d'autres cas que dans celui des anévrysmes thoraciques où je l'ai observée depuis 1878: on la retrouve dans la persistance du canal artériel (1), dans les symphyses cardiaques (Kussmaul, *Pouls paradoxal*), dans certaines dyspnées avec obstacle au libre passage de l'air (Marey), etc. Un pareil signe n'a donc pas de valeur diagnostique propre; il doit être accompagné d'autres symptômes d'anévrysme, mais son importance est très grande quand on l'observe sur certaines artères à l'exclusion des autres, puisque sa localisation même implique la localisation de sa cause thoracique.

Disons aussi que la paroi même de la tumeur offre des ondulations respiratoires; mais celles-ci sont le résultat des mouvements de la paroi thoracique et non des changements de pression intra-anévrysmale; elles sont donc de sens inverse au niveau de la tumeur et au niveau des artères périphériques. La paroi du thorax se soulève au moment où la ligne du pouls artériel s'abaisse.

§ 6. *Modifications apportées aux signes précédents par différents états de l'anévrysme, des artères ou du cœur.* N° 17. — La *présence de nombreux caillots* dans la poche anévrysmale ainsi que le renforcement de ses parois par d'épaisses couches fibrineuses, diminuant sa perméabilité ou son extensibilité, atténuent nécessairement les effets modificateurs de l'anévrysme sur la circulation périphérique; le retard du pouls notamment peut perdre son caractère d'exagération : malgré la présence de la tumeur, le pouls peut apparaître aussi rapidement dans les branches de l'artère malade que dans celles de l'artère symétrique demeurée

(1) Dans le cas où cette diminution d'amplitude est assez grande pour que l'exploration du pouls radial au sphygmographe à transmission soit à peu près impossible, on peut, comme je l'ai fait souvent, tourner la difficulté en recueillant l'indication du *pouls total* de la main avec l'appareil à déplacement dont je me suis servi depuis 1875 dans mes expériences sur les changements de volume.

(2) On trouvera soit dans les deux Mémoires que j'ai publiés sur ce point spécial dans le *Journal de l'anatomie* de Robin en 1878 et en 1879, soit dans la thèse de Bormont déjà citée, les détails du diagnostic différentiel fondé sur la comparaison du retard du pouls dans les différentes artères.

(1) François-Franck, *Sur le diagnostic de la persistance du canal artériel* (Congrès de l'Association française, Paris, 1878). Voyez aussi un article critique sur le *Pouls paradoxal* que j'ai publié dans la *Gazette hebdomadaire* (janvier 1879).

saine, ou bien, s'il s'agit d'anévrysme aortique, le retard du pouls dans toutes les artères peut ne pas être augmenté. Il y a donc des variétés infinies dans le phénomène de l'exagération du retard, suivant que la poche est très extensible ou très résistante. Cette considération présente un grand intérêt, non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi à celui du pronostic : on peut voir, en effet, comme j'en ai observé plusieurs exemples, l'exagération du retard du pouls très accentuée au début d'un traitement, s'atténuer par la suite, à mesure que la tumeur anévrysmale tend à devenir plus résistante : il y a là un élément d'appréciation des plus importants et des plus précis, surtout s'il peut être associé à celui que fournit la mesure comparative du volume de la tumeur (voy. § 1).

La résistance des parois du sac atténue aussi les effets de la respiration sur le pouls artériel ; elle rend moindre la perte d'amplitude du pouls.

N° 18. — Dans le même ordre d'idées, on se rend facilement compte qu'une compression suffisante et soutenue, exercée à la surface de la tumeur, puisse fournir un élément de diagnostic très précieux ; elle agit, en effet, dans le même sens qu'un renforcement des parois qui interviendrait momentanément pour diminuer l'extensibilité de la poche et atténuer, par suite, les signes résultant de la facile expansion. M. Marey a signalé déjà l'augmentation d'amplitude du pouls au-dessous d'une tumeur anévrysmale qu'on vient à comprimer en en limitant les expansions ; j'ai vu, en outre, qu'on atténue ainsi le retard du pouls. Tout au contraire la décompression brusque peut faire disparaître une ou deux pulsations en aval, par une sorte de dérivation qui se produit vers la cavité du sac (Marey). Mais, si ce procédé d'exploration fournit des résultats intéressants, il peut n'être pas sans danger à cause du déplacement possible des caillots ; de plus il expose à des erreurs quand la tumeur, sans s'évacuer dans l'artère, est refoulée à sa surface et vient à la comprimer ; enfin on peut commettre une erreur complète de diagnostic en provoquant à distance des mouvements de déplacement du sphygmographe, comme cela m'est arrivé dans un cas observé dans le service de M. Debove en 1878. Donc, à tous points de vue, l'application du procédé doit être faite avec le plus grand soin.

N° 19. — L'*étroitesse de l'orifice de communication* atténue de la même façon que la présence de caillots ou le renforcement de la paroi, l'importance des effets de l'anévrysme sur la circulation des artères situées en aval ; mais elle exagère notablement le retard de la pulsation anévrysmale, tout comme le fait pour toutes les artères un rétrécissement aortique notable ; elle exagère aussi le souffle de pénétration à renforcement (double souffle systolique).

N° 20. — L'*athérome artériel* étendu et notable tend à rendre plus rapide la transmission de l'onde sanguine dans les artères ; par là peut se trouver contre-balancé l'effet retardateur de l'anévrysme sur le pouls artériel : ceci explique comment on peut observer un retard normal du pouls malgré l'existence d'anévrysmes d'une certaine capacité.

N° 21. — L'insuffisance aortique large, coïncidant, comme cela est assez fréquent, avec un anévrysme aortique, constitue une cause de réduction du retard du pouls assez importante pour compenser plus ou moins complètement l'effet inverse que produirait l'anévrysme sans cette complication. Le facteur cardiaque du retard (voy. n° 9) se trouve, en effet, en partie supprimé, l'influence propulsive du ventricule gauche se faisant d'*emblée* sentir dans l'aorte, avec laquelle la cavité ventriculaire reste en communication permanente (1).

N° 22. — Le rétrécissement aortique, au contraire, exagérant l'intervalle préaortique (intervalle *présphygmique* de Keyt), augmente le retard du pouls d'une quantité variable, suivant le degré de sténose de l'orifice ; l'insuffisance mitrale agit dans le même sens. C'est avec de semblables complications cardiaques qu'on observe les retards maxima du pouls dans les anévrysmes aortiques (2).

FRANÇOIS-FRANCK.

Le principe toxique des moules ou mytilotoxine.

Les conditions dans lesquelles les moules deviennent toxiques sont encore fort mal connues. M. E. Salkowski (*Virchow's Archiv*, Bd CII, H. 3, 1885), chef du laboratoire de chimie de l'Institut pathologique de Berlin, a cherché à en isoler le principe actif ou du moins à l'obtenir en solution de concentration convenable pour en étudier les effets sur les animaux. Il a traité les moules reconnues toxiques par l'alcool, par l'alcool aiguisé avec de l'acide chlorhydrique, par l'eau, et a obtenu ainsi des extraits de toxicité variable ; il a expérimenté ces extraits en injections sous-cutanées sur des lapins et des grenouilles et a reconnu tout d'abord que le poison des moules est d'une rare énergie, puis que les symptômes de l'empoisonnement rappellent beaucoup ceux que détermine le curare. Le principe toxique agit principalement sur la sphère de la motilité et la mort est due probablement à l'accumulation d'acide carbonique dans le sang ; il ne saurait être question d'une action directe sur le cœur. M. Salkowski fait remarquer que les résultats obtenus sur les animaux, même sur les mammifères, ne sauraient être transportés sans autre forme de procès à l'homme. Il est en effet des poisons qui agissent tout différemment chez l'un et chez les autres, ou du moins le point d'attaque, l'organe primitivement atteint n'est pas le même. Ainsi chez l'homme, l'acide phénique agit d'abord sur le cerveau, puis sur la moelle allongée, produisant de la perte de connaissance, de la paralysie et de la respiration stertoreuse, tandis que chez les animaux il provoque constamment et d'emblée des convulsions cloniques violentes.

M. Salkowski n'a pas réussi à isoler le principe actif ; il parle bien d'un précipité jaunâtre déterminé par le perchlorure de platine dans un extrait alcoolique ; mais en traitant ce précipité par l'hydrogène sulfuré, le résidu, après filtration, est absolument inactif ; le principe toxique ne s'était donc pas précipité, mais était resté en solution, comme il fut facile de le constater par des essais sur des animaux. D'après M. Salkowski, il s'agit là d'un alcaloïde volatil, ce que pa-

(1) Ce fait s'est souvent présenté à mon observation depuis que j'ai noté l'influence atténuante de l'insuffisance aortique sur le retard du pouls, en 1878, et, d'autre part, cette influence de la lésion aortique a été contrôlée par mes expériences sur les lésions valvulaires expérimentalement produites chez les animaux (1881) : les observations cliniques de Keyt, Renaut, d'Espine, Rivals, etc., ont, depuis, confirmé les conclusions de mes recherches qui étaient opposées à celles de mon ami R. Tripier. Ce dernier admettait que dans l'insuffisance aortique le retard du pouls était exagéré, ainsi que l'avait avancé autrefois Henderson ; je crois avoir montré que l'exploration de la pulsation du cœur avec le doigt expose à prendre pour le choc systolique le choc diastolique dû au reflux du sang sous pression dans le ventricule relâché, et par suite à prendre le *retard apparent* pour le *retard réel*.

(2) Keyt (de Cincinnati), qui a poursuivi de son côté les recherches dont j'avais commencé l'étude sur le retard du pouls dans les anévrysmes, a obtenu des indications très précises sur l'influence des lésions aortiques et mitrales.

raît démontrer l'observation suivante ; c'est que, chaque fois qu'on évapore ou qu'on fait bouillir les solutions actives au bain-marie avec un peu de carbonate de soude, le principe toxique disparaît; mais il ne disparaît pas par l'ébullition simple, même d'une solution alcaline ; le carbonate alcalin l'entraîne en le modifiant probablement.

M. L. Brieger (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, n° 53) a été plus heureux que M. Salkowski. Il a réussi à isoler le principe toxique *spécifique* des moules, la *mytilotoxine*, en même temps que plusieurs autres bases, les unes inoffensives, les autres toxiques. Ces bases sont précipitées des extraits aqueux acidulés et des extraits alcooliques par l'acide phosphomolybdique, le perchlorure de platine, etc. L'une des bases, inoffensive, paraît appartenir à la série de la choline; une autre, en injections sous-cutanées chez de petits mammifères, provoqua de la salivation et une diarrhée profuse; la mytilotoxine, la plus importante de ces bases, dont M. Brieger a pu déterminer la composition ($C^6H^{15}AzO^2$), possède bien les propriétés curarisantes déjà reconnues par Schmidtmann, Virchow et Salkowski; un quatrième produit basique est précipité par le perchlorure d'or sous forme d'huile; il est très toxique; les animaux empoisonnés avec lui restent comme cloués sur le sol et succombent après quelques mouvements convulsifs. Enfin, M. Brieger signale un corps dont l'odeur détestable rappelle celle du cacodyle. La plupart de ces composés paraissent rentrer dans la classe des *ptomaïnes*. L'observation de Salkowski, relative à la disparition du principe toxique spécifique par distillation avec le carbonate de soude, est confirmée par M. Brieger.

De cette observation découle ce résultat pratique, c'est que les décoctions de moules peuvent être rendues inactives par l'addition d'un peu de carbonate de soude (3 grammes à 3 grammes et demi par litre d'eau); mais il faut que le sel alcalin soit ajouté pendant l'ébullition; à froid, son action est nulle; il ne s'agit pas là d'un véritable contrepoison. L'action sur les moules elles-mêmes est identique; à l'ébullition, le carbonate de soude les rend inoffensives, du moins jusqu'à un certain degré. Reste à savoir si les amateurs trouveraient à leur goût les moules traitées de cette manière. M. Salkowski avoue n'en avoir pas goûté.

Il résulte encore de là que si les moules sont tant soit peu suspectes, il ne faut pas les manger crues.

Enfin, il y a un moyen de distinguer les moules toxiques de celles qui ne le sont pas; déjà M. Virchow a reconnu que les premières, plongées dans de l'alcool, communiquent à ce liquide une coloration jaune d'or beaucoup plus intense que les autres; l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique pur colore l'extrait alcoolique des moules toxiques en vert-pré intense et colore à peine la solution obtenue avec les moules inoffensives. Comme le fait remarquer M. Salkowski, ce pigment n'a rien de commun avec le principe toxique, mais il indique l'organe où probablement s'élabore le poison; cet organe, c'est le *foie*. M. Brieger n'a pu faire la vérification de ce fait, la quantité de moules mise à sa disposition étant trop faible et l'isolement des foies de ces mollusques trop pénible.

M. Salkowski a encore eu l'idée d'expérimenter sur les animaux des moules de provenance non suspecte; s'il y en avait dans le nombre qui étaient dépourvues d'action toxique, beaucoup en revanche provoquaient des accidents, moins redoutables il est vrai que les moules notoirement toxiques, mais cependant mortels à dose suffisante.

Voilà l'état de la question; de nouvelles recherches sont nécessaires pour l'élucider; l'hygiène publique y est intéressée.

L. Hn.

Contributions pharmaceutiques.

POTION ET LINIMENT A L'HYPNONE.

Plusieurs de mes confrères m'ayant demandé la formule d'une préparation d'hypnone ne contenant pas d'alcool, je m'empresse de déférer à ce désir, bien que dans mes formules d'élixir et de sirop l'alcool soit peu abondant.

L'hypnone se dissout dans l'huile par parties égales. En utilisant cettte propriété, il est facile d'établir une espèce de looch presque agréable à prendre.

Voici la potion que je viens de préparer et qui satisfera certainement les praticiens :

Potion. — Hypnone	XX gouttes.
Huile d'amandes douces	10 grammes.
Gomme arabique pulvérisée	10 —
Sirop de fleurs d'oranger	60 —
Eau	120 —

F. s. a. une émulsion.

On administre d'un seul trait le quart, le tiers et même la moitié de ce mélange, suivant que l'on tient à faire prendre 5, 7 ou 10 gouttes d'hypnone, le soir, au malade.

Cette potion se conserve bien; par conséquent on peut en ordonner la quantité que l'on veut d'après la longueur du traitement. Il m'est venu l'idée de profiter encore davantage de la solubilité de l'hypnone dans les huiles, et de la faire entrer dans la composition des liniments au même titre que le chloroforme.

J'ai essayé sur moi-même le mélange par parties égales d'hypnone et d'huile d'amandes douces, et j'ai remarqué une assez forte irritation de la peau. Comme ce produit coûte encore 50 centimes le gramme, il y a lieu de ne l'employer qu'avec une certaine circonspection.

Voici la formule que je propose :

Liniment. — Hypnone	5 grammes.
Huile d'amandes douces ou autre.	10 —

Mêlez.

On fait avec ce mélange des frictions douces sur le point douloureux.

L'hypnone ne bouillant qu'à 199 degrés, n'a pas, comme le chloroforme, l'inconvénient de se volatiliser au moment de l'emploi. Il est possible que ce liniment rende des services le jour où le principal agent sera à des prix plus abordables.

Pierre Vigier.

Erratum. — Dans le dernier numéro (p. 37) l'article relatif aux pastilles de chlorhydrate de cocaïne doit se terminer par : *pastilles de un gramme* et non de 1 pour 100.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De la médiastinite consécutive a la trachéotomie, par M. le docteur Renou (de Saumur).

(Fin. — Voy. numéro 3.)

Dans quelles proportions interviennent pour expliquer la mort, la paralysie du diaphragme, la paralysie cardio-pulmonaire, l'ouverture du médiastin? Nous ne discuterons pas à cet égard un diagnostic différentiel. La genèse suivante, dans la dernière hypothèse, nous semble parfaitement admissible : ouverture et décollement du médiastin, emphysème péripleural en nappe, et de même que dans un double pneumothorax par perforation des parois costales, rupture des conditions mécaniques de la respiration. Comme dans un double pneumothorax, en effet, le poumon détaché des parois thoraciques dont il ne suit plus les mouvements de soufflet, repris et contracté par son élasticité propre, n'obéit plus à l'appel de l'air, et l'asphyxie est une conséquence aussi inévitable que prochaine.

Deux fois nous avons vu l'érysipèle, survenu au huitième et au douzième jour de la trachéotomie, gagner manifestement la surface de la trachée et le médiastin, et déterminer très promptement la mort Dans un de ces deux cas les phénomènes de décollement du médiastin et d'aspiration de l'air par la fistule médiastine au milieu de la plaie, que nous venons de décrire, se produisirent aux derniers moments du petit malade. L'érysipèle est, ainsi que la diphthérie, une maladie infectieuse, qui, surajoutée à celle-ci, ne fait de la médiastinite qu'un épiphénomène. Nous n'avons en vue ici que la médiastinite purement inflammatoire, et nous bornons à signaler l'intervention érysipélateuse, assez rare d'ailleurs après la trachéotomie, suivant M. Cadet de Gassicourt.

Il résulte donc de ce qui précède : 1° qu'un danger consécutif à la trachéotomie, danger sur lequel jusqu'à présent l'attention n'a pas été suffisamment appelée, et qui consiste dans l'inflammation traumatique du médiastin, est anatomiquement possible et facilement explicable ; 2° que ce danger existe, ainsi que le prouveraient les trois observations ci-dessus, et peut, à lui seul, indépendamment de la diphthérie et de ses complications ordinaires, entraîner la mort. Ses proportions comparatives de fréquence, son importance restent à déterminer. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les observations que nous venons de relater, se sont rencontrées sur une trentaine de cas de trachéotomie ; ce qui paraît donner une proportion relative assez forte.

Il résulte également de ces faits, comme aussi de la logique des choses, que le processus peut varier. Dans le premier cas la médiastinite est suraiguë, c'est un véritable phlegmon, la mort arrive au bout de trente-six heures. Dans le second, la médiastinite évolue, une collection purulente se forme, l'épuisement, la dysphagie en sont la conséquence, l'enfant meurt au dix-huitième jour. Le troisième cas a trait à un enfant anémié, débilité, sans réaction organique et paralysé. L'inflammation, la médiastinite proprement dite, n'a point place dans les symptômes assez mêlés qui ont entouré la mort chez ce petit être épuisé par vingt jours de lutte. On a vu que nous admettions comme cause de cette mort le décollement du médiastin, l'emphysème, la rupture des conditions possibles de la respiration par un double pneumothorax.

Des recherches sur ce sujet (dont les occasions ne peuvent manquer dans les hôpitaux avec l'accroissement épouvantablement progressif de la diphthérie) donneront peut-être bientôt à la médiastinite une physionomie, une symptomatologie spéciales; notre but comme notre rôle ne peuvent être que de la signaler. Nous sommes persuadé d'ailleurs qu'elle a été observée au berceau même de la trachéotomie, mais qu'on ne lui a pas accordé une importance suffisante, glissant sur elle pour ainsi dire, à la suite de la diphthérie et de ses complications habituelles. Nous avons quelque peine à ne pas la reconnaître dans le récit des autopsies pratiquées dans les services de Guersant et de Trousseau, où nous relevons par exemple des détails comme ceux-ci : « plaques nombreuses d'emphysème médiastinique et sous-pleural — larges adhérences au médiastin et à la base — épanchements pleurétiques,— engouement des deux poumons au tiers postérieur » (*Clinique des hôpitaux d'enfants*, 18841-42). De même que nous nous demandons si ce n'est point la médiastinite opératoire que soupçonnait Trousseau, si parfaitement instruit d'ailleurs et de la diphthérie toxique, « cette maladie qui sent sa peste » suivant son énergique expression, et de ses complications pulmonaires, quand il disait : (*Clinique des hôpitaux d'enfants*, 1842, p. 133) : « Nous venons, Messieurs, de faire l'autopsie d'un enfant qui a succombé dans nos salles à la suite du croup ; nous avons trouvé des fausses membranes dans l'arrière-gorge et dans le larynx. Nous avons trouvé de la pneumonie, mais ces lésions ne sont pas telles que nous devions nous demander encore quelle a été la cause de la mort. Il faut dire qu'elle nous échappe dans le plus grand nombre de cas de cette maladie. Lorsque, autrefois, je voyais des enfants, des adultes, mourir avec des fausses membranes dans la gorge, dans la trachée et dans les bronches, j'attribuais la mort à la suffocation produite par l'occlusion de ces conduits. Mais j'ai fait une trentaine d'autopsies, et si j'ai trouvé des fausses membranes dans les bronches et des pneumonies, il m'est arrivé bien plus souvent de trouver ces canaux libres et des lésions pulmonaires bien trop légères pour expliquer la mort. J'ai pensé que ces malades ne succombaient pas par le croup, mais par quelque affection pulmonaire qui m'échappait. »

Les constatations pathologiques de la médiastinite semblent, en effet, assez délicates et difficiles. Qui sait, aujourd'hui, l'importance que peuvent prendre pour expliquer la mort chez un trachéotomisé (sans parler de ces termes extrêmes dont nous venons de donner quelques exemples), des échelons, des lésions intermédiaires, comme la lymphangite médiastine, la pleurésie médiastine? La pleurésie, signalée en pareil cas pour la première fois par M. Peter, complique quelquefois la diphthérie. Le départ n'a jamais été fait entre les cas de pleurésie post-diphthéritique trachéotomisée ou non. Nous ne l'avons, pour notre compte, rencontré qu'une fois, c'était après une trachéotomie. Quoi qu'il en soit, M. Cadet de Gassicourt, étudiant cette complication, dit : « Elle est infiniment plus rare que les complications pulmonaires. Je ne parle pas des pleurésies sèches et partielles qui n'ont pas d'existence clinique et sont les compagnes presque fatales de la broncho-pneumonie, non plus que de ces épanchements inappréciables pendant la vie, que l'autopsie seule fait connaître. Est-elle reliée aux phlegmasies pulmonaires (Sanné, Archambault) ou a-t-elle une existence propre? Pourquoi l'action directe de la diphthérie ne se ferait-elle pas sentir sur la plèvre comme sur le rein? Je conçois les difficultés de doctrine que soulève cette question. — Autant il est aisé de comprendre le développement de la bronchite et de la broncho-pneumonie à la suite du croup, dans une maladie qui s'attaque plus spécialement aux organes respiratoires, autant il semble peu rationnel de voir dans l'inflammation de la plèvre une conséquence directe de cette même maladie. Entre la lésion trachéo-bronchique d'une part et la lésion pleurale on ne voit pas d'autre transition que l'inflammation pulmonaire. » M. Cadet de Gassicourt cite alors des cas dans lesquels cette subordination est rompue. Il est possible que la médiastinite éclaire cette question d'un jour nouveau, et montre comment de la plaie à la plèvre on peut trouver à l'inflammation, sans recourir à l'infection générale, un chemin tracé et malheureusement trop ouvert.

Il nous reste, sous forme de conclusions, à déduire de cette étude forcément incomplète, embryonnaire, qu'on me pardonne l'expression, comme le sujet lui-même, certaines considérations d'une importance pratique considérable.

Si, comme nous croyons l'avoir suffisamment démontré, la médiastinite consécutive à la trachéotomie existe, si elle peut à elle seule entraîner la mort, il est d'un intérêt de premier ordre d'en approfondir les causes et de parer à son éventualité. Ces causes résident tout entières dans le traumatisme nécessaire à l'introduction de la canule et dans la canule elle-même.

Il est d'abord évident que plus la plaie intra et extra-trachéale se rapprochera du médiastin, plus l'inflammation et l'emphysème médiastinique opératoire auront de chances de s'y introduire. Par conséquent l'opération devra être faite le plus haut possible. A cet égard, nous sommes obligés de rappeler en quelques mots que la trachéotomie se pratique en trois points ou trois zones trachéales.

1° Au-dessous de l'isthme du corps thyroïde : trachéotomie inférieure ou méthode de Trousseau;

2° Au-dessus de cet isthme et immédiatement au-dessous du cricoïde : trachéotomie supérieure ou sous-cricoïdienne ;

3° Au-dessus du cricoïde, l'incision partant de l'espace thyro-cricoïdien et comprenant le cricoïde et le commencement de la trachée. Méthode de Saint-Germain ou cricotrachéotomie.

La trachéotomie inférieure, ou de Trousseau, très rapprochée du sternum, allant au fond d'une incision forcément longue, au plus épais du tissu cellulaire du cou, écartant et tiraillant ce tissu, chercher profondément la trachée, serait une méthode complètement à éliminer et à bannir de la pratique.

On choisirait donc entre les deux trachéotomies supérieures. Elles n'intéressent qu'une quantité à peu près égale de tissu prétrachéal et à un centimètre près sont à la même hauteur. Leur différence gît principalement dans des considérations de manuel opératoire que nous n'avons pas à développer ici. Nous préférons la trachéotomie sous-cricoïdienne.

Il est très important de remarquer, au point de vue qui nous occupe, que la trachée est éminemment mobile de haut en bas, qu'elle s'allonge lorsque le larynx est élevé, se raccourcit lorsqu'il est abaissé. Selon le plus ou moins de tension du cou, le même point de la trachée peut correspondre de haut en bas à tous les points du tissu cellulaire prétrachéal ou sus-médiastinique. En sorte qu'on pourrait presque ouvrir la trachée en trachéotomie supérieure, au niveau cutané d'une trachéotomie inférieure. La tension du cou, la fixation et l'élongation de la trachée, ce qui est tout un, sont donc la condition première d'une trachéotomie ; on pourrait dire, le temps le plus important de l'opération.

Le respect que nous professons pour le tissu cellulaire précervical indique d'avance que nous approuvons en cette opération, pour la plaie et l'opérateur, toutes les précautions antiseptiques habituelles. L'*incision sera petite*, tout en restant suffisante ; en *ouvrant rapidement* la trachée on évitera le tiraillement de la plaie ; on *supprimera le dilatateur*, auquel la canule supplée avantageusement; on *surveillera attentivement la plaie* les jours qui suivront l'opération et jusqu'à guérison complète.

La canule est une cause d'irritation permanente, mais nécessaire, et l'on a vu par les accidents survenus dans deux des observations ci-dessus, le rôle considérable qui lui revient. Non seulement elle agit en corps étranger, mais elle ulcère souvent la paroi trachéale antérieure à quelques centimètres au-dessous de la plaie. Il n'y a guère d'années que l'on ne signale deux ou trois cas de cette ulcération allant jusqu'à ouvrir le tronc brachio-céphalique et foudroyer un convalescent du croup par une hémorrhagie. Je trouve dans la statistique de la diphthérie à l'hôpital Trousseau en 1884 les lignes suivantes : « Plusieurs particularités intéressantes ont été notées dans les autopsies. Dans quinze cas il y avait des ulcérations de la paroi trachéale antérieure ; une fois on a observé des fusées purulentes du médiastin ; deux fois une caséification des ganglions bronchiques; deux fois de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire suppurée. »

Ces ulcérations correspondent constamment au bec de la canule. La cause en est une pression de cette partie de l'instrument sur la paroi trachéale antérieure, et consécutivement un véritable grattage déterminé par les mouvements de la déglutition. Une excoriation faite, l'infection, la fausse membrane s'y logent, l'ulcèrent et la creusent. C'est ainsi que nous avons pu montrer le médiastin ouvert de dedans en dehors par la canule.

La courbure des canules généralement employées pour la trachéotomie nous semble trop considérable. Celle-ci a été mesurée pour la trachéotomie inférieure, généralement abandonnée aujourd'hui. Dans ce cas même elles sont loin d'être à l'abri du reproche de léser la paroi trachéale antérieure, à preuve les perforations du tronc brachio-céphalique que l'extrémité de la canule ne peut atteindre que dans le procédé de Trousseau. Mais dans la trachéotomie supérieure où la trachée est beaucoup plus proche de la surface cutanée, il est facile d'observer souvent que la canule, une fois fixée au cou de l'enfant par ses galons, est soulevée dans la partie inférieure de son pavillon, et que forcément la courbure doit porter sur la paroi postérieure de la trachée et le bec venir buter plus ou moins fortement sur la paroi antérieure. Cette pression est naturellement exagérée dans le mouvement de déglutition qui porte en haut le larynx et la trachée, mouvement que le tube fixé au cou ne suit pas complètement. De là, avons-nous dit, un véritable grattage, dont la douleur explique souvent la répugnance qu'ont à absorber ce qu'on leur présente les petits trachéotomisés, leur dysphagie, et, quand on les a obligés à boire, la rapidité avec laquelle ils avalent, dans le but instinctif de limiter, dans la mesure du possible, les mouvements de haut en bas de leur larynx.

Les signes de l'ulcération trachéale sont : 1° cette dysphagie assez spéciale, quand par ailleurs l'examen du gosier n'en donne aucune raison; 2° l'expectoration sanguinolente par la canule, surtout après la déglutition; 3° la teinte noire du bec de la canule : couche de sulfure d'argent fournie par l'ulcération; 4° le spasme plus ou moins violent, ou crise de suffocation déterminée par l'enlèvement de la canule; 5° enfin le gonflement inflammatoire de la partie inférieure de la plaie et de la région sous-jacente, qui peut, si l'ulcération gagne en profondeur, perforer la trachée, être le point de départ d'une ulcération médiastine ou médiastinite.

En attendant les perfectionnements que l'avenir apportera peut-être à l'outillage de la trachéotomie, nous n'avons à opposer à cet accident, quand on a des raisons de le craindre ou qu'on a pu le constater, que le déplacement de l'extrémité inférieure de la canule par l'interposition de quelques morceaux de linge entre la plaie et le pavillon. On peut arriver ainsi à redresser suffisamment le tube pour corriger sa pression interne sur les parois trachéales. Il faut surtout épier avec soin le moment où l'on peut, sans inconvénient, débarrasser le petit malade de cet instrument de salut sans doute, mais aussi instrument de torture et de danger.

Physiologie expérimentale.

RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ACÉTOPHÉNONE, par MM. MAIRET et COMBEMALE (1).

Après avoir étudié précédemment les effets physiologiques ou toxiques de l'acétophénone chez les animaux, les auteurs sont arrivés chez l'homme à des conclusions que nous reproduisons ici textuellement :

Chez l'homme sain, en injection stomacale et à des doses variant entre 10 et 30 centigrammes, nous n'avons constaté aucune modification d'aucun appareil ; à doses plus élevées, 45 à 60 centigrammes, la circulation et la miction ont été influencées. La miction a été plus abondante pendant les premiers moments qui ont suivi l'administration, et le pouls d'abord plus plein, sans changement de fréquence, est devenu, cinq à six heures après l'administration, plus dépressible et un peu moins fréquent qu'avant cette dernière.

Chez l'aliéné, nos recherches ont porté sur vingt et un malades agités et ne reposant pas la nuit : maniaques, déments par suite de manie, déments par alcoolisme, déments par suite d'athéromasie, paralytiques généraux, idiots, épileptiques, hallucinés. La quantité d'acétophénone administrée a varié entre 10 et 45 centigrammes par vingt-quatre heures. Quelques malades ont pris cette substance pendant onze jours consécutifs, d'autres pendant cinq ou six jours seulement. L'acétophénone était administré par la bouche, en deux prises, le soir avant le coucher.

Comme effets généraux, trois malades ont accusé des ardeurs à l'épigastre, et, dans certains cas, lorsque la quantité d'acétophénone ingérée était un peu considérable, nous avons constaté une diminution du chiffre de l'hémoglobine, diminution légère mais continue, disparaissant toutefois rapidement après la cessation de l'administration. Comme action hypnotique, l'acétophénone n'a aucune action de cet ordre et dans la plupart des cas, en particulier chez le maniaque, l'épileptique, l'idiot, cette substance a été sans influence sur l'agitation musculaire ; d'autres fois, ainsi chez les alcooliques et chez plusieurs paralytiques généraux, l'agitation nocturne a été diminuée ; les malades, tout en restant éveillés, étaient beaucoup moins bruyants ; nous retrouvions dans ces cas l'action déprimante de l'acétophénone sur le système musculaire, que nos recherches physiologiques ont mise en relief. Chez une malade enfin, tourmentée par des hallucinations viscérales se rattachant à une lésion tuberculeuse des poumons, le calme, même le sommeil ont été obtenus. C'est là le seul succès réel que nous ayons constaté ; aussi, si ce succès peut engager à continuer l'administration de cette substance dans des cas de même ordre, il n'en est pas moins acquis que l'acétophénone n'a dans la thérapeutique psychiatrique qu'une importance très secondaire comme agent sédatif.

En présence des résultats négatifs que nous a donnés, au point de vue hypnotique, l'emploi de l'acétophénone chez l'homme sain et malade et chez les animaux, en présence des mêmes résultats négatifs obtenus chez les animaux par d'autres expérimentateurs (Grasset, Laborde), ne pouvant mettre en doute la pureté de l'acétophénone que nous employons (quatre maisons différentes de Paris nous ont fourni un produit ayant tous les caractères de l'acétophénone), et cependant dominés par l'autorité qui s'attache à si juste titre en thérapeutique au nom de M. Dujardin-Beaumetz, nous nous sommes demandé si ce médecin n'avait pas, en préparant l'acétophénone, pris un autre produit pour cette substance, et si ce n'est pas à ce produit qu'il faut rattacher les propriétés hypnotiques que notre confrère attribue à l'acétophénone. Nous avons donc préparé nous-mêmes de l'acétophénone par le procédé de M. Friedel (*Comptes rendus*, séance du 14 décembre 1857, p. 1013), c'est-à-dire par la distillation sèche d'un mélange d'acétate et de benzoate de chaux, et nous avons recherché si, en nous plaçant dans certaines conditions, d'autres produits ne pouvaient pas prendre naissance. Nous avons ainsi obtenu deux produits que nous avons expérimentés chez les animaux et chez l'homme.

En chauffant à feu nu le mélange que nous venons d'indiquer, il est passé à la distillation un liquide brunâtre, à odeur d'amandes amères, ne cristallisant pas à zéro comme l'acétophénone et qui, expérimenté chez les animaux en injections intraveineuses et en injections hypodermiques, nous a donné des résultats semblables à ceux de l'acétophénone ; son action ne diffère que par une intensité plus grande. Avec cette substance, nous avons obtenu, chez un chien, à la suite d'une injection intraveineuse, des phénomènes que nous n'avons pu obtenir avec de l'acétophénone pure, une syncope et postérieurement des vomissements alternant avec un sommeil profond, non interrompu par le bruit, interrompu seulement par les excitations cutanées. Six heures après l'injection, ce sommeil existait encore. Au bout de vingt-quatre heures, à part un peu d'affaissement, le chien semblait revenir à lui ; mais il succomba deux jours après l'injection, et nous trouvâmes, du côté des différents organes, des lésions identiques à celles produites par l'acétophénone.

En second lieu, en chauffant graduellement le mélange d'acétate et de benzoate, il est passé à la distillation du liquide huileux que M. Friedel signalait déjà dans sa Communication. Ce liquide jaune, lourd, qui a une odeur rappelant celle de l'acétophénone, ne cristallise pas à zéro ; nous l'avons expérimenté chez les animaux par la voie intraveineuse, hypodermique et intestinale et, chez les malades, par la voie buccale. Il nous a donné aussi, mais à des doses beaucoup moindres, des phénomènes semblables à ceux produits par l'acétophénone.

En résumé, l'acétophénone n'est pas un hypnotique, et l'utilité de son emploi en psychiatrie nous paraît douteuse. Toutefois, cette substance agit surtout sur le système nerveux ; si, à certains égards, elle se comporte comme les irritants, ainsi que le prouvent les lésions congestives et inflammatoires du rein, du poumon et du foie, elle produit, du côté des centres nerveux, des troubles particuliers, tels qu'une anémie limitée à la moelle ou s'étendant à l'encéphale et se traduisant pendant la vie par une parésie musculaire plus ou moins complète, pouvant rester localisée au membre inférieur ou s'étendre à l'ensemble du système musculaire. Cette anémie, indépendante de la circulation générale, puisqu'elle existe, ainsi que le prouve la paralysie musculaire dès le début de l'intoxication, alors que la pression sanguine est augmentée et qu'elle se continue, ne s'exagérant pas, lorsque plus tard cette pression est au contraire diminuée, est évidemment consécutive à une action primitive de l'acétophénone sur le système nerveux.

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 18 janvier 1886.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

INFLUENCE DE L'ANESTHÉSIE PAR INHALATIONS DE PROTOXYDE D'AZOTE PUR SUR DIVERSES FONCTIONS DE L'ÉCONOMIE. Note de M. *M. Laffont*. — L'auteur a pu s'assurer, au point de vue médical, que l'asphyxie qui accompagne l'anesthésie par inhalations de protoxyde d'azote pur est excessivement dangereuse. C'est ainsi qu'il a signalé : 1° un cas d'avortement avec mort du fœtus dès le moment anesthésique, chez une femme grosse de quatre mois et demi ; 2° l'apparition

d'accidents chlorotiques chez une jeune fille en formation; 3° la réapparition d'accidents épileptiques chez un jeune homme qui en était exempt depuis plusieurs années; 4° l'apparition de l'albuminurie et de l'hydropisie dans un cas d'insuffisance mitrale; 5° une recrudescence de diabète constatée à deux reprises différentes chez le même malade, à la suite d'insensibilisation par le protoxyde d'azote pur.

Cette dernière constatation a suggéré l'idée à M. Laffont de rechercher si les inhalations de protoxyde d'azote pur, dangereuses pour certains états diathésiques ou physiologiques, n'amenaient pas aussi chez l'individu sain certains désordres passagers des diverses grandes fonctions de l'économie. Les expériences qu'il a entreprises, tant sur lui-même que sur différents animaux, lui ont montré que l'anesthésie protoxyazotique déterminait : 1° une hyperglycémie considérable; 2° des modifications dans les phénomènes physiques de la respiration; 3° des variations de la pression artérielle; 4° des modifications dans la fréquence des battements du cœur; en un mot, de véritables troubles dans les fonctions hépatique, respiratoire et cardiaque.

D'où cette conclusion que l'anesthésie par inhalations de protoxyde d'azote n'est jamais inoffensive.

— A propos de cette communication, M. *Paul Bert* fait remarquer qu'il faut distinguer entre le protoxyde d'azote *pur* et le protoxyde d'azote mélangé, en proportions définies, avec l'oxygène par exemple. Si le premier est dangereux, comme l'affirme M. M. Laffont, le second est inoffensif. Plus d'un million d'anesthésies ont été obtenues par cet agent, dont plus de 100 000 en France, et c'est à peine si l'on compte huit cas suivis d'accidents, et encore sur ces huit cas il s'agit d'en retrancher trois dans lesquels on en saurait imputer la terminaison fatale à l'anesthésie proprement dite. C'est donc, en réalité, un chiffre extrêmement minime.

De l'action des hautes pressions sur les tissus animaux. Note de M. *Paul Regnard*. — Les premières recherches de l'auteur lui ont montré que des animaux aquatiques soumis à des pressions de 300 atmosphères mouraient assez rapidement, et à des pressions de 350 à 400 succombaient, pour ainsi dire, immédiatement. Or, un fait curieux c'est la pénétration de l'eau dans les divers tissus de l'animal, et leur augmentation de volume et de poids. Mais quel est le mécanisme de cette pénétration d'eau? On peut, dit l'auteur, la concevoir de deux manières :

1° Ou bien le protoplasma de l'épithélium, la matière même des fibres musculaires et la myéline des nerfs sont plus compressibles que l'eau d'une part, et que leur enveloppe d'autre part, et alors l'eau les refoule et prend leur place; puis, à la décompression, l'eau n'ayant pas la possibilité de fuir, gonfle les tissus en les dilacérant.

2° Ou bien, comme le propose M. Raphaël Dubois, l'eau, aux fortes pressions, se combinerait chimiquement aux albuminoïdes; puis, à la décompression, elle redeviendrait libre et formerait des sortes d'infarctus aqueux dont l'auteur donne la description.

En tous cas, le problème ne peut être résolu que par l'examen direct que M. Reguard se propose de poursuivre prochainement.

Le principe actif du koma-bacille comme cause de mort et d'immunité. Note de MM. *J. Ferran* et *J. Pauly*. — De quatre séries d'expériences effectuées sur des cobayes, les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° le koma-bacille mort communique la tolérance qui permet de résister aux effets du bacille virgule vivant; 2° le principe actif du bacille virgule, isolé par des procédés connus, confère une accoutumance qui permet de résister aux effets du microbe vivant et *vice versa*.

D'après MM. Ferran et Pauly, la cause qui détermine l'immunité et celle qui provoque la mort sont une seule et même cause, de nature essentiellement chimique; par conséquent l'immunité n'est, en réalité, qu'un fait d'accoutumance que l'on peut obtenir par des agents purement chimiques.

Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone. Note de MM. *Mairet* et *Combemale*. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 58.)

E. R.

Académie de médecine.

Séance du 19 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. *Weber*, vétérinaire à Paris, se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

M. le docteur *Leloir* (de Lille) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*).

MM. les docteurs *Fournier* (de Soissons) et *Cavaillon* (de Carpentras) envoient des rapports sur des épidémies observées par eux en 1884-1885. (*Commission des épidémies*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Blancard*, une brochure *sur le scrofulisme et son traitement* dans la commune de Saint-Affrique.

M. *Charcot* fait hommage, au nom de MM. *Maurice Mendelssohn* et *Charles Richet*, du premier fascicule des *Archives slaves de biologie* et dépose, de la part de M le docteur *Lemaître* (de Limoges), une brochure intitulée : *Variole et vaccine, leur action, leur force, contribution à l'étude de l'inoculation en France.*

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur *Jeannontol*, un mémoire *sur le menthiléna* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*); 2° au nom de M. le docteur *Bérenger-Féraud*, un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Recherches sur les accidents que provoque la morue altérée.*

Déclaration de vacance. — Une place de membre titulaire est déclarée vacante dans la neuvième section (*Médecine vétérinaire*).

Nominations de commissions. — M. *Léon Le Fort* est désigné pour remplacer M. Lunier, décédé, dans la Commission chargée de l'étude des mouvements de la population en France.

La Commission d'examen des candidatures à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire est composée de MM. Colin (d'Alfort), Goubaux, Leblanc, Vulpian et Mathias Duval.

Sont nommés pour faire partie des Commissions chargées de l'examen des candidatures au titre de correspondant national ou étranger :

Première division (*Médecine*) : MM. G. Sée, Roger, Charcot, Laboulbène, Potain, Vulpian et Proust.

Deuxième division (*Chirurgie*): MM. Legouest, Verneuil, Tarnier, Panas et Launelongue.

Troisième division (*Médecine vétérinaire*) : MM. les membres de la section de médecine vétérinaire.

Quatrième division (*Physique et chimie médicales, pharmacie*): MM. Berthelot, Javal, Milne-Edwards, Bourgoin et Gariel.

Élections. — Par 58 voix sur 61 votants, M. *Tholozan* (de Téhéran), porté en première ligne, est élu associé national.

L'élection d'un correspondant national dans la première division (*Médecine*) donne lieu à deux tours de scrutin. La liste de présentation était ainsi dressée : 1° M. Mandon (de Limoges), 2° M. Picot (de Bordeaux), 3° M. Queirel (de Marseille), 4° M. Arnould (de Lille), 5° M. Grasset (de Montpellier).

Premier tour de scrutin. — Votants : 64; majorité : 33.— M. Arnould obtient 30 voix; M. Mandon, 13; M. Grasset, 10; M. Picot, 6; M. Queirel, 4; plus 1 bulletin blanc.

Deuxième tour de scrutin. — Votants : 61; majorité, 31.— M. *Arnould* est élu par 47 voix; M. Mandon obtient 7 voix; M. Grasset, 6; M. Queirel, 1.

Antisepsie intra-oculaire.— Répondant aux objections que M. Maurice Perrin lui a présentées dans la dernière

séance, M. *Panas* maintient que l'antisepsie intra-oculaire à la suite de l'opération de la cataracte a pour résultat d'empêcher absolument la suppuration. Quoi qu'en ait dit son contradicteur, il ne s'agit pas là d'une quantité négligeable et il est des plus importants d'utiliser la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. En même temps que la suppuration a tout à fait disparu des salles où opère M. Panas, tous les processus réactionnels de l'œil se sont aussi trouvés réduits à leur minimum. Plus de conjonctivite, d'iritis, ajoute-t-il, cornée claire, sclérotique blanche, sécrétion nulle; en un mot j'obtiens une guérison rapide et complète en un temps qui ne dépasse pas le premier septénaire; de plus, ces succès sont obtenus sans mutiler l'œil.

Thoracoplastie. — M. *Polaillon* rapporte une observation adressée à l'Académie par M. le docteur *Vaslin* (d'Angers), sur une opération de thoracoplastie, suivie de guérison. Il s'agissait d'un homme ayant eu, à la suite d'une pleurésie, trois fistules pleurales, livrant passage à une suppuration abondante et infecte; il était très affaibli, les urines étaient albumineuses, la mort prochaine. M. Vaslin pratiqua la résection de 5 à 6 centimètres de la sixième et de la septième côte, incisa largement la plèvre et racla les parois de la poche avec une sonde Beniqué, de façon à détacher les fausses membranes; il referma ensuite la plaie en laissant deux gros drains dans la cavité pleurale, préalablement lavée. Au bout de cinq mois, les fistules étaient oblitérées, la paroi thoracique fortement déprimée, et le malade était aussi bien portant qu'avant sa maladie. On voit que la guérison a été obtenue ici en ne réséquant qu'une petite étendue de la paroi thoracique, ainsi que l'a fait Létiévant et contrairement aux principes de la méthode d'Estlander; il faut assurément tenir compte de la date relativement récente de la pleurésie. Dans un cas récent, où la pleurésie était ancienne, M. Polaillon dut réséquer 14 centimètres de la septième côte, 12 centimètres de la sixième côte et 8 centimètres de la cinquième; le malade, quoique notablement amélioré, n'est pas encore guéri.

Ostéosarcome du fémur. — M. *Vaslin* avait aussi envoyé une observation, que rapporte M. *Polaillon*, sur un cas d'amputation du fémur par un ostéosarcome à forme pulsatile chez un homme très âgé; l'opéré guérit et huit mois après il n'y avait pas de récidive.

Ptomaïnes et leucomaïnes. — M. *Armand Gautier* continue l'exposé de ses importantes recherches sur les alcaloïdes dérivés des tissus animaux, alcaloïdes qu'il désigne sous le nom de *ptomaïnes* quand ils sont extraits des cadavres et sous la dénomination de *leucomaïnes* lorsqu'on les trouve chez les animaux vivants et en bon état de santé.

Il se produit toujours au cours de la putréfaction des tissus animaux un certain nombre de substances alcaloïdiques vénéneuses (ptomaïnes), qui se forment aux dépens des matières albuminoïdes; ces alcaloïdes sont ou bien exempts d'oxygène et volatils ou bien oxygénés; les plus importants par leur masse et leur consistance appartiennent aux séries pyridiques et hydropyridiques. On n'est pas encore fixé sur la constitution des alcaloïdes à plusieurs atomes d'azote; on ne connaît pas davantage celle des alcaloïdes oxygénés, si l'on en excepte la névrine et la muscarine ou oxynévrine. D'ailleurs, les alcaloïdes putréfactifs varient suivant la nature du terrain où on les cultive; MM. Brouardel et Boutmy ont pensé qu'ils variaient aussi avec l'époque depuis laquelle a commencé la fermentation bactérienne; M. Brieger vient de donner la confirmation expérimentale de ces deux propositions. M. Armand Gautier a, en outre, observé que, quelle que soit la nature du terrain (chairs des mammifères, poissons, mollusques), les composés hydropyridiques et spécialement l'hydrocolidine se retrouvent d'une manière constante, et paraissent être les produits alcalins des bactéries qui ont le plus de vitalité et étouffent toutes les autres.

Quant aux leucomaïnes, c'est-à-dire aux alcaloïdes physiologiques qui apparaissent d'une façon constante dans les excrétions fournies par les animaux vivants et en santé, ils produisent sur les animaux des accidents de nature variable, mais constamment toxiques. M. Gautier a d'abord retiré du venin des serpents venimeux des alcaloïdes de ce genre, puis de la salive, du sang, de l'urine, de l'albumine et des muscles en particulier, dans lesquels il signale l'existence de plusieurs alcaloïdes nouveaux (la xanthocréatinine, la crusocréatinine, la pseudoxanthine, etc.), parfaitement définis et cristallisés, doués d'une action plus ou moins puissante sur les centres nerveux, produisant la somnolence, la fatigue, et quelques-uns les vomissements et la purgation.

Ces bases prennent naissance pendant la vie, au même titre que l'acide carbonique et l'urée; elles s'accumulent dans le sang dès que, par des raisons diverses, la peau, les reins, le tube digestif ne les éliminent plus; c'est alors qu'agissant sur les centres nerveux, elles donnent lieu à une série de phénomènes d'ordre pathologique qui se déroulent, se succèdent nécessairement, et dont l'ensemble contribue à former le tableau de chaque maladie. Nous résistons à cette incessante auto-infection par deux mécanismes distincts : l'élimination du toxique et sa destruction par l'oxygène.

L'élimination par les reins est évidente. M. Gautier a toujours retrouvé une petite proportion de ptomaïnes dans les urines normales, quantité très faible, mais bien réelle, et qui augmente et devient considérable dans quelques cas pathologiques, ainsi que l'a montré M. Bouchard pour les maladies infectieuses, en particulier pour la fièvre typhoïde, et comme vient aussi de l'observer M. G. Pouchet pour quelques maladies cérébrales.

L'élimination par le tube digestif semble tout aussi certaine, quoique ici le problème soit plus complexe, parce qu'une partie des alcaloïdes de l'intestin est certainement due à la fermentation bactérienne des aliments ingérés, et qu'ils puissent dans quelques cas passer inversement dans le sang, ainsi que le pense M. Bouchard.

Mais un moyen plus puissant peut-être que l'élimination de ces bases fait résister l'économie à l'auto-infection, c'est leur combustion incessante par l'oxygène du sang. La plupart de ces poisons, en effet, sont fort oxydables, et c'est par l'influence vivifiante et sans cesse renouvelée de l'oxygène à l'état normal qu'ils se brûlent et disparaissent au moins en grande partie. Aussi à l'état normal ne retrouve-t-on qu'une minime proportion de leucomaïnes musculaires dans les urines; elles ont été brûlées dans le torrent circulatoire et déjà peut-être dans les tissus. Mais qu'une cause quelconque diminue l'accès de l'air jusqu'au sang, que la quantité d'hémoglobine décroisse, comme dans la chlorose ou l'anémie, ou que l'on introduise dans le sang des substances entravant l'hématose, et l'on verra aussitôt s'accumuler les substances azotées de la nature des ptomaïnes ou leucomaïnes, ou du moins celles qui leur ressemblent le plus ou les accompagnent en général.

Sur ce point, peu de recherches précises ont été faites à cette heure, mais cette théorie n'explique-t-elle pas déjà les troubles nerveux de la chlorose, de l'anémie, de la grossesse, et cette bienfaisante influence des respirations d'oxygène, le seul moyen jusqu'ici connu de combattre efficacement ces vomissements incoercibles que provoque sans doute la rétention dans le sang d'un poison mal éliminé ou incomplètement brûlé. N'est-il pas permis de se demander si la fièvre elle-même, qui coïncide avec une consommation minimum d'aliments et une augmentation inversement proportionnelle dans l'acide carbonique éliminé et l'oxygène consommé, enfin avec une circulation plus rapide, n'aurait pas pour conséquence la destruction du poison qui s'est formé ou se forme surabondamment dans l'économie? En tout cas on ne saurait douter de l'action bienfaisante des agents qui excitent les fonctions des reins, de la peau et des

muqueuses intestinales, et plus encore, peut-être, de la puissante désinfection de l'économie par tout ce qui active la respiration et l'hématose.

M. Armand Gautier ajoute que, quelque actifs que soient ces poisons sur l'économie, il existe à côté des substances azotées non alcaloïdiques qui les accompagnent et sont douées d'une activité bien autrement grande. Le poison septique de Panum ne contient pas ou fort peu d'alcaloïdes; les matières azotées extractives et incristallisables des urines sont extrêmement toxiques; il s'est assuré, enfin, que la partie essentiellement active du venin des ophidiens était azotée, mais non alcaloïdique. Ces substances, bien autrement importantes en quantité que les ptomaïnes et les leucomaïnes, oxydables et azotées comme elles, méritent qu'on les étudie de près. Leur jour viendra et leur étude sera l'une des plus fécondes qui soient réservées à la médecine de l'avenir. — (Cette communication est accueillie par de vifs applaudissements.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Fracture du crâne, rapport: M. Nepveu. — Lipomes du mésentère, M. Terrillon. — Effets des tractions continues sur les articulations atteintes de coxalgie: M. Lannelongue. — Présentation de malades: MM. Pozzi et Robert.

M. *Nepveu* rend compte d'une observation adressée à la Société par M. Guérlain (de Boulogne-sur-Mer). Il s'agit d'un matelot qui, atteint au crâne par un choc violent, tomba sans connaissance, perdant en abondance du sang par la bouche et le nez; bientôt se montra une tuméfaction énorme des paupières et la mort survint trois heures après l'accident. A l'autopsie, on trouva une fêlure se dirigeant de l'apophyse orbitaire externe vers la partie supérieure de la suture frontale; un autre trait de fracture traversait le plancher de l'orbite gagnant le côté opposé après avoir fracturé la lame criblée de l'ethmoïde en arrière de l'apophyse cristagalli.

— M. *Terrillon* lit un important travail sur les lipomes du mésentère, dont le point de départ a été une très intéressante observation personnelle déjà communiquée à l'Académie de médecine, il y a quelques semaines. Voici d'abord ce fait: Un homme de trente-cinq ans éprouve, il y a trois ans, des douleurs dans l'abdomen et quelques vomissements; bientôt le ventre grossit et atteint progressivement un volume considérable; il entre dans les premiers mois de l'année 1885 dans un hôpital de province, deux ponctions sont pratiquées, qui ne donnent issue à aucun liquide. En juillet, le malade vient à Paris: il est à ce moment dans un état de cachexie profonde; son ventre mesure 155 centimètres de circonférence, il est tendu, mat à la percussion, mais fluctuant, l'intestin est repoussé sur un des côtés; de grosses veines se dessinent sous les téguments. On pratique une ponction, mais comme les deux premières elle demeure négative. En octobre, le malade ayant repris des forces, grâce à l'administration d'un traitement réparateur, on tente de le débarrasser de son affection par une laparatomie. Le ventre ouvert, on trouve entre les feuillets du mésentère une masse volumineuse, que l'on arrive avec beaucoup de peine à séparer des parties voisines, surtout sur ses parties latérales, où elle adhère à l'intestin qu'il faut disséquer avec le plus grand soin. Cependant on finit par la libérer complètement et après l'avoir détachée en arrière des gros vaisseaux (aorte, veine cave, vaisseaux iliaques), on l'enlève dans son entier. Il en résulte une vaste cavité saignant de toutes parts, qu'on parvient à mettre à sec en jetant une vingtaine de ligatures au catgut sur les vaisseaux; après une toilette soignée du péritoine, on ferme la cavité abdominale par dix-neuf points de suture. Le malade est très affaibli à la suite de l'opération, il n'a pas de fièvre, mais il est pris d'une diarrhée très abondante, qui cède vers le dixième jour. Le quinzième jour, l'état général est excellent; la plaie abdominale est réunie et tout semble présager une terminaison heureuse, lorsque le vingtième jour réapparaît la diarrhée, qui ne cède à aucune médication et entraîne au bout de quelques jours la mort du malade. A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite chronique adhésive non suppurée. La tumeur pesait 57 livres. L'examen histologique fait au Collège de France montra qu'il s'agissait d'un lipome myxomateux par place en voie d'accroissement rapide.

Les observations de lipome du mésentère sont rares. M. Terrillon a pu en réunir quinze faits; dans sept cas le chirurgien est intervenu; dans les huit autres cas la tumeur a été trouvée accidentellement à l'autopsie. C'est avec ces quinze observations que M. Terrillon essaye de tracer l'histoire de cette affection. Ce genre de tumeur se rencontre plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Le poids qu'elles acquièrent est en général énorme et leur évolution très rapide. Prenant naissance au-devant de la colonne vertébrale, elles se développent entre les deux feuillets du mésentère et repoussent l'intestin latéralement; parfois elles déplacent également le côlon, qui passe au-devant d'elles. Presque toujours l'intestin contracte de solides adhérences avec le néoplasme. Rarement il y a de l'ascite et cette complication n'a été rencontrée qu'une fois. Les symptômes ne présentent rien de caractéristique, ce sont ceux des tumeurs abdominales en général. De là résulte que le diagnostic doit être jusqu'à nouvel ordre considéré comme impossible. Chez la femme, ces tumeurs ont presque toujours été prises pour des tumeurs de l'ovaire et chez l'homme on a cru le plus souvent avoir affaire à des myxomes intra-abdominaux. C'est le diagnostic auquel s'était arrêté M. Terrillon. La ponction ne donne aucun renseignement. Il est rare que l'examen histologique ait révélé l'existence d'un lipome absolument pur; presque toujours il s'y joint des parties myxomateuses. L'opération est des plus graves, car jusqu'ici elle n'a donné qu'un succès (Madelong) sur sept. Cette gravité s'explique par les adhérences du néoplasme aux intestins et surtout par le grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques qu'on intéresse. La ligature ou la suppression de ces derniers rend l'alimentation impossible; aussi les malades, s'ils échappent aux premiers risques de l'opération, finissent par succomber à la diarrhée et à l'épuisement. Le succès de Madelong s'explique sans doute par le peu d'adhérences de la tumeur aux feuillets du mésentère.

— M. *Lannelongue* lit une note clinique et expérimentale sur les résultats de la traction continue dans le traitement des abcès de la coxalgie. Cette méthode thérapeutique a été conseillée pour la première fois par Le Sauvage (de Caen); les Anglais et les Américains, qui l'ont ensuite employée, l'ont appliquée avec des appareils compliqués, permettant la marche; en Allemagne, Volkmann l'a remise en usage dans la station horizontale et Boeckel et Monod l'ont préconisée dans les mêmes conditions d'application. M. Lannelongue laisse pour le moment le côté clinique de la question et ne s'occupe que du côté expérimental. Morosof a démontré qu'il fallait une traction considérable de 20 à 30 kilogrammes pour obtenir sur le cadavre d'un individu non atteint de coxalgie, un écartement des surfaces de 1 millimètre. M. Lannelongue a expérimenté sur le cadavre d'un enfant de quatre ans, mort du croup et qui, affecté d'une coxalgie, avait été soumis durant sa vie à la traction continue pendant quarante-cinq jours, avec des poids de 2 kilogrammes d'abord, puis de 3 kilogrammes. Après la mort, le membre malade fut soumis pendant une douzaine d'heures aux tractions continues avec un poids de 4 kilogrammes, puis congelé. C'est alors qu'on fit une coupe verticale de l'articulation passant par son centre et qu'on constata les résultats suivants: la tête fémorale

s'applique exactement dans la cavité cotyloïde à sa partie inférieure; au centre, elle s'en trouve séparée par un espace de 2 millimètres et en haut par un espace qui mesure 1/2 millimètre; cet espace est comblé par des fongosités. Cette expérience, qui se trouve à l'abri de toute critique, grâce aux précautions prises pour la réaliser, prouve donc que la méthode des tractions continues faibles, mais longtemps prolongées, produit un écartement réel des surfaces articulaires.

M. *Després* fait remarquer que si les surfaces articulaires s'écartent ainsi sous l'influence des tractions, il ne serait pas logique de prolonger trop longtemps l'extension dans les cas où l'on recherche l'ankylose.

M. *Verneuil* pense que pour qu'il y ait écartement des surfaces articulaires, il est nécessaire qu'il existe soit du côté de la cavité cotyloïde, soit du côté de la tête fémorale des déformations squelettiques; au début la traction ne peut déterminer que la cessation de contact des surfaces, et à ce titre elle doit encore rendre de grands services.

Une chose frappe M. Verneuil dans le dessin présenté par M. Lannelongue, c'est la déformation du col qui formant un angle droit avec l'axe du fémur a relevé le grand trochanter de façon à en imposer pour une luxation. C'est une disposition dont il faut être prévenu, sous peine de croire à un déplacement de la tête hors de sa cavité alors qu'elle est bien en place. Dernièrement M. Verneuil lui-même, a été victime de cette méprise.

M. *Trélat* rappelle qu'il a déjà insisté devant la Société sur ces déformations de l'extrémité supérieure du fémur chez les coxalgiques. Elles se lient aux troubles de nutrition de l'os et n'indiquent pas que l'affection soit incurable.

— M. *Pozzi* présente une malade, qu'il a opérée d'une hématocèle rétro-utérine par incision au niveau de la fosse iliaque et drainage par le cul-de-sac du vagin.

— M. *Robert* lit une observation de mutilation de la face par un coup de feu.

Alfred POUSSON.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1885. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Allocution du président sortant et du nouveau président. — Du régime alimentaire dans la glycosurie : M. Duhomme (Discussion : MM. F. Vigier, Boismont). — De la mucine dans le liquide des kystes paraovariques : M. Boquillon. — Emploi de la cocaïne contre les crises gastriques du tabes : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. C. Paul, Féréol, Huchard). — De la lanoline : M. Boismont.

M. *Duhomme*, président sortant, prononce l'allocution d'usage, et remercie les membres du Bureau du concours qu'ils lui ont prêté pendant l'année qui vient de s'écouler.

— M. *Cadet de Gassicourt*, en prenant place au fauteuil de la présidence pour l'année 1886, exprime ses remerciements à ses collègues pour l'honneur qu'ils lui ont accordé en l'appelant à présider la Société.

— M. *Duhomme* donne lecture de sa troisième note sur *le régime alimentaire dans la glycosurie*. Il rappelle qu'il s'est constamment efforcé de montrer que le diabète, même dans ses formes les plus graves, ne peut être considéré comme une maladie dans le véritable sens du mot, et surtout comme une entité morbide; c'est un trouble plus ou moins profond de la fonction glycogénique du foie. C'est ce trouble qu'il a proposé de désigner sous le nom d'*uroglycosie*, afin d'éviter toute confusion avec le diabète, la glycosurie, ou même la glycémie. La clinique apprend qu'il n'y a pas d'urines qui, à un moment donné et convenablement choisi, ne renferment une petite quantité de sucre; donc, dans bien des cas, la glycosurie n'est qu'une simple exagération de l'état normal. D'autre part, cette production de sucre urinaire est souvent limitée à un maximum absolument indépendant du régime alimentaire. Enfin, on reconnaît aisément que la disparition plus ou moins prompte et complète du sucre urinaire sous l'influence du régime restreint est tout à fait indépendante de la quantité de sucre que renferme l'urine et de l'ancienneté de l'affection. Ces notions sont des plus importantes pour le diagnostic et le pronostic à porter dans les différents cas; elles ont conduit M. Duhomme à classer le trouble fonctionnel en trois types distincts : uroglycosie simple, mixte et complexe. Dans l'uroglycosie simple, la seule dont il s'occupe pour l'instant, et la seule qui puisse être considérée comme ultra-physiologique, le sucre urinaire doit exclusivement son origine aux matières féculentes et sucrées, récemment ingérées, ce qui établit une distinction nette entre le sucre hépatique ou organique (aliment de réserve ou de nutrition indirecte) et le sucre alimentaire (aliment de nutrition directe, c'est-à-dire destiné à une utilisation immédiate). C'est ce sucre alimentaire, plus stable, qui seul est éliminé lors de piqûre diabétique du quatrième ventricule, alors que le sucre hépatique se trouve versé en trop grande quantité dans le sang sous l'influence de l'excitation nerveuse: en effet, l'expérience ne réussit que chez l'animal en période digestive; dans le cas contraire, on constate la glycémie, mais non la glycosurie. La glycosurie peut, du reste, exister parfois sans hyperglycémie, lorsque le rein laisse filtrer immédiatement le sucre introduit en excès dans le sang: le rein répare les défaillances du foie considéré comme régulateur. Le régulateur hépatique peut, on le conçoit, fonctionner mal sans qu'il existe de lésion matérielle de l'organe, et inversement il peut être en mauvais état sans que le trouble de régulation apparaisse, si la différence entre la recette et la dépense n'est pas assez considérable pour nécessiter son fonctionnement. La preuve clinique la plus évidente de cette fonction de régulateur consiste dans le maximum biologique de glycosurie. L'uroglycosie simple reconnaît pour cause un défaut d'équilibre entre la production et la consommation, c'est la rupture *momentanée* de l'équilibre entre l'entrée et la sortie du sucre qui passe dans le sang. Il est illogique de relever le bilan de ces recettes et dépenses toutes les vingt-quatre heures; on est arrivé ainsi à imposer le régime restreint aux glycosuriques *faiblement* atteints parce qu'on a regardé leur sucre urinaire comme un excédent sur les besoins de l'organisme ou sur la possibilité pour celui-ci de l'utiliser. Mais l'analyse des urines recueillies toutes les heures démontre que l'apparition du sucre urinaire est un phénomène de début, et non de déclin de la fonction glycogénique. Donc, chez ces individus le régime restreint, sans effet s'il est peu sévère, devient nuisible dans le cas contraire, car il les prive d'aliments qu'ils pourraient utiliser, et oblige le foie à une suractivité de sa fonction glycogénique. Le régime féculent est, à coup sûr, une *condition* de la glycosurie et de tous les phénomènes qui s'y rattachent, mais n'en est pas la *cause;* l'existence du maximum biologique démontre la nullité de son influence pathogénique; peut-être sa suppression n'a-t-elle pas un plus grand pouvoir au point de vue curatif proprement dit. Le pronostic de l'uroglycosie simple découle de ce que, dans ce type, la fonction glycogénique est simplement troublée et rarement compromise; elle le devient cependant lorsque le foie se montre impuissant à satisfaire à lui seul aux besoins de l'organisme; mais alors les substances azotées autres que l'urée (créatine, créatinine, etc.), qui troublent ordinairement la réaction des urines faiblement sucrées dans l'analyse par la liqueur de Fehling, sont considérablement diminuées. L'uroglycosie simple qui représente la majorité des cas de glycosurie soumis à l'observation, correspond à une suracti-

vité de la fonction glycogénique. Dans les types mixte ou complexe, on peut supposer que c'est surtout la puissance de transformation qui est en souffrance, car les deux sucres hépatique et alimentaire se trouvent alors compromis.

M. *F. Vigier* demande si M. Duhomme a fixé la relation qui paraît exister entre la diminution de la glycose dans les urines, et l'augmentation corrélative de l'urée qu'on observe lorsque le diabète s'atténue, par exemple dans les cas de diabète intermittent.

M. *Duhomme* pense que cette augmentation de l'urée est due, le plus souvent, à l'usage d'un régime fortement azoté; d'ailleurs, il n'existe pas de procédé sûr de dosage de l'urée. En effet, au moyen de l'hypobromite de soude, on décompose non seulement l'urée, mais aussi les autres substances extractives, créatine, créatinine, etc., et l'azote recueilli représente la somme de tous ces produits azotés. Ce sont ces substances qui troublent la réaction de la glycose avec la liqueur cupropotassique et qui donnent lieu à des précipités jaunâtres ou verdâtres, mais non au précipité rouge d'oxydule de cuivre, lorsqu'on analyse une urine faiblement sucrée. On peut croire parfois à l'absence de glycose dans une urine qui en renferme 10 à 12 grammes par litre. Il est facile, du reste, de déceler l'erreur avec le polarimètre; cependant il faut tenir compte de ce fait qu'une urine diabétique, alors qu'elle ne renferme plus de glycose, dévie légèrement à gauche le plan de polarisation : elle semble donc renfermer une substance lævogyre, qui contre-balance en partie l'action dextrogyre de la glycose.

M. *Boismont* fait observer qu'avec le procédé de Millon, on dose exactement l'urée; en effet l'azotite de mercure décompose l'urée seule, et non la créatine, la xanthine, etc. Ce procédé n'est malheureusement pas pratique, aussi l'a-t-il légèrement modifié, ce qui, sans lui enlever sa précision, en rend l'usage beaucoup plus facile.

M. *Duhomme* rappelle que la glycose peut disparaître de l'urine ou réapparaître avec une surprenante rapidité suivant le régime; on peut ainsi, chez un diabétique, faire disparaître la glycose tous les deux jours par exemple, en alternant le régime restreint avec le régime féculent et sucré. Quant au maximum biologique, il dépend de l'individu lui-même, et ne peut être dépassé quels que soient le régime et l'entraînement. Il n'y a pas de maximum normal de glycosurie.

— M. *Boquillon* donne lecture d'une note relative à l'analyse du liquide de deux kystes paraovariques. Ce liquide renfermait de la mucine, aisément reconnaissable à ses diverses réactions, dans la proportion de 3,35 et 5 pour 100. La présence de la mucine permettrait de distinguer le liquide des kystes paraovariques de celui des kystes de l'ovaire qui n'en renferme pas.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a employé le chlorhydrate de cocaïne par la voie stomacale dans deux cas de crises gastralgiques d'origine tabétique. Il a donné, toutes les deux heures, deux cuillerées à bouche d'une solution de 50 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans 200 grammes d'eau, jusqu'à concurrence de 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures : cette dose est à peu près celle que les Indiens absorbent en mâchant des feuilles de coca. Les douleurs ont été manifestement calmées, mais les malades ont éprouvé une sorte d'ivresse avec excitation légère. Chez une autre malade atteinte d'ulcère simple très douloureux de l'estomac les résultats ont été identiques. M. Dujardin-Beaumetz a donné la cocaïne à ses malades *couchés;* il craindrait que, dans la station verticale, on ne vît parfois se produire les accidents de vertige et de chute qu'il a antérieurement signalés pour les injections hypodermiques.

M. *C. Paul* a eu l'idée de se servir de la cocaïne dans un cas de fissure à l'anus, avant de pratiquer la dilatation; mais il n'a trouvé aucun renseignement sur la façon d'employer l'agent anesthésique en pareille circonstance.

M. *Féréol* a supprimé, dans deux cas de fissure à l'anus, la douleur persistant même après la dilatation du sphincter, au moyen de badigeonnages avec la solution de cocaïne.

M. *Huchard* a fait disparaître la douleur chez un malade atteint d'ulcus de l'estomac au moyen de l'ingestion de cocaïne; il existe d'ailleurs d'assez nombreux exemples de suppression de gastralgies avec la cocaïne prise en solution à la dose de 20 centigrammes environ. Chez un tabétique présentant une insuffisance aortique, M. Huchard n'a pas osé recourir à la cocaïne pour calmer les crises gastriques, à cause des phénomènes d'anémie cérébrale précédemment signalés par M. Dujardin-Beaumetz; il aurait redouté quelque accident chez un semblable malade, et pense qu'il y a dans ces faits une source de contre-indications particulières.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'Obissier a, le premier, employé la cocaïne comme anesthésique pour la dilatation dans le cas de fissure à l'anus. Lui-même a pratiqué la dilatation après avoir fait quatre injections sous-cutanées de cocaïne au pourtour du sphincter : la douleur a été nulle. Il ne faut pas, d'ailleurs, se contenter de badigeonnages, ainsi que l'a fait Clemente Fereira, au Brésil; on n'obtient ainsi qu'une anesthésie absolument insuffisante pour la dilatation forcée. — Il signale les bons effets de la cocaïne, non seulement dans les brûlures cutanées, mais aussi dans le cas d'eczéma, pour calmer le prurit douloureux. Il faut d'ailleurs se souvenir que l'action anesthésique de la cocaïne est toujours passagère et qu'on aura besoin de recourir à son emploi à des intervalles ordinairement assez rapprochés.

— M. *Boismont* présente un corps gras, la *lanoline*, extrait de la laine du mouton; c'est une substance glutineuse, couleur café au lait, qui fond par la chaleur, est miscible aux corps gras et aux huiles, et à laquelle on incorpore aisément son poids d'eau. La lanoline permet de préparer très rapidement et sans peine une excellente pommade mercurielle à parties égales. On peut y ajouter un peu d'axonge pour assouplir la peau, ce que ne fait pas la lanoline seule.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

EXTRAIT DES TRAVAUX DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Anévrysme des portions ascendante et transverse de l'arc de l'aorte.

Le cas, cité par M. *F. de Havilland Holl*, concerne un homme âgé de soixante et un ans, qui souffrait d'une dyspnée intense avec cyanose et d'une toux à timbre métallique avec expectoration purulente; le pouls des radiales était égal, et il n'existait aucun signe d'anévrysme; les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs étaient paralysés, et la dyspnée avait commencé depuis trois mois. On diagnostiqua une tumeur maligne comprimant les nerfs récurrents ou l'un des pneumogastriques. Mais l'autopsie fit découvrir une première tumeur anévrysmale à la face postérieure de l'arc aortique, et une autre, fusiforme, sur l'aorte descendante, au-dessus du diaphragme. Les poumons étaient hépatisés.

Le diagnostic de l'anévrysme était presque impossible dans ce cas. Quant à la dyspnée, elle était due d'une part à la paralysie des abducteurs des cordes vocales, qui restaient anormalement rapprochées, d'autre part à la compression de la trachée, avec accumulation de mucus au-dessus du rétrécissement. La paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs peut s'expliquer par la compression du récurrent gauche; le tronc gauche du pneumogastrique était peut-être également comprimé.

Une discussion s'ensuivit sur la cause véritable de la

paralysie des muscles du larynx et sur l'opportunité de la trachéotomie dans des cas semblables au précédent. (*Clinical Society of London*, séance du 11 décembre 1885.)

Suppuration autour de l'appendice vermiculaire; traitement par l'incision abdominale.

MM. *Th. Barlow* et *Rickman J. Godlee* relatent le cas d'un homme de vingt ans qui depuis deux ans souffrait d'attaques de diarrhée et de vomissement. Vers le 12 septembre dernier, le malade perdit l'appétit et éprouva une vive douleur dans l'abdomen, puis fut atteint de vomissements avec constipation absolue; la température s'éleva à 39°,1. On diagnostiqua une lésion de l'appendice vermiculaire et une obstruction intestinale. On donna de l'opium et du thé de bœuf glacé avec de la glace sur le ventre. La température redevint normale, mais les autres symptômes ne s'étant pas amendés, une incision fut pratiquée sur la ligne médiane de l'abdomen; on trouva des signes de péritonite récente et une collection de pus dans le voisinage du cæcum; l'appendice vermiculaire était épaissi; une seconde incision fut pratiquée au-dessus de la fosse iliaque droite et un gros tube à drainage introduit, atteignant l'appendice vermiculaire; un petit tube fut engagé par l'incision médiane fermée au moyen de sutures; on fit des irrigations avec une solution au sublimé à 1/500. Le malade fut longtemps nourri par la voie rectale. Il se rétablit très bien. Il y eut un peu d'albuminurie un ou deux jours après l'opération; plus tard survint une parotidite qui n'entraîna pas de suppuration. (*Ibid.*)

De la myopie.

M. *von Rothmund* fait ressortir que la myopie n'est qu'un symptôme de diverses affections oculaires et peut être déterminée, soit par un allongement congénital de l'œil dans le sens de l'axe antéro-postérieur, soit plus rarement par une voussure exagérée de la cornée, soit paraître plus considérable qu'elle ne l'est en réalité par suite d'un état spasmodique de l'accommodation. Il ne croit pas que la myopie devienne progressive dans plus de 1 pour 100 des cas, ni que le nombre des myopes soit en progression aussi croissante qu'on veut bien le dire. Les statistiques des Universités sont suspectes en ce sens que si la myopie augmente par suite des études de plus en plus étendues qu'on exige des élèves, le nombre de ceux-ci s'accroît également. Dans les écoles, la meilleure observation des règles d'hygiène compense l'influence du travail plus prolongé; ce qui est surtout dangereux au point de vue de l'œil, c'est le travail des élèves à domicile. Il considère, du reste, la myopie faible comme favorable au point de vue de l'activité fonctionnelle, plus en tout cas que l'hyperopie, sans compter qu'elle est souvent le signe d'un plus grand développement de la boîte crânienne et peut-être du cerveau. Quant aux cas d'amaurose, due à la myopie, ils sont extrêmement rares.

M. *Seggel* ne croit pas à cette innocuité de la myopie; il est persuadé d'autre part que le nombre des myopes augmente, témoin le nombre de plus en plus considérable de volontaires d'un an qu'on est obligé de libérer du service militaire pour ce vice de l'œil. Enfin, un inconvénient de la myopie, c'est que la vision perd de son acuité.

M. *von Gudden* a fait des expériences nombreuses sur l'accroissement du crâne et il a constaté précisément que c'est dans les crânes étroits que le globe oculaire s'allonge dans le sens antéro-postérieur.

M. *L. Stumpf* affirme que la fréquence de la myopie a diminué dans les écoles, grâce aux nouvelles mesures hygiéniques; la statistique le démontre pour quelques écoles de Brunswick et de Hesse.

M. *von Rothmund* maintient que la myopie n'est pas un défaut pour une nation. Quant à la question de l'acuité visuelle, il croit que la diminution de celle-ci est le plus souvent attribuable à l'astigmatisme, M. Seggel avouant lui-même que pour les faits sur lesquels il se basait, il n'avait pas été tenu compte de ce facteur. Pour lui, l'œil myope est excellent, c'est l'œil du savant. (*Société médicale de Munich*, séance du 4 novembre 1885.)

Rechute vraie de fièvre typhoïde.

Il s'agit d'une fille de vingt ans qui parcourut les différentes phases d'une fièvre typhoïde, avec taches rosées et hypertrophie de la rate; la fièvre dura vingt-sept jours; pendant la convalescence la constipation fut opiniâtre; au bout de vingt-quatre jours, une rechute eut lieu et la fièvre persista de nouveau vingt-quatre jours avec taches rosées comme la première fois; la constipation revint avec la convalescence; la santé se rétablit bien. M. *J.-W. Moore* rappelle que la rechute peut s'expliquer de deux manières différentes: 1° nouvelle contamination du sang par le virus grâce à l'obstacle que la constipation apporte à son élimination; 2° recontamination du sang par la portion de ce liquide contenu dans la rate hypertrophiée et n'ayant point pris part à la dépuration, lors de la crise. Dans le cas présent, non seulement il y avait constipation opiniâtre après la première attaque, mais encore la rate était restée volumineuse. Il y a là deux indications: c'est, comme le fait remarquer M. *Finny*, de combattre la constipation par des lavements, et de tout craindre tant que la rate n'est pas revenue à son volume normal. (*Académie de médecine d'Irlande*, séance du 20 novembre 1885.)

Névrite optique double à la suite d'une chute

Une fille de onze ans, étant tombée sur la tête, eut une série de faiblesses les semaines suivantes; lorsqu'elle se présenta à lui un mois après l'accident, M. *S. West* ne lui trouva aucun symptôme de paralysie, mais de la névrite optique double; la vision était bonne. Après un traitement de dix semaines à l'iodure de potassium et au mercure, la névrite disparut totalement. Il n'y avait point alors d'hypermétropie.

Une discussion s'ensuivit; de diverses observations il paraîtrait ressortir que les enfants qui présentent des anomalies de la réfraction sont exposés tout particulièrement à la névrite optique, à la suite de traumatismes céphaliques. (*Ophthalmological Society of the United Kingdom*, séance du 10 décembre 1885.)

EXTRAITS DES COURS PUBLICS

Sur divers points litigieux de la syphilis (Leçon Lettsomienne), par M. Jonathan HUTCHINSON. — Quoique les idées de M. Hutchinson sur la syphilis ne soient pas acceptées de tous et que quelques-unes puissent même paraître hasardées, le sujet présente une importance sociale trop grande pour que nous n'attirions pas l'attention sur l'intéressante leçon d'ouverture que cet éminent syphiliographe a faite devant la Société médicale de Londres. Que tous les cliniciens apportent comme lui leur tribut d'observations et les problèmes les plus obscurs finiront par s'élucider.

Dès le début de sa leçon, M. Hutchinson aborde la question si controversée du chancre mou et du chancre induré. Pour lui le premier est syphilitique comme le second, seulement il est l'effet d'un virus atténué par son passage ou sa

pénétration dans un organisme réfractaire à la syphilis; c'est ce que démontrent, d'une part, l'inoculation pratiquée sur des individus atteints de syphilis antérieurement et chez lesquels l'inoculation donne lieu à une ulcération qu'on ne saurait distinguer du chancre mou; d'autre part, l'inoculation faite sur des individus non syphilitiques, avec la sécrétion vaginale purulente d'une femme atteinte de la maladie, inoculation suivie du même résultat que dans le cas précédent. Son expérience personnelle lui permet néanmoins d'affirmer que le chancre mou est très rare chez des individus qui n'ont pas déjà eu la syphilis.

M. Hutchinson passe ensuite aux relations qui lient la pourriture d'hôpital à la syphilis; on connaît la tendance des lésions syphilitiques au phagédénisme; il n'y a donc rien de déraisonnable à rechercher l'étiologie de la pourriture d'hôpital dans l'action pernicieuse de la syphilis sur les tissus enflammés, plutôt que dans l'inobservance des règles de l'hygiène. M. Hutchinson a pu, dans plusieurs cas d'épidémie de pourriture d'hôpital, remonter à la première origine de la maladie, démontrer qu'un ulcère syphilitique phagédénique en a été le point de départ; on sait du reste que cette redoutable affection règne surtout dans les ambulances militaires, en temps de guerre; en pareil cas, la cause est facile à élucider. Cette théorie de l'étiologie de la pourriture d'hôpital ne peut manquer d'exciter la méfiance, d'autant plus que la nature même des choses s'oppose à une démonstration rigoureuse des faits allégués. D'après M. Hutchinson, il n'est pas probable que la syphilis elle-même se trouve transmise avec la pourriture d'hôpital; en revanche le virus des chancres phagédéniques primitifs est toujours spécifique.

La gangrène spéciale produite par la syphilis, susceptible d'être transmise d'homme à homme, est donc entièrement comparable au chancre mou, également transmissible, mais dont le contage n'a plus aucun rapport avec le virus spécifique, quoiqu'il se soit développé primitivement sous l'influence de celui-ci.

M. Hutchinson signale également le fait curieux du retour de l'induration dans le sillon balano-préputial, souvent au niveau même du siège du chancre primitif, et sans infection nouvelle; ce fait est confirmé par M. Fournier. Quoique rare, il ne doit pas être méconnu.

Se fondant sur son expérience personnelle, l'orateur affirme, contrairement à ce qu'on lit dans les traités spéciaux, que les bubons syphilitiques, consécutifs à un chancre induré du pénis, suppurent communément, surtout lorsque le chancre vient à s'enflammer pour une cause ou pour une autre. Il considère la présence de cicatrices dans l'aine comme une preuve de syphilis aussi certaine que les cicatrices du pénis.

Depuis que Ricord a, pour la première fois, en 1839, fait l'importante observation qu'une première atteinte de syphilis confère l'immunité contre toute autre, cette opinion a rencontré une adhésion unanime. Cependant M. Hutchinson a observé des faits d'infection nouvelle, avec tous les accidents consécutifs, plusieurs années après une première atteinte, lors même que le malade souffrait encore des suites de cette atteinte.

Quant à la période d'incubation, elle est de cinq à six semaines d'après lui.

Il est en outre partisan de la transmission possible de la syphilis par la vaccine, et même par la lymphe la plus claire et la plus limpide, prise sur un sujet syphilitique. Nous ne le suivrons pas dans tous les développements qu'il donne à cette question.

Quelle que soit l'opinion qu'on puisse se faire des théories de M. Hutchinson, il faut savoir gré à ce savant syphiliographe d'avoir apporté à la solution probablement encore reculée des problèmes qu'il a traités, des faits d'expérience et d'observation consciencieuse. (*The Lancet*, 9 janvier 1886.)

REVUE DES JOURNAUX

Études dynamométriques sur l'état des forces dans les quatre membres chez quelques malades atteints de monoplégies d'origine cérébrale, par M. P. Dignat. — On sait que, lorsqu'un malade est frappé d'hémiplégie totale à la suite d'une lésion unilatérale du cerveau, les membres du côté correspondant à la lésion cérébrale (par conséquent du côté opposé à l'hémiplégie) subissent un certain degré d'affaiblissement, qui s'accentue progressivement si le malade est menacé de mort prochaine, et qui se dissipe, au contraire, petit à petit, à mesure que la guérison s'affirme. En revanche, on ignore encore ce qui se passe du côté des membres non paralysés dans les cas de monoplégies dépendant de lésions très limitées du cerveau. M. Dignat cite cependant deux observations se rapportant à des cas de ce genre : dans le premier, il s'agissait d'une monoplégie du membre inférieur droit, d'origine syphilitique; dans le second, d'une monoplégie associée de la face et du membre supérieur droit. Chez les deux malades, on mesurait chaque jour au dynamomètre les forces dans les quatre membres. Si l'on compare les deux séries de tracés ainsi obtenus, il semble qu'il y ait une différence notable au point de vue spécial de l'état des forces entre la monoplégie crurale et la monoplégie brachiale. Ainsi, dans le premier cas, l'affaiblissement concomitant des parties non paralysées est surtout marqué dans le membre inférieur gauche, c'est-à-dire dans le membre du côté opposé au membre paralysé. Dans la seconde observation, au contraire, l'affaiblissement concomitant des parties non paralysées est surtout marqué dans le membre inférieur du même côté que le membre supérieur paralysé. Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire si ce fait est ou non général. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1885, n° 15.)

La valvule de Bauhin considérée comme barrière des apothicaires, par M. Ch. Debierre. — Comme on le sait, on est loin d'être exactement fixé sur la question de savoir si la valvule iléo-cæcale est suffisante, si elle s'oppose toujours efficacement au reflux des matières excrémentitielles, liquides ou gazeuses, du cæcum dans l'iléon. M. Debierre a cherché à résoudre la question expérimentalement en insufflant de l'air dans le gros intestin ou en injectant de l'eau dans le rectum avec une force continue et progressive, et il a constaté que la valvule est tantôt suffisante, tantôt insuffisante. Cela tient évidemment à la disposition anatomique de la valvule elle-même. L'auteur a pu s'assurer, en effet, que la valvule est composée de deux lèvres variables dans leur forme et leur longueur relative, suivant les individus, et il conclut que : « La valvule iléo-cæcale est infranchissable lorsque ses deux valves sont égales ou la valve inférieure plus longue; elle est insuffisante quand la lèvre inférieure est inscrite dans un cercle plus petit que celui de la lèvre supérieure. »

Comme conséquence pratique, M. Debierre fait ressortir l'utilité des injections gazeuses ou liquides dans le gros intestin en cas d'étranglement de l'intestin grêle; on court toujours la chance d'avoir affaire à une valvule insuffisante. Depuis quelque temps, le lavage de l'estomac a également été employé avec succès contre l'obstruction intestinale. Il ne faut donc recourir à la laparotomie que si ces deux moyens ont échoué. (*Lyon médical*, 1885, n° 45.)

La lanoline, de son emploi dans la fabrication des onguents, par M. Liebreich. — La plupart des principes gras qui entrent dans l'organisme, sauf la cétine, sont des glycérides. Cependant la matière grasse de la laine des brebis, le suint, n'est pas un glycéride; c'est un corps résultant de l'union de la cholestérine avec des acides gras, comme l'a

démontré Hartmann en 1868. M. Liebreich a recherché ce corps gras chez d'autres animaux, et il a pu constater qu'on ne le rencontre jamais autrement qu'à côté de la kératine; les plumes des oiseaux en sont imprégnées, sans qu'on puisse le faire venir de la glande anale; les poils du paresseux, les soies du porc et les piquants du porc-épic en contiennent sans qu'on puisse le faire dériver des glandes sébacées, qui n'existent pas chez le paresseux, et qui sont atrophiées chez le porc et le porc-épic; on en trouve également dans les fanons des baleines, dans l'écaille des tortues, dans l'enduit sébacé du fœtus, etc. M. Liebreich a donné à ce corps le nomde *lanoline*.

La lanoline jouit de la propriété d'être très facilement absorbée par la peau. De là l'idée de son emploi thérapeutique. Elle se mélange très aisément avec l'eau; c'est ce qui la distingue des autres graisses. Comme elle renferme à l'état naturel 20 pour 100 d'acide gras libre, on la neutralise avant de s'en servir. Les médicaments les plus divers se laissent incorporer très aisément à la lanoline; le mercure, en particulier, s'y éteint avec la plus grande facilité Une friction faite avec gros comme un haricot d'une pommade à 1 partie de sublimé pour 1000 de lanoline, a provoqué la saveur métallique au bout de quelques minutes. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, n° 44, A.)

De l'irritation de l'urèthre chez l'homme envisagée comme cause de certaines névroses et d'éruptions d'acné, par M. LEGRAND N. DENSLOW. — Il y a un peu plus d'un an, M. Otis a lu à la Société dermatologique de New-York un important mémoire sur les rétrécissements de l'urèthre considérés comme la source d'une irritation réflexe de l'encéphale et de la moelle. Chez tous les malades, la dilatation produisait un soulagement passager, la division du rétrécissement, une guérison définitive des troubles nerveux, dépression mentale, accès épileptiques, etc.; le cas le plus curieux concernait un enfant de trois ans, incapable de faire un pas sans trébucher, et le pied droit tourné en dedans; après une dizaine de divisions successives, faites avec beaucoup de précautions, ces troubles de la marche cessèrent totalement.

M. Legrand, de son côté, a observé une série de faits analogues, entre autres un cas d'impuissance, qui céda à l'opération, et plusieurs cas d'acné pustuleuse, qui disparut régulièrement après la division du rétrécissement; mentionnons enfin un cas d'alopécie générale chez un individu très velu, qui fut enrayée par l'intervention chirurgicale. L'auteur ne présente aucune théorie explicative de ces faits curieux. (*The New-York medical Record*, t. XXVIII, n° 19, 1885.)

Papillomes des fosses nasales, par M. P. AYSAGUER. — Les papillomes vrais des fosses nasales sont des tumeurs rares. M. Aysaguer en a observé deux cas. Le diagnostic est généralement facile; il peut cependant arriver que des tumeurs malignes des fosses nasales prennent un aspect papillomateux, ou que les papillomes volumineux soient modifiés dans leur aspect extérieur par les hémorrhagies et par les couches de mucosité; le microscope tranchera alors la question. En somme, les papillomes, de même que les polypes muqueux, qui peuvent du reste les accompagner, sont des tumeurs bénignes, et on en a facilement raison au moyen de l'anse galvanique. La récidive n'est pas à craindre, car on arrive aisément à détruire les masses papillomateuses les plus minimes, et même la muqueuse d'où elles naissent, au moyen du galvanocautère. Le traitement galvanocaustique ne produit, en quelque sorte, pas de douleur. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., 1885, n° 5.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, Georges BERRYER et Gabriel POUCHET. 2e édition, Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1886.

Le savant et laborieux médecin auquel nous devons un si grand nombre de livres ou de mémoires spéciaux sur toutes les questions qui touchent à la pathologie mentale et à la médecine judiciaire a été bien inspiré en écrivant ce nouveau traité de médecine légale. Comme il le dit fort bien, dans sa préface, cette science s'élève chaque jour de plus en plus à la hauteur d'une science exacte et tend à devenir accessible à tous les praticiens. Nous n'irons pas jusqu'à ajouter, avec lui, que « tout médecin doit pouvoir aussi aisément rédiger un rapport sur l'état d'un cadavre trouvé sur une route que formuler une potion vomitive, appliquer le forceps, manier le bistouri, faire une analyse d'urines, expertiser des taches de sang ou examiner un conscrit, un blessé, un ivrogne ou un fou ». Nous croyons, bien au contraire, qu'il faut des aptitudes spéciales et des études longtemps dirigées dans un sens déterminé pour arriver à être un bon médecin légiste et c'est pourquoi nous applaudissions naguère au projet de créer un diplôme spécial — que n'obtiendraient bien entendu que des docteurs en médecine — et qui serait destiné à assurer un meilleur recrutement des médecins appelés à être requis par les magistrats. S'il est nécessaire, en effet, que dans certaines localités et en cas d'urgence tout médecin puisse être tenu de répondre à l'appel de la justice, il est non moins essentiel que, dans les villes un peu populeuses, les expertises médico-légales ne soient confiées qu'à des mains expérimentées.

Hâtons-nous de reconnaître cependant que le livre de M. Legrand du Saulle aura pour résultat de faciliter à un très grand nombre de praticiens une tâche souvent délicate. Il aura ouvert une nouvelle « voie de communication entre la médecine et le droit, opéré en quelque sorte la fusion de ces deux sciences et rendu plus facilement assimilables pour tous les questions scientifiques ou légales les plus divergentes ou les plus ardues ».

Pour mener à bien la tâche qu'il s'était imposée, M. Legrand du Saulle a dû s'adjoindre deux collaborateurs. M. Georges Berryer lui a prêté l'appui de ses connaissances juridiques, et M. Gabriel Pouchet a rédigé, avec autorité, un traité de toxicologie indispensable à tous ceux qui voudront, à un moment donné, se livrer à l'étude de la médecine légale. De plus, imitant en cela bien des ouvrages juridiques, l'auteur a cru devoir publier à l'appui de ses commentaires une série d'observations médico légales ou de jugements rendus par les cours et tribunaux — on en compte 173 — qui constituent comme une sorte de clinique annexée au texte lui-même. Souvent, nous l'avouons, nous aurions préféré voir ces documents justificatifs annexés aux chapitres principaux de l'ouvrage, ou publiés en note. Ils n'en sont pas moins intéressants à consulter.

Le plan de l'ouvrage est bien conçu. Après un chapitre de définitions, l'auteur étudie la naissance, l'enfance et la puberté. Comme annexe il examine les lois et règlements relatifs au service militaire. Puis il passe en revue les questions médico-légales relatives au mariage, à la séparation et au divorce, celles qui ont trait à la grossesse, à l'avortement, à l'accouchement et à l'infanticide. Vient ensuite l'étude des attentats aux mœurs, puis celle des coups, blessures, homicide, suicide. Les chapitres suivants sont consacrés aux questions médico-légales relatives à l'aliénation mentale, aux névroses et aux maladies simulées. On trouve enfin celles qui ont trait à l'identité, à la vieillesse, à l'agonie et à la mort. Un long chapitre sur l'empoisonnement termine

la partie médico-légale proprement dite. Sous le nom de jurisprudence médicale sont examinés les rapports des médecins avec le droit civil, avec le droit administratif et avec le droit criminel. Vient ensuite l'examen de l'organisation médicale et un appendice consacré aux principes de déontologie médicale. Enfin le traité de toxicologie termine l'ouvrage.

Nous aurons sans doute à diverses reprises l'occasion de citer cet ouvrage et les opinions de M. Legrand du Saulle lorsqu'il nous arrivera de traiter nous-même quelques-unes des questions litigieuses qu'il s'est efforcé de résoudre, en particulier celles qui ont trait aux devoirs des médecins vis-à-vis des compagnies d'assurances ou lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice. Nous n'entamerons donc point ici une discussion qui nous entraînerait trop loin. Il nous suffira d'avoir appelé l'attention sur un ouvrage aussi consciencieux et qui, la simple énumération des sujets qu'il a traités l'indique, ne saurait laisser indifférents les médecins non plus que les juristes.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

Manuel d'hydrothérapie, par le docteur Paul Delmas, Paris, O. Doin, 1855. — C'est en 1859 que M. Delmas soutint sa thèse magistrale : *Recherches historiques et critiques sur l'emploi de l'eau en médecine et en chirurgie*. A cette époque Fleury était le maître incontesté de l'hydrothérapie française; il lui avait donné ses théories, son appareil, son crédit même. La thèse de M. Delmas, fondée sur des recherches personnelles d'érudition, sur des observations faites dans un voyage en Europe, ne fut pas du goût de tout le monde; elle renouvelait le sujet, elle l'étendait; elle repoussait la simplicité de vues du maître parisien, qui n'avait employé que l'eau froide sous des formes peu variées. Mais, à un autre point de vue le travail de M. Delmas fut fort apprécié; il contenait un programme et des promesses que l'auteur a tenus. Depuis plus de vingt-cinq ans il s'est attaché ardemment à son œuvre spéciale; il a fondé à Bordeaux un établissement hydrothérapique de premier ordre, sans rival en France, si l'on excepte un ou deux établissements de Paris; il l'a pourvu d'un appareil très supérieur, à l'époque de sa création, à tout ce qui se faisait en Europe, et il a doté les eaux de Dax de ce splendide édifice où les eaux chaudes sont si heureusement combinées avec les douches des piscines froides. Le service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux a fourni à la science des milliers d'observations qui ont été publiées par les médecins traitants, véritable arsenal dont à mon grand regret je n'ai trouvé aucune trace dans le *Manuel*.

On voit que ce médecin si honorable a rendu à son pays les services les plus signalés en contribuant à développer dans le sud-ouest de la France, sous une forme rigoureusement scientifique, une méthode médicale dont personne ne conteste plus la valeur, mais dont l'adoption a exigé d'énergiques efforts.

Le côté absolument personnel du travail de M. Delmas, c'est la détermination précise du phénomène auquel on a donné le nom de *réaction* et autour duquel gravitent tous les résultats organiques de l'hydrothérapie. On dit communément que l'eau froide, de 11 à 13 degrés par exemple, enlève le calorique périphérique, ce qui provoque une production compensatrice excessive. Or il n'en est rien. Il résulte des expériences thermométriques réitérées de M. Delmas, que pendant l'application d'une douche froide de trente secondes à cinq minutes de durée, la température centrale ou celle de la zone intermédiaire sont peu ou point modifiées ; le repos après cette douche permet à la chaleur de revenir spontanément et enfin l'exercice a pour effet d'amener un abaissement persistant de température et une diminution de la vitesse du pouls. La réaction n'est donc pas une action calorigène — la température s'abaisse quand le sujet éprouve une sensation de chaleur. Que faut-il donc entendre par cette *réaction ?*

Voici la réponse de M. Delmas : Le sang est chassé violemment de la périphérie par suite de la contraction énergique du vaisseau capillaire superficiel, mais il y revient graduellement au fur et à mesure que la tension artérielle subitement élevée s'abaisse de nouveau. Alors surtout se produisent ces phénomènes de chaleur, de rougeur et de turgescence de la peau parfaitement connus et qui sont plus intenses lorsque le vaisseau capillaire a été préalablement excité par le calorique, parce que son resserrement a été moindre et le retour à la périphérie plus rapide et plus énergique; mais il faut des heures pour que ce phénomène se développe intégralement.

Personne à ma connaissance n'a contredit les expériences de M. Delmas ; elles méritent évidemment d'être infirmées ou confirmées, mais reprises. Nous regrettons d'avoir à dire que la partie technique nous a paru courte et aussi que l'hydriatrie *chaude* ne soit pas l'objet d'une étude aussi longue que l'hydriatrie froide. Fleury ne repoussait pas l'eau chaude, il repoussait la douche chaude *préparatoire;* on ne se prépare pas à l'eau froide par l'eau chaude, disait-il; il employait la chaleur sèche, infiniment préférable à l'eau chaude qui se refroidit à mesure qu'elle tombe sur le corps. Mais il reconnaissait que l'hydriatrie chaude devait être étudiée et contrôlée.

La plus grande partie du livre de notre savant confrère est consacrée à la clinique hydrothérapique qui compte près de six cents pages. On y trouvera un nombre important de faits impartialement relatés, relatifs à la part que l'on a faite à l'hydrothérapie dans le traitement des maladies les plus diverses.

De l'hystérie chez les enfants, par le docteur Paul Peugniez. Thèse de Paris, 1885. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Etude consciencieuse de l'hystérie infantile en général, tant au point de vue de son existence propre que du parallèle à établir entre ses manifestations chez l'enfant et chez l'adulte. On sait que l'hystérie n'est pas l'apanage de l'âge adulte, pas plus que le privilège exclusif de la femme; triste privilège d'ailleurs, que l'homme n'aurait certes pas l'idée de revendiquer s'il en était exclu. Chez les enfants, l'hystérie n'est pas rare, et les faits observés chez les jeunes garçons sont aujourd'hui assez nombreux. L'auteur fait justice, avec raison, de cette assertion fréquemment émise, et d'après laquelle les jeunes garçons hystériques offriraient une apparence particulière de féminisme; puis il étudie les diverses causes prédisposantes de l'hystérie dans l'enfance, et attribue le principal rôle à l'hérédité, puis au genre d'éducation; la chlorose a également une influence depuis longtemps reconnue. Quant aux causes déterminantes, les plus ordinaires et les plus puissantes sont les émotions violentes, principalement les émotions tristes, et aussi le spectacle d'une attaque d'hystérie convulsive; c'est ainsi que s'explique le caractère d'épidémie que revêt parfois l'hystérie infantile. Les premiers symptômes de l'affection, chez l'enfant, consistent surtout dans les modifications des facultés affectives, dans un état psychique particulier avec désordre intellectuel; puis, dans des troubles de la sensibilité et du mouvement. Les accidents convulsifs, sans être absolument rares, sont moins fréquents. Sous ces réserves, la symptomatologie est à peu de chose près la même chez l'enfant et chez l'adulte, quel que soit leur sexe. Dans le jeune âge, le traitement offre plus de chances de succès, surtout si le diagnostic est établi de bonne heure; c'est surtout à l'isolement qu'on devra recourir, et l'on en obtiendra assez souvent d'heureux effets.

Notice historique sur l'ancienne corporation des chirurgiens dite confrérie de Saint-Côme, par le docteur Dauchez. Paris, 1884. E. Lechevalier. — Dans cette intéressante notice, l'auteur a réuni tous les documents relatifs à l'histoire de la célèbre Confrérie de Saint-Côme, après avoir retracé nos origines médicales. à dater du huitième siècle. Les chirurgiens appartenant à la Confrérie, fondée en l'an 1223, opéraient et professaient dans un dispensaire attenant à l'église de Saint-Côme, alors enclavée au centre du quartier Saint-André-des-Arts; les recteurs de la Confrérie devaient, tous les premiers lundis de chaque mois, après avoir entendu la messe à dix heures, en l'église de Saint-Côme, visiter sans salaire « tous les pauvres navrés ou blessés et malades qui se trouvaient ès charniers hâtis à cet effet ». La Confrérie de Saint-Côme, représentant la chirurgie, était la rivale de l'Ecole personnifiant la médecine; mais cependant elle dut bientôt lui demander son aide pour lutter contre l'envahissement des barbiers, dont l'audace augmentait chaque jour; c'est Louis XIII qui s'interposa entre les disciples de Saint-Côme et les barbiers par un arrêté en date de 1640. Mais la séparation définitive ne fut nettement établie entre les chirurgiens et les barbiers qu'en 1743, par le chancelier d'Aguesseau; d'ailleurs, la Confrérie ne devait pas jouir bien longtemps de son triomphe, car « elle fut emportée par la tourmente révolutionnaire », ainsi du reste que la Faculté, en 1793.

VARIÉTÉS

AVIS. — Pour ce qui concerne la Faculté de médecine de Paris voir au verso de la couverture.

HÔPITAUX DE PARIS : SERVICES DE CHIRURGIE. — Les mutations suivantes dans les services de chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris auront lieu le 25 janvier 1886, par suite du dédoublement des services de chirurgie de l'hôpital Lariboisière : M. le docteur Périer prend le troisième service de chirurgie à l'hôpital Lariboisière, et M. le docteur Delens prend celui des maladies des yeux au même hôpital, avec engagement d'y rester pendant cinq années; M. le docteur Gillette remplace M. Périer à Saint-Antoine; M. le docteur Berger remplace M. le docteur Gillette à l'hôpital Tenon; M. le docteur Peyrot, chirurgien du Bureau central, remplace M. Berger à Bicêtre, et M. le docteur Bouilly, chirurgien du Bureau central, remplace M. Marchand, chirurgien-adjoint de la Maternité et chargé du service d'accouchements de l'hôpital Cochin.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société médico-psychologique a reçu plusieurs mémoires pour les différents prix qu'elle doit distribuer dans sa séance solennelle du mois d'avril 1886. Dans la séance du 28 décembre 1885, elle a nommé les différentes commission auxquelles ces travaux devront être envoyés. Voici l'énumération des mémoires envoyés et la composition des commissions :

Prix Aubanel. — Question proposée : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du traitement et de la médecine légale. » — Deux mémoires ont été envoyés : le n° 1, avec l'épigraphe : « Fit fabricando faber. » Le n° 2 porte l'épigraphe : « Les classifications ne sont que des moyens d'étude. » Commission : MM. Falret, Legrand du Saulle, Magnan, Christian et Charpentier.

Prix Belhomme. — Ce prix doit être décerné au meilleur travail relatif à l'*idiotie* et de préférence aux *lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.* — Deux mémoires sont présentés : le mémoire, inscrit sous le n° 1, a pour épigraphe cette phrase de Descartes : « S'il est possible de perfectionner l'espèce humaine, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. » Le mémoire n° 2, avec l'épigraphe : « L'idiotie a toujours un substratum anatomo-pathologique. » Commission : MM. Delasiauve, Legrand du Saulle, Motet, Gilbert Ballet et Féré.

Prix Esquirol. — Deux mémoires manuscrits ont été envoyés : Le premier a pour sujet : *Des transformations de la personnalité et des erreurs de personnes chez les aliénés.* — Le second traite : *Des rémissions dans le cours de la paralysie générale.* Commission : MM. Baillarger, Blanche, Foville, Mitivié et Marcel Briand.

Prix Moreau (de Tours). — Trois thèses ont été envoyées : N° 1. *Essai sur les amnésies. Étiologie des troubles de la parole*, par M. Rouillard, ancien externe des hôpitaux, etc. N° 2. *De l'aphasie et de ses diverses formes*, par M. Bernard, ancien interne des hôpitaux, etc. N° 3. *De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal*, par M. Julien Chevalier. Commission : MM. Bouchereau, Cotard, Paul Moreau (de Tours), J. Voisin et Marcel Briand.

LEGS BERTILLON. — M. le docteur Bertillon a légué, en mourant, à la Société d'anthropologie de Paris une somme de 5000 francs, pour fonder un prix biennal (analogue au prix Godard), destiné à récompenser l'auteur du meilleur travail envoyé sur un sujet concernant l'anthropologie.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE POUR ÉLEVER UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DE M. HENRI BOULEY. — La Société centrale de médecine vétérinaire, s'associant à un vœu émis par la Société de médecine vétérinaire de la Gironde, a nommé une commission spéciale chargée de rechercher dans quelles conditions il serait possible d'élever un monument à la mémoire du regretté Henri Bouley. Cette commission a décidé que ce monument serait placé à l'École d'Alfort et qu'il serait fait appel, par voie de souscription, à tous les vétérinaires de la France et de l'étranger, au corps médical, à toutes les compagnies savantes auxquelles M. Bouley a appartenu, à tous les amis de la science et à tous les amis particuliers de ce savant si regretté. La Société de la Gironde s'est inscrite la première pour une somme de 200 francs.

La souscription est ouverte à la librairie de MM. Asselin et Houzeau, éditeurs du *Recueil de médecine vétérinaire*, place de l'Ecole-de-Médecine. Elle sera close après trois mois. Les membres de la Commission sont : MM. Goubeaux, directeur de l'École d'Alfort, président; Paul Cagny, Leblanc, Mathieu, Prévost, Sanson, Signol, Weber, membres de la Société centrale de médecine vétérinaire, docteur Meuriot et L. Houzeau.

SOUSCRIPTION DES ÉTUDIANTS DE MARSEILLE. — MM. les élèves en médecine et en pharmacie de l'École de Marseille ont offert aux hospices de cette ville une somme de 19 455 fr. 55, produit net des bals de charité qu'ils ont donnés ces dernières années, en exprimant le désir que l'administration fasse édifier un bâtiment d'isolement pour le traitement des enfants atteints de maladies contagieuses ou épidémiques.

Accédant aux vœux de ces généreux donateurs, la commission administrative des hospices a fait dresser le devis de la construction demandée, qui va combler une lacune regrettable, depuis longtemps signalée. Les travaux seront entrepris incessamment.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le ministre de la marine a décidé que le prix de médecine navale pour l'année 1885 serait décerné au médecin de marine de première classe, M. le docteur Bellamy, du port de Brest, pour un remarquable rapport sur le service médical du Haut-Sénégal.

REVUE D'ANTHROPOLOGIE. — L'un des organes les plus appréciés de l'anthropologie française, la *Revue d'anthropologie* de Paris, fondée en 1876 par Paul Broca, et continuée par Paul Topinard, inaugure une troisième série avec le concours d'illustrations anthropologiques prises à toutes les sources, parmi lesquelles nous remarquons les noms suivants : docteur Gavarret, le directeur de l'École d'anthropologie; docteur Mathias Duval, directeur du laboratoire d'anthropologie de l'École des Hautes-Etudes; le marquis de Nadaillac, dont les ouvrages d'archéologie préhistorique ont été traduits déjà en plusieurs langues; le général Faidherbe, grand chancelier de la Légion d'honneur de France, renommé pour ses travaux de linguistique; le professeur de Quatrefages; MM. Hamy et Rousselet, les représentants de l'ethnographie; le baron Larrey; M. Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine; d'Arbois de Jubainville, membre de l'Institut, etc. Le docteur Topinard est secrétaire général de la Société d'anthropologie de Paris, et l'auteur des *Éléments d'anthropologie générale* que vient de couronner l'Institut de France.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 16 janvier 1886, M. Ballay, ancien médecin de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Petitbien (Louis-Eugène), médecin aide-major à l'hôpital militaire de Marseille; de MM. Vincent (d'Ay, Marne); Lebreton, de Paris; et de M. le docteur Ganne, député, décédé le 17 janvier à Versailles.

MORTALITÉ A PARIS (2e semaine, du 10 au 16 janvier 1886). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 12. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 47. — Phthisie pulmonaire, 176. — Autres tuberculoses, 29. — Autres affections générales, 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 134. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 21; au sein et mixte, 21; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; de l'appareil circulatoire, 80; de l'appareil respiratoire, 110; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 11. — Total : 1138.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

4058. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Iodoforme. Indications thérapeutiques et modes d'administration. Perles d'iodoforme.

Des nombreuses applications de l'Iodoforme à la thérapeutique bon nombre n'ont pas résisté à l'épreuve ; d'autres, au contraire, n'ont fait que s'affirmer, croître en précision et se généraliser.

Son emploi chirurgical n'est pas de mon domaine. Je me borne à rappeler, parce que cela touche de près à ce que je vais en dire, qu'il exerce une action topique, en quelque sorte élective, sur les suppurations d'origine tuberculeuse, ostéites et abcès froids, adénites suppurées, etc.

Il est l'agent fondamental du pansement de toutes les affections chirurgicales de nature tuberculeuse.

Dans l'ordre médical, je me contente de mentionner en passant son emploi contre les névralgies, syphilitiques surtout (Mauriac, Zeissi, de Vienne) ; contre les gastralgies douloureuses, les dyspepsies déterminées par la présence dans l'appareil digestif de ferments anormaux (Bouchardat); contre la diarrhée typhoïdique (Bouchard, Dujardin-Beaumetz); contre le diabète (Frerichs, Moleschott, Bouchardat).

Mais, où il tend à prendre la première place, c'est dans la scrofule, c'est dans la phthisie, ces deux diathèses sœurs, qui tendent à se confondre; c'est dans les engorgements ganglionnaires si communs dans l'enfance et l'adolescence qu'il montre une efficacité merveilleuse comme résolutif interne, infiniment supérieur à l'iode et à ses congénères.

C'est surtout dans le traitement de la phthisie qu'il s'affirme de plus en plus, comme un médicament de la plus haute portée. Il constitue le fonds du traitement de cette maladie, dans les services des professeurs Bouchard, Rendu, Huchard. Il va de soi que l'Iodoforme est indiqué dans la fièvre de suppuration des phthisiques, à la période colliquative et contre la diarrhée tuberculeuse. C'est une application interne toute semblable à son emploi externe dans les pansements des foyers tuberculeux ouverts à l'extérieur.

Mais, d'après mon expérience personnelle, l'emploi de l'Iodoforme est également commandé dans l'état aigu fébrile de la phthisie récente.

Plusieurs fois, j'ai vu les premières poussées à forme pneumonique se conduire et se terminer d'une manière remarquablement favorable sous son influence. Je considère l'Iodoforme comme l'antipyrétique par excellence, dans la fièvre d'éruption tuberculeuse. Trois jeunes malades m'ont donné, grâce à lui, l'illusion très prolongée, je n'oserai dire d'une guérison; mais longtemps, je pus espérer m'être trompé sur le diagnostic. Malheureusement le traitement fut trop vite suspendu, et plus tard trop souvent interrompu.

Il m'est resté, malgré tout, la conviction sincère qu'on doit attendre beaucoup de l'administration quotidienne de doses importantes d'Iodoforme dans la phthisie — 20 à 60 centigrammes par jour, à intervalles égaux.

Ce qui doit avoir beaucoup arrêté son essor dans la pratique médicale, c'est, assurément, la difficulté de se soustraire à son odeur extrêmement désobligeante et d'une ténacité désespérante. Le pharmacien lui-même est désolé, quand il lui vient une ordonnance de pilules d'Iodoforme. La pharmacie et le mortier en gardent l'odeur avec opiniâtreté, plusieurs jours à la suite.

Je n'éprouve plus, pour ma part, aucun de ces ennuis, depuis que j'ai fixé mon choix exclusivement sur une préparation que je ne saurais trop louer. Je veux parler des Perles d'Iodoforme de Clertan, dont j'ai trouvé l'indication dans l'*Annuaire* (1) et le *Formulaire* du professeur Bouchardat. L'Iodoforme (5 centigrammes) que contient la capsule, s'y trouve en dissolution dans l'Ether. Cette association est heureuse à plusieurs points de vue.

Il y a d'abord ce fait remarquable que, dans un mélange d'Ether et d'Iodoforme, l'odeur de ce dernier disparaît, et il ne reste que celle de l'Ether, qui, elle, déplaît à fort peu de personnes. En second lieu, grâce à l'Ether dont le pouvoir de diffusion est si grand, l'absorption par la voie pulmonaire est assurée et rapide. On sait que l'Ether s'élimine par le poumon. Chacun d'ailleurs peut s'en convaincre, le malade et ses proches. Peu après l'ingestion de la capsule, l'haleine est chargée de vapeurs éthérées, le malade l'accuse aussitôt. Qui ne voit dans cette apparition fragrante, plus qu'une présomption de l'absorption du médicament et de son passage, avec l'Ether pour véhicule, à travers le parenchyme pulmonaire. Voici de l'antisepsie interne véritable. Le docteur Tison, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris, a trouvé, comme moi, que cette antisepsie à l'intérieur était réelle et de plus efficace. L'essai réitéré qu'il a fait des Perles d'Iodoforme de Clertan l'a enthousiasmé.

Dr Achenne.

8 janvier 1886.

(1) *Formulaire* du docteur Bouchardat, année 1885, p. 415.

THÉRAPEUTIQUE

Guérison des névroses convulsives en Italie,
par M. le professeur DARINI GIUSEPPE.

Dans un voyage récent à Paris, j'ai été frappé des résultats obtenus dans le traitement des névroses convulsives par le bromure de potassium administré d'une certaine façon. Je pense donc faire un acte utile en résumant ici ce que j'ai observé dans les hospices spéciaux que j'ai attentivement visités.

J'ai vu un certain nombre de malades en proie à des convulsions épileptiques, hystéro-épileptiques, hystériques et choléricques, ne plus ressentir du tout l'atteinte de leur mal. Les médecins leur avaient prescrit tout simplement une dose moyenne de 3 à 6 grammes de bromure de potassium chimiquement pur, chaque jour, pendant huit ou dix mois, un an ou dix-huit mois, sans jamais associer le sel bromique à une autre préparation médicamenteuse. C'est le sel bromique à base potassique qui seul conduit au succès. Le fait n'est contesté par personne.

Voici d'ailleurs la loi clinique et thérapeutique qui est promulguée chaque jour à Paris par les médecins qui s'occupent de neurologie :

« 1° Les névroses convulsives, à la suite d'un traitement bromuré progressif et non discontinué, sont guéries dans la moitié des cas et sensiblement améliorées dans un quart des cas ;

» 2° Le bromure de potassium doit être d'une grande pureté chimique et il ne doit être associé à aucun autre médicament. »

Le bromure de potassium est presque introuvable à l'état de pureté chimique; aussi est-il resté entre les mains de quelques rares spécialistes. D'après ce que j'ai remarqué, le sirop de Henry Mure, qui s'exporte partout aujourd'hui et que nous prescrivons en Italie, est tout à fait en possession de la confiance publique. Je lui dois personnellement quelques beaux succès dans ma pratique et, en particulier, la guérison du fils d'un de nos savants confrères, atteint d'épilepsie depuis l'âge de sept ans. Ce jeune homme est actuellement élève en médecine et n'a rien éprouvé à partir de 1879.

Le sirop de Henry Mure n'est pas seulement la ressource enviée et suprême des épileptiques; mais il conduit, à ma connaissance, à des résultats très précieux contre l'hystéro-épilepsie, l'hystérie et la chorée. Nous avons peut-être à nous reprocher de n'avoir pas mis ces malades en traitement pendant des siècles et de les avoir un peu trop abandonnés à eux-mêmes. Le remède est maintenant à côté du mal. A Milan, à Florence, à Rome et à Naples, nous avons tout à fait accepté la méthode française, et nous nous en trouvons bien.

Un médecin distingué de Londres, en rendant compte l'an dernier du Congrès de Copenhague, a émis à ce sujet l'opinion si autorisée que voici : « A l'étranger, dit-il, la fantaisie s'est malheureusement introduite dans la thérapeutique des névroses convulsives. On s'est mis, par exemple, sous le prétexte que le bromure de potassium réussissait très bien, à imaginer des associations malencontreuses de bromure de potassium avec la belladone, le camphre, le zinc, le fer, la picrotoxine, l'arsenic ou le chloral; on a substitué au bromure de potassium primitif le bromure de sodium, le bromure de cadmium, d'ammonium, de calcium, de lithium, de fer, d'argent, de cuivre ou d'or, et l'on a enfin proposé une association de plusieurs bromures, des tribromures ou des polybromures ! Le plus grand désordre règne dans ces travestissements d'un médicament hors ligne, si justement appelé par Gubler le sulfate de quinine des névroses convulsives.

» Il est bien démontré aujourd'hui que le bromure de potassium est d'autant plus actif qu'il est administré seul, et qu'il est d'autant moins efficace qu'il est associé à un autre médicament, même à un autre bromure alcalin. Que l'on prescrive, en effet, du bromure de sodium ou d'ammonium à un épileptique ou à un hystérique, et l'on n'arrive qu'à un résultat absolument négatif. A quoi bon alors associer deux substances inertes à un médicament des plus actifs ? »

Le sulfate de quinine se prescrit seul, les sels mercuriques se prescrivent seuls et tous les médicaments héroïques se prescrivent seuls. Les associations laissent une prise énorme au hasard et à l'inconnu et elles constituent des produits bâtards et sans sanction.

Croit-on que le sirop de Henry Mure serait parvenu, dans le traitement des névroses convulsives, à un succès aussi considérable dans le monde entier s'il eût été capricieusement composé d'agents divers? En aucune façon.

Les médecins de tous les pays savent que ce sirop renferme un bromure de potassium exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à bouche contient mathématiquement 2 grammes de sel, que cette préparation a déterminé des guérisons partout, et ils la prescrivent avec une entière confiance.

Tout le secret est là.

(*Gazette des hôpitaux.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

4058. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Converture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine.

La mort de M. Jules Guérin fait perdre à l'Académie un de ses membres les plus assidus, un orateur dont la parole ardente animait toujours et passionnait souvent ses séances, un savant dont les premières recherches ont été justement honorées par les plus dignes récompenses, un écrivain qui, dans le journal qu'il avait fondé en 1830, tint longtemps la première place et exerça sur le mouvement scientifique contemporain une grande et légitime influence.

On ne s'étonnera pas de nous voir, ici même, dans ce journal auquel il n'a pas ménagé ses aggressions, rendre pleine et entière justice aux qualités éminentes de l'homme de science et du polémiste dont la *Gazette hebdomadaire* a dû souvent combattre les doctrines. Il n'est que juste, en effet, de reconnaître le talent dont il a fait preuve lorsque ses travaux sur les principes, les méthodes et les procédés de l'orthopédie lui valurent, en 1837, le grand prix de chirurgie décerné par l'Académie des sciences ; lorsque, plus tard, il imagina la ténotomie sous-cutanée et l'occlusion pneumatique pour le traitement des plaies ; lorsque enfin il eut le très rare et très enviable honneur d'être chargé, à l'hôpital des Enfants, d'une clinique orthopédique spéciale où il pût vulgariser et faire apprécier par un grand nombre d'étudiants, qui sont à leur tour devenus des maîtres, les méthodes chirurgicales qui lui avaient donné, dans son établissement privé de la Muette, de si brillants succès. Il ne faut pas oublier non plus qu'en 1832, alors que la première épidémie cholérique faisait tant de victimes, M. Jules Guérin se montra aussi courageux que dévoué, et qu'il sut déduire de l'histoire de cette épidémie bien des considérations intéressantes dont quelques-unes restent incontestées.

Nous devons affirmer enfin que, pendant plus de trente années, quelles qu'aient été parfois ses violences envers ses contradicteurs, M. Jules Guérin a, dans la *Gazette médicale de Paris*, occupé une situation prééminente et honoré la presse médicale par l'incontestable autorité de ses jugements sur les questions de chirurgie et de doctrine. Ils sont rares maintenant ceux qui ont pu lire, au jour le jour, ces articles critiques, si véhéments parfois, mais plus souvent encore marqués au coin de l'expérience et du savoir. On ne parle plus guère que des discussions académiques soutenues par ce vaillant lutteur, qui, toujours fidèle à ses anciennes opinions, étonnait encore aussi bien par l'ardeur que, dans sa verte vieillesse, il apportait à les défendre que par une élocution dont la nouvelle génération médicale se déshabitue chaque jour davantage, ou bien encore par l'âpreté qu'il mettait à réfuter les objections de ses contradicteurs.

Ils se demandaient parfois, ceux qui ne connaissaient pas le passé de M. Jules Guérin, s'il pouvait avoir d'autres visées que de faire plier les faits qu'on lui opposait aux doctrines prématurées, aux généralisations hâtives que d'autres faits, en trop petit nombre, lui avaient dictées. Il semblait, à l'entendre, qu'immuablement fixée dans son esprit la science moderne ne pût faire aucune conquête qu'il n'eût prévue et annoncée à l'avance. De là ses incessantes revendications de priorité. De là aussi ses révoltes lorsqu'on venait à lui prouver que les faits sur lesquels il s'appuyait avaient été par lui-même ou mal compris ou inexactement rapportés. On l'a vu dans les discussions sur l'étiologie de la fièvre typhoïde et surtout du choléra. On s'en est affligé à juste titre encore lorsque ses controverses avec M. Pasteur ont démontré à quel degré de passion et d'injustice pouvaient mener certaines polémiques. M. Jules Guérin ne semblait-il pas ignorer alors que, s'il est permis à un avocat de défendre toutes les causes, le médecin au contraire s'honore en ne recherchant que la vérité et en sachant avouer son erreur lorsque les faits viennent lui prouver que ses doctrines sont erronées ? Toutefois, quelles qu'aient été à divers points de vue les défaillances de l'homme, les travaux du savant et surtout le talent du publiciste devaient être rappelés. Comme chirurgien novateur et comme journaliste, Jules Guérin a bien mérité de la science. Son nom ne périra pas (voy. p. 84).

— Dans la même séance, M. Dujardin-Beaumetz a fait savoir que l'*hopéine*, ce nouvel hypnotique au sujet duquel,

après plusieurs de nos confrères, nous avons récemment appelé l'attention de nos lecteurs, n'était autre chose que de la morphine légèrement aromatisée. MM. A. Gautier et Méhu ont insisté à leur tour sur la fréquence et le danger de ces fraudes d'origine exotique (voy. p. 79).

L. L.

Ptomaïnes et leucomaïnes.

En 1870, Selmi, professeur de chimie à l'université de Bologne, retira des viscères d'un cadavre une très faible proportion d'une substance alcaloïdique qu'il ne put identifier avec aucun des alcaloïdes végétaux ou animaux connus jusqu'alors. Le cadavre sur lequel il exécutait ses recherches, était celui d'un individu que l'on supposait avoir succombé à un empoisonnement.

Cette observation répétée à diverses reprises et sur différents cadavres, fit soupçonner au savant italien que les alcaloïdes qu'il obtenait ainsi, pouvaient n'avoir pas été introduits dans l'économie avant la mort, mais s'être produits spontanément dans le cadavre pendant les processus de la putréfaction.

Jusqu'à cette époque, on attachait une si minime importance aux rares faits de cette nature qui avaient été avancés, que l'on regardait comme preuve certaine d'une intoxication toute substance alcaloïdique et toxique extraite des organes d'un cadavre par les divers procédés adoptés dans ce but, et dont la méthode de Stas modifiée par Otto était la plus employée. « Nul ne saura ce que cette fausse doctrine a pu faire de victimes », dit très justement M. le professeur Armand Gautier, dans la remarquable étude qu'il vient de lire dernièrement sur ce sujet à l'Académie de médecine; aussi ne saurait-on trop louer la sagacité et la patience déployées par Selmi) au cours de ses recherches, qui l'amenèrent à formuler, en 1878, des conclusions précises, établissant d'une façon indiscutable la genèse des alcaloïdes cadavériques et mettant l'expert en garde contre des conclusions hâtives et basées uniquement sur les investigations chimiques.

La portée de ces recherches, déjà considérable au point de vue médico-légal, devait bientôt s'accroître d'une façon inattendue par le rapprochement que l'on fit de ces *ptomaïnes* (c'est le nom que leur donna Selmi) et de certains alcaloïdes signalés par différents observateurs dans les humeurs normales de l'organisme.

Il est nécessaire, pour bien présenter l'état actuel de cette intéressante question de chimie biologique, de faire une revue historique des travaux relatifs à ces composés.

La toxicité des substances en cours de putréfaction paraît avoir été connue de toute antiquité. Chez les Athéniens, le sang putréfié de taureau était un poison fort usité.

Toutes les substances putréfiées, comme la chair, les œufs, les poissons, sont très dangereuses, dit Arnauld de Villeneuve; il cite même comme particulièrement dangereuse la chair d'une plaie de mauvaise nature, et il décrit avec une exactitude parfaite la succession des symptômes les plus marqués de l'empoisonnement.

Si confuses et extraordinaires que soient les idées des alchimistes sur la nature des poisons septiques, ils semblent connaître très bien leur violente toxicité, que certains d'entre eux ont même cherché à accroître en additionnant de poisons minéraux les matières en putréfaction. Telle serait, par exemple, la fameuse *Acquetta di Perugia*, obtenue en mélangeant de l'acide arsénieux à de la saumure de viande de porc et abandonnant le tout à la putréfaction. Selmi a décrit une ptomaïne cristallisable renfermant de l'arsenic et qui prendrait naissance dans de semblables conditions.

Mais à cette époque où les connaissances en chimie étaient si rudimentaires, il était impossible que les observateurs même les plus instruits eussent une idée quelque peu précise de la nature du poison dont ils rapportaient les effets; et si l'on peut lire, en parcourant les écrits de certains auteurs des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, qu'ils attribuaient les maladies épidémiques telles que la variole, la peste, les fièvres malignes, etc., à des *espèces de poisons d'une nature particulière* maintenus en suspension dans l'atmosphère, il faut voir là bien plus le résultat d'une conception confuse que d'une hypothèse basée sur des faits acquis. Il faut peut-être faire une exception en faveur de Robert Boyle, l'un des premiers adeptes de la méthode expérimentale et qui compare les symptômes observés chez les pestiférés à ceux développés par l'injection intra-veineuse pratiquée sur des chiens des poisons qu'il étudiait alors avec Wren. C'est également avec des opinions bien arrêtées que Boyle dit ailleurs : « La connaissance de la nature des ferments et de la fermentation conduira probablement un jour à la solution de bien des phénomènes pathologiques inexplicables par d'autres voies », et, quoiqu'il se rendît inexactement compte de ces phénomènes, il en appréciait bien toute la valeur.

Il faut arriver jusqu'à 1822 pour voir Gaspard et Stick démontrer expérimentalement la toxicité des extraits cadavériques. Cette observation devait cependant rester longtemps encore stérile.

En 1856, Panum prouvait dans un long et minutieux travail que les substances putrides renferment un poison très actif, non volatil, résistant à une certaine élévation de température, soluble dans l'eau et l'alcool et qu'il croyait composé par un mélange de diverses substances toxiques. Bien que la question fût serrée de plus près, les recherches de Panum tombèrent dans l'oubli, malgré l'impulsion que plusieurs universités allemandes cherchèrent à donner à ces résultats en mettant au concours l'étude de l'infection putride.

Les idées de Liebig sur les fermentations dominaient alors dans la science, et la conclusion des travaux entrepris dans le but d'élucider cette question, fut que les matières albuminoïdes en voie de décomposition transmettaient leur *mouvement de destruction* à la substance vivante. Cette manière d'envisager les fermentations était à peu près celle que l'on retrouve dans les écrits de Paracelse et de Van Helmont. Il fallait arriver jusqu'à la notion de l'existence autonome des ferments pour apprécier à leur juste valeur les réactions et les changements qui s'opéraient dans la constitution des substances fermentescibles, et cette notion était la ruine de la théorie de Liebig. Ce sera l'éternelle gloire de M. Pasteur d'avoir, par ses admirables travaux, ouvert la voie si féconde dans laquelle on s'avance hardiment de nos jours.

A cette époque où l'on s'efforçait de trouver des différences tranchées entre la vie végétale et la vie animale, il répugnait d'admettre que les tissus animaux pussent produire des alcaloïdes; et ce n'était pas déjà sans difficultés que l'existence des alcaloïdes végétaux, en tant que principes immédiats préexistants dans les plantes, avait été re-

connue comme exacte et admise par les chimistes. On protessait partout, jusque-là, qne les tissus animaux et végétaux n'étaient formés que de substances neutres ou acides et ne pouvaient produire que des corps de même nature; tout au plus leur accordait-on le pouvoir de donner naissance à des composés amidés.

Bergmann, reprenant d'abord seul en 1868, puis ensuite avec Schmiedeberg l'étude de la putréfaction des substances albuminoïdes, isola de la levure de bière putréfiée, une substance salifiable à laquelle il donna le nom de *sepsine*. Ces expérimentateurs cherchèrent à démontrer son existence dans le sang des individus atteints de septicémie; mais ils abandonnèrent leurs recherches en présence des résultats contradictoires auxquels ils arrivèrent.

En 1870, M. Gautier, dans ses *Recherches sur les albumines de l'œuf de poule*, observa que ces substances, abandonnées à elles-mêmes, devenaient, en se putréfiant, fortement ammoniacales. Rapprochant ce fait de ce que l'urine fraîchement émise et normalement acide donne, lorsqu'on la soumet à la distillation, un liquide condensé alcalin et renfermant de la triméthylamine, il pensa que l'alcalinité de l'albumine putréfiée pouvait être due en partie à des ammoniaques composés, et il annonça en 1872 que la fibrine bien purifiée, abandonnée à une température de 25 à 30 degrés sous une couche d'eau, donnait, en se liquéfiant peu à peu sous l'influence des progrès de la putréfaction, une certaine proportion d'alcaloïdes complexes, facilement altérables, les uns fixes, les autres volatils.

C'est à cette même époque que Selmi poursuivait ses recherches en se plaçant exclusivement au point de vue des expertises médico-légales.

A partir de ce moment, les observations se succèdent presque sans interruptions.

Ad. Dupré rappelle en 1874 l'existence d'un alcaloïde que l'on peut extraire des divers organes et des liquides de l'organisme humain, et notamment du foie; alcaloïde déjà signalé en 1866 par Bence Jones, et auquel il donne le nom de quinoïdine animale en raison de la fluorescence bleue présentée par sa dissolution dans l'acide sulfurique étendu.

En 1876, Liebermann, traitant par le procédé de Stas-Otto des estomacs putréfiés, en isola un alcaloïde non volatil, offrant la plupart des réactions de la conicine mais non toxique.

En 1877, Zuelzer isola de la viande en putréfaction un alcaloïde se rapprochant de l'atropine et de l'hyoscyamine et produisant, comme ces derniers, la dilatation de la pupille. L'auteur émet, dans le cours de son travail, l'opinion que l'expérimentation physiologique fera connaître ces substances mieux que l'analyse chimique. Il avait donc, comme Liebermann, entrevu la possibilité de commettre des erreurs en se servant uniquement des réactions chimiques pour caractériser les alcaloïdes.

Voilà donc la notion de la possibilité, pour les tissus animaux, de produire ou de renfermer des alcaloïdes commençant à se faire jour dans la science; et, à peu près vers cette époque, Bergmann et Panum, reprenant leurs recherches antérieures, émettaient l'hypothèse que la substance alcaloïdique produite pendant la putréfaction peut être le résultat de la vie des bactéries comme l'ergotine est le produit du claviceps purpurea.

Ce ne fut néanmoins qu'après de vives et nombreuses controverses et lorsque Selmi eut montré par des expériences variées que l'albumine *pure*, la fibrine, etc., abandonnées à la putréfaction, produisaient des alcaloïdes identiques à ceux qu'il avait isolés des cadavres et que l'on pouvait encore retrouver dans l'alcool ayant servi à la conservation des pièces anatomiques, que l'on consentit enfin à regarder comme bien démontrée la genèse des ptomaïnes au cours des processus de putréfaction et à admettre que ces alcaloïdes fussent des produits normaux de la vie des bactéries.

Pendant que se poursuivaient ces travaux, un ordre d'idées tout différent me conduisait à faire de l'étude des *matières extractives* le sujet de ma thèse inaugurale (*Contribution à l'étude des matières extractives de l'urine*, Thèse inaugurale, 1880). Je pensais trouver, en poussant plus avant l'analyse immédiate des substances désignées sous la rubrique de matières extractives dans l'analyse des différentes humeurs de l'organisme, des relations intéressantes et permettant d'expliquer certains états pathologiques encore mal élucidés. En présence des difficultés expérimentales et de la complexité des questions soulevées par ces recherches, je bornai le travail qui fut le sujet de cette thèse, à l'examen de l'urine. Je signalai comme constante la présence de substances telles que l'allautoïne, la carnine et un alcaloïde toxique bien nettement défini, mais dont je ne pus isoler une quantité suffisante pour en effectuer l'analyse. En même temps que ces produits, j'obtenais une matière liquide, incristallisable, violemment toxique aussi, pour laquelle je proposais de réserver la dénomination de *matière extractive de l'urine*, et dont je donnais un peu plus tard l'analyse élémentaire, analyse qui permet de classer cette substance comme un terme de transition entre l'albumine et les produit ultimes de sa destruction dans l'organisme, l'eau, l'acide carbonique, l'urée.

Cette *matière extractive* est bien certainement de celles dont M. Gautier disait ces jours derniers en terminant sa communication à l'Académie de médecine: « Ces substances, bien autrement importantes en quantité que les ptomaïnes et les leucomaïnes, oxydables et azotées comme elles, méritent qu'on les étudie de près. Leur jour viendra, et j'ai la ferme conviction que leur étude sera l'une des plus fécondes qui soient réservées à la médecine de l'avenir. » J'espère bien en effet avoir quelque jour à revenir sur ce sujet à l'étude duquel je n'ai pas renoncé depuis 1880. Mais laissons pour le moment de côté ce qui n'a pas trait exclusivement aux alcaloïdes.

En poursuivant en 1881 les études entreprises précédemment, je constatai que toutes les humeurs de l'économie renfermaient des traces de substances alcaloïdiques.

M. Gautier, qui, de son côté, poursuivait en collaboration avec M. Etard ses travaux sur les ptomaïnes, eut l'idée ingénieuse de chercher à rapprocher ces deux sortes d'alcaloïdes, et cette hypothèse fut le point de départ de nouvelles recherches qui, menées séparément par chacun de nous, nous conduisirent l'un et l'autre à des résultats absolument concluants et identiques.

A dater de 1881 les observations se multiplient, la question entre en quelque sorte dans une phase nouvelle, qui est bien caractérisée par l'étude publiée à cette époque par M. Gautier dans le *Journal d'anatomie et de physiologie*.

Le fait que la ténacité de Selmi avait en quelque sorte imposé de nouveau à l'observation des chimistes sortait du cadre de la toxicologie dans lequel il était resté à peu près exclusivement confiné et prenait tout à coup une large place dans le domaine de la physiologie pathologique.

M. le professeur Bouchard, dans un travail lu à la Société

de biologie en août 1882, annonçait que les alcaloïdes éliminés par l'urine augmentaient notablement dans les cas de maladies infectieuses, la fièvre typhoïde notamment. Nous n'hésitions déjà plus à cette époque, M. Gautier et moi, à attribuer à la rétention, au sein de l'économie, des alcaloïdes et des matières extractives éliminées normalement par les différents émonctoires de l'organisme, les accidents graves qui se produisaient au cours de certains états pathologiques; et, dans ma thèse, j'avais visé plus particulièrement l'urémie. Je faisais à peu près au même moment sur les urines de varioleux, à l'hôpital Saint-Louis, la même observation que M. Bouchard sur les urines de typhiques.

M. Gautier signalait encore, en 1881, la présence d'alcaloïdes analogues aux ptomaïnes dans la salive ainsi que dans le venin des serpents et des scorpions. Cloez avait déjà, en 1852, signalé l'existence d'un alcaloïde dans le venin de la salamandre et du crapaud, assertion qui a été confirmée récemment par M. Calmels; et un médecin de la marine, M. Corre, avait fait ressortir dans une étude publiée en 1872 dans les *Archives de physiologie normale et pathologique*, la ressemblance frappante des phénomènes d'empoisonnement déterminés par certains poissons des mers de Chine avec ceux produits par le venin des serpents.

Les travaux de MM. Paterno et Spica, des membres de la Commission italienne instituée dans le but d'étudier les ptomaïnes, de MM. Lépine et Guérin, Maas, Brieger, Poehl, etc., venaient successivement confirmer ces premiers résultats et imposer en quelque sorte la conclusion que des alcaloïdes faisaient partie constituante des tissus et humeurs de l'organisme et pouvaient être considérés comme des témoins de l'activité vitale des cellules.

Si ces alcaloïdes sont intéressants au point de vue chimique, leur intérêt est bien plus grand encore au point de vue de la physiologie et de la pathologie. Déjà en 1878, lors de la discussion soulevée à l'Académie de médecine à propos de la désarticulation coxo-fémorale, M. Pasteur émettait l'opinion que la sepsine de Bergmann, comme toutes les ptomaïnes, ne se produit que par le fait de la vie des microbes et diffère avec chacun d'eux. C'est en vain, pensait M. Pasteur, que l'on rechercherait la sepsine dans le sang conservé à l'abri des germes de fermentation ou dans le cadavre du fœtus ayant séjourné pendant des semaines dans l'œuf intact. La notion du principe toxique peut intervenir tout au plus pour essayer d'interpréter le mécanisme de la mort dans la septicémie, bien que les expériences classiques de Davaine sur l'augmentation des propriétés virulentes du sang par son passage à travers des organismes successifs, soient assez peu de nature à permettre de penser qu'il puisse agir par suite de la présence d'un poison.

Comme conclusion des recherches que j'ai effectuées depuis 1879, je me crois autorisé à admettre maintenant que des substances alcaloïdiques sont *constamment* formées pendant la vie des cellules.

Sous ce rapport, comme sous bien d'autres d'ailleurs, l'organisme animal est une colonie de cellules dont les actes d'assimilation et de désassimilation produisent sans cesse des alcaloïdes dont une partie se trouve soit éliminée, soit détruite pendant le fonctionnement régulier des organes. Lorsqu'une cause occasionnelle vient à troubler si légèrement que ce soit l'harmonie des diverses fonctions, on observe une accumulation par défaut d'oxydation ou d'élimination de ces substances nocives et, si cette accumulation dépasse une certaine limite, des accidents plus ou moins graves ne tardent pas à éclater. En outre la toxicité des divers alcaloïdes qui sont produits par le fonctionnement régulier de l'économie est très variable; et si les uns constituent des poisons redoutables, il en est d'autres dont l'innocuité est à peu près complète : les *leucomaïnes*, découvertes récemment par M. Gautier, font partie de ce dernier groupe, auquel on peut rattacher la créatine, la créatinine, la sarkine, la xanthine, la carnine et les composés alcaloïdiques de même nature, dont la présence normale dans l'économie est depuis assez longtemps définitivement acquise à la science.

Les alcaloïdes, engendrés au cours des processus de putréfaction, varient avec la nature de la substance qui se putréfie et avec l'époque depuis laquelle a commencé la putréfaction bactérienne. Certains termes se retrouvent pourtant d'une façon constante, témoignant ainsi, comme le fait observer M. Gautier, de la vitalité plus considérable des bactéries qui les produisent et qui se développent à l'exclusion des autres espèces : ces termes constants appartiennent surtout à la série hydropyridique.

Lorsqu'on réfléchit aux conditions dans lesquelles se produisent les phénomènes physico-chimiques connexes de la vie des cellules dans l'organisme animal, on s'aperçoit que ces éléments doivent fonctionner pour une bonne partie comme des êtres *anaérobies*, c'est-à-dire dans les mêmes conditions que les bactéries de la fermentation putride. Il est donc tout naturel de retrouver dans les divers produits d'excrétion des témoins de cette existence anaérobie d'un grand nombre de cellules, et en effet l'acide carbonique, les sels ammoniacaux, l'urée, l'indol, le phénol, le scatol, les acides gras, la sarkine, la xanthine, etc., que l'on sait exister principalement dans l'urine et les fèces, font partie de ces produits de désassimilation et de transformation de nos tissus en dehors de l'action de l'oxygène. Quoi d'étonnant par suite d'y trouver également des ptomaïnes ou des produits analogues que M. Gautier désigne par l'appellation de *leucomaïnes*, pour les distinguer des alcaloïdes formés pendant la putréfaction?

Dans ma thèse d'agrégation de 1880 (*Des transformations des matières albuminoïdes dans l'économie*), j'ai rappelé et analysé les nombreux travaux publiés jusqu'alors, établissant la relation étroite qui existe entre la composition de certains produits de désassimilation et celle des produits formés au cours de la putréfaction. Ce chapitre de chimie biologique n'a fait que s'étendre depuis cette époque, et les alcaloïdes ont conquis une place importante que vient amplement justifier l'étude de leurs propriétés physiologiques et pathologiques.

Dans le *Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie* que j'ai fait en collaboration avec MM. Legrand du Saulle et Berryer, j'ai classé les ptomaïnes en trois grands groupes et je crois devoir maintenir, au moins pour le moment, cette classification.

1° Groupe d'alcaloïdes appartenant à la série hydropyridique;

2° Groupe d'alcaloïdes appartenant à la série pyridique;

3° Groupe d'alcaloïdes appartenant à la série de la bétaïne et de la névrine.

Le premier groupe est constitué par des alcaloïdes liquides, volatils, s'oxydant avec une extrême rapidité, et dont il est très difficile d'arriver à obtenir des combinaisons de composition constante pour les soumettre à l'analyse. Ces alcaloïdes existent normalement en très minime proportion

dans les humeurs d'excrétion, et en quantités plus considérables dans les produits de putréfaction à l'abri de l'air.

Le second groupe est formé également d'alcaloïdes liquides, volatils, plus stables que les précédents, plus faciles par conséquent à isoler et à mettre en évidence : on les trouve en assez forte proportion dans les urines pathologiques, les fèces normales et pathologiques, les produits de putréfaction.

Le troisième groupe comprend des alcaloïdes fixes, oxygénés, mais encore facilement altérables, que l'on rencontre dans les produits de la putréfaction avancée, quelquefois parmi les produits de désassimilation de l'organisme. Ceux que j'ai pu obtenir en quantité suffisante pour les soumettre à l'analyse étaient constitués par des oxybétaïnes, des oxynévrines, ou des homologues supérieurs de ces composés.

A ces trois groupes il conviendrait d'en ajouter un quatrième, comprenant les leucomaïnes de M. Gautier (xanthocréatinine, chrysocréatinine, pseudoxanthine), à côté des composés basiques, tels que la créatine, la carnine, la xanthine, etc.

Je renverrai, pour l'étude chimique détaillée de ces corps (ptomaïnes et leucomaïnes), au mémoire original de M. Gautier.

Je suis obligé de limiter aujourd'hui cette étude aux faits qui viennent d'être exposés; mais je compte revenir prochainement sur la toxicologie des ptomaïnes, qui constitue un chapitre fort intéressant de leur histoire, tant à cause des erreurs qu'un observateur inexpérimenté pourrait commettre au point de vue médico-légal, que par suite de l'existence d'un certain nombre d'intoxications accidentelles qui doivent être attribuées à ces alcaloïdes : l'étude de leurs relations avec les maladies infectieuses est encore à peine ébauchée.

Gabriel Pouchet.

La cirrhose hépatique d'origine cardiaque.

Les altérations hépatiques au cours des affections cardiaques ont, depuis bien longtemps, attiré l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes; mais, si le retentissement sur le foie des troubles de l'organe central de la circulation a été signalé d'une façon plus ou moins sommaire par tous les anciens auteurs, l'étude des lésions intimes du parenchyme hépatique, la description histologique du foie cardiaque, est de date beaucoup plus récente.

Dès 1840, Becquerel avait signalé la cirrhose du foie comme pouvant être produite par les affections cardiaques; mais, ainsi que Monneret et Förster, il ne voyait aucune difféférence entre cette cirrhose et celle qui se développe chez les alcooliques. Cette opinion, modifiée en ce qu'elle offre d'excessif, fut reprise par Budd, puis par Handfield Jones (*Medic. Gaz.*, 1848), qui distingua nettement la cirrhose cardiaque de la cirrhose alcoolique, tout en montrant que, dans ces deux variétés de sclérose hépatique, la prolifération embryonnaire et la production conjonctive sont localisées au niveau des espaces interlobulaires.

En 1864, Liebermeister confirma ces données anatomopathologiques auxquelles les travaux de Green et surtout de Wickham Legg (*Med. chir. Trans.*, 1875) ont apporté, quelque dix ans plus tard, un nouvel appui. Pour ces auteurs, la sclérose interlobulaire constitue la lésion constante, primordiale, de la cirrhose d'originé cardiaque.

A côté de cette opinion, on peut ranger celle qui a été formulée tour à tour par Klebs, Rindfleisch, Cornil et Ranvier et exposée fort explicitement par M. Rendu dans son remarquable article Foie du *Dictionnaire encyclopédique:* il existe dans le foie cardiaque, en même temps que des lésions du lobule, un certain degré de sclérose interlobulaire; mais c'est là une altération secondaire, d'importance accessoire, et dont la constance paraît au moins douteuse.

Enfin, il est permis d'opposer à cette manière de voir les affirmations de Virchow, de Frerichs, de Rokitansky et de la plupart des auteurs classiques, qui considèrent la dilatation capillaire, avec atrophie cellulaire et sclérose au pourtour de la veine sus-hépatique, c'est-à-dire au centre même du lobule, comme le mode ordinaire d'altérations du foie sous l'influence des troubles cardiaques, et rejettent l'existence de la cirrhose périlobulaire.

Le différend ne pouvait être tranché qu'au moyen de recherches histologiques minutieuses, mises en regard d'observations cliniques méthodiquement recueillies, et c'est dans cet ordre d'idées que Talamon a réuni en 1881 (1) les matériaux qui lui ont servi à composer sa thèse inaugurale. Pour lui, la cirrhose périveineuse centrale n'existe pas; mais on constate « la prolifération embryonnaire et la cirrhose de l'espace porte, pouvant aller jusqu'à la cirrhose multilobulaire vulgaire ». C'est, d'ailleurs, dans cette disposition des lésions anatomiques que l'on peut trouver la raison du développement et de la persistance des phénomènes d'origine hépatique, et en particulier de l'ascite, chez un certain nombre de cardiaques. Quant aux lésions intra-lobulaires, elles sont représentées, suivant Talamon, par la dilatation et la sclérose de la veine centrale, l'ectasie des capillaires et l'aplatissement des cellules hépatiques, mais sans néoformation conjonctive, sans sclérose dans le territoire sus-hépatique; dans quelques cas, d'ailleurs, l'altération cellulaire peut aller jusqu'à la destruction granulo-graisseuse plus ou moins complète, et engendrer le syndrome clinique de l'ictère grave, ainsi que nous l'avons observé nous-même chez deux malades dont nous avons communiqué l'histoire à notre collègue et ami Talamon à l'époque où il préparait sa thèse inaugurale.

Enfin, d'après Talamon, il existe encore une autre lésion, moins importante, et qui peut rentrer vraisemblablement dans la classe des altérations générales fibroïdes ou scléreuses : il s'agit d'une endo-péri-artérite qu'il aurait constamment rencontrée, et qu'il considère comme contemporaine de l'endocardite elle-même.

Les conclusions formulées par Talamon ont été en partie contredites par M. Sabourin (2) dans un mémoire paru deux ans plus tard, et c'est sur le même sujet qu'insistent à nouveau aujourd'hui MM. de Beurmann et Sabourin (3) à l'occasion d'une intéressante observation de cirrhose cardiaque, typique.

Il faut avant tout définir exactement les termes de la question que l'on cherche à résoudre si l'on ne veut s'exposer à compliquer le problème, et c'est dans ce but que de Beurmann et Sabourin proposent une classification clinique, fort judicieuse, des différentes formes d'affections cardiaques. Ils distinguent quatre types principaux : le type *aortique*, lié à des altérations générales du système artériel et accompagné de lésions viscérales scléreuses particulières; le type

(1) Talamon, *Recherches anatom.-path. sur le foie cardiaque.* Th. Paris, 1881.

(2) Ch. Sabourin, *La cirrhose sus-hépatique d'origine cardiaque* (*Rev. de méd.*, juillet 1883).

(3) De Beurmann et Sabourin, *Revue de méd.*, janvier 1886.

cardio-rénal, souvent très voisin du précédent; le type *cardio-pulmonaire*, ou type mitral ordinaire; enfin, le type *cardio-hépatique*, caractérisé par l'importance prédominante des symptômes hépatiques, la date précoce de leur apparition, et leur persistance souvent indépendante des alternatives d'amélioration ou d'aggravation par lesquelles passe le cœur lui-même.

C'est dans ce type bien défini, et dans ce type seul, qu'il faut, d'après ces auteurs, étudier le foie cardiaque, et, si Talamon a considéré l'endo-péri-artérite comme une lésion primordiale parmi les altérations hépatiques d'origine cardiaque, c'est qu'il a porté ses investigations sur des faits cliniques disparates n'appartenant pas tous exclusivement au même type : le type cardio-hépatique.

Quant aux lésions histologiques du foie cardiaque, de Beurmann et Sabourin admettent, avec Talamon, la dilatation des capillaires autour des veines sus-hépatiques comme caractérisant le premier stade de l'affection, mais, par contre, ils considèrent la cirrhose du territoire veineux sus-hépatique comme le fait dominant et celle du système porte comme secondaire. Ainsi, indépendamment de l'atrophie trabéculaire consécutive à l'ectasie capillaire péri-veineuse centrale, la cirrhose cardiaque, de même que la cirrhose alcoolique, serait une sclérose bi-veineuse multilobulaire; seulement, dans la cirrhose cardiaque, la sclérose première, typique, constante, se développe autour de la veine sus-hépatique, et l'on n'observe la sclérose péri-lobulaire du système porte que dans un certain nombre de points où les lésions sont plus avancées, et en particulier au niveau des bords de l'organe.

On voit que l'opinion défendue par de Beurmann et Sabourin marque un retour vers l'opinion classique, plaçant le point de départ des lésions dans le système de la veine sus-hépatique; restent à déterminer le mode intime de production de cette altération du lobule et la cause qui localise plus particulièrement les accidents sur le foie chez certains malades atteints d'affections mitrales.

Peut-être, selon nous, pourrait-on trouver la raison de toutes ces divergences d'opinion, surprenantes au premier abord, entre des observateurs aussi consciencieux, dans un exclusivisme un peu trop absolu. Sans doute les faits rapportés par chacun d'eux ont été bien étudiés et décrits avec exactitude, et c'est là précisément ce qui nous autorise à tenter une interprétation plus complète de la question litigieuse.

Si l'on compare les résultats des examens histologiques pratiqués par les divers observateurs, on arrive à cette conclusion que, indépendamment des altérations cellulaires, et en ce qui concerne la cirrhose seule, la lésion peut siéger dans tous les points où existe du tissu conjonctif, aussi bien autour de la veine sus-hépatique que dans l'intérieur du lobule ou dans les espaces portes. Ne peut-on penser, dès lors, que la sclérose se montre dominante, *suivant les cas*, dans l'un des territoires veineux et semble même parfois s'y localiser d'une façon exclusive, au moins pendant un certain temps, et cela sous l'influence de causes particulières encore mal déterminées? En un mot, la sclérose cardiaque est, comme l'ont dit de Beurmann et Sabourin, une sclérose biveineuse multilobulaire, et elle affecte le système sus-hépatique ou le système porte dans des proportions très variables selon la *variété de foie cardiaque* que l'on considère. C'est ainsi que chez les alcooliques, par exemple, l'influence d'une irritation antérieure du système porte agirait, non seulement pour prédisposer le cardiaque aux lésions hépatiques, ainsi que l'a dit M. Rendu, mais pour *localiser* la cirrhose dans les espaces péri-lobulaires; et l'on verrait, chez ces malades, la sclérose d'origine cardiaque évoluer avec des caractères cliniques et anatomiques très analogues à ceux d'une cirrhose atrophique vulgaire. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit et l'on pourrait sans doute citer dans cet ordre d'idées plus d'une observation probante. D'ailleurs, en y regardant de plus près, on trouve des arguments en faveur de cette interprétation dans les observations déjà publiées; ainsi de Beurmann et Sabourin ont soin d'écarter tout antécédent alcoolique chez la malade qui leur a fourni un type de sclérose sus-hépatique, et nous savons pertinemment que, tout au moins dans l'une des observations de cirrhose cardiaque péri-lobulaire rapportée par Talamon, la malade était manifestement alcoolique.

D'autres causes, du reste, peuvent sans doute jouer un rôle analogue à celui que nous attribuons à l'alcool et venir imprimer une évolution spéciale à la cirrhose hépatique d'origine cardiaque : la stase sanguine dans le foie, produite du fait des troubles asystoliques cardiaques, amène la prolifération embryonnaire et la néoformation conjonctive; la localisation prédominante de ce processus dans l'un des territoires veineux du foie relève plus directement d'une cause surajoutée, résidant sans doute dans l'état général du sujet, dans ses affections antérieures, ou dans sa manière de vivre.

Telle est la façon dont nous croyons qu'il faut comprendre la question encore controversée de la cirrhose d'origine cardiaque; mais si cette interprétation nous paraît rationnelle et en concordance avec un certain nombre de faits pathologiques, nous ne nous dissimulons pas qu'elle a besoin, pour être solidement établie, de preuves plus démonstratives et de recherches plus complètes.

André Petit.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique générale.

De l'influence des boissons sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 22 janvier 1886, par M. Albert Robin, professeur agrégé, médecin de l'hospice des Ménages.

I. Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Debove a rappelé l'attention sur le rôle de l'eau dans la nutrition, et son intéressante communication a donné lieu à un échange d'observations du plus haut intérêt sur cette question jusqu'ici controversée.

Je voudrais aujourd'hui rentrer dans le débat en apportant des arguments qui, je l'espère, pèseront d'un certain poids dans la solution du problème.

On a fait de nombreux travaux sur l'action que les grandes ingestions de liquide exercent sur la nutrition, et malgré tout, ce sujet d'étude revient, pour ainsi dire, périodiquement à l'ordre du jour, les uns tenant encore pour l'inactivité des liquides, les autres leur accordant une réelle influence.

Mais pour se faire une opinion au milieu de toutes ces controverses, il importe de ne pas placer toutes les expériences sur le même plan et de tenir compte, avant tout, de celles où les expérimentateurs se sont mis, autant que possible, à l'abri de toutes les causes d'erreur. A cet égard, les travaux de A. Genth me paraissent occuper le premier rang. Aussi les ai-je choisis comme point de départ.

La conclusion qui découle de leur examen est que l'eau introduite en grande quantité dans l'estomac augmente dans une proportion plus ou moins grande la quantité de l'urée et des sels de l'urine. Mais on discute encore pour savoir si cette augmentation de l'urée dépend d'un meilleur lavage des tissus et par conséquent d'un entraînement plus parfait de l'urée normalement formée, ou si l'excès provient d'une augmentation de la désintégration.

Posée ainsi, la question risquerait fort de rester longtemps sans réponse, car elle passe sous silence un élément de la plus haute valeur, à savoir que l'élévation du chiffre de l'urée pourrait aussi dépendre, non pas d'une augmentation de la *désintégration* organique, mais bien des *combustions* élémentaires. Pour moi, la vérité est dans cette dernière hypothèse, et je vais le démontrer en appelant aussi à l'aide les recherches que j'ai effectuées autrefois afin de pouvoir donner mon opinion personnelle dans le débat. Ces recherches ont confirmé, d'une part, l'assertion des auteurs qui attribuent aux liquides pris en abondance une action puissante sur les échanges, tandis que, d'autre part, elles prouvent que ces échanges ne sont pas augmentés absolument, mais que l'évolution des produits désintégrés s'accomplit d'une manière plus parfaite.

D'abord, il me paraît incontestable qu'*une partie de l'excédent d'urée a pour origine un lavage plus parfait des tissus*. Et si les tissus et les humeurs sont mieux débarrassés des produits de leur désintégration, nul doute que le fonctionnement élémentaire ne bénéficie de cet entraînement. On pressent donc qu'en assurant l'intégrité de la dépuration élémentaire on va favoriser les oxydations organiques.

En effet, Forster prive un chien de toute nourriture pendant sept jours; l'urée journalière oscille de 12gr,1 à 12gr,8 du cinquième au septième jour, c'est-à-dire que l'animal est arrivé à l'état d'équilibre azoté. On injecte alors dans l'estomac 3 litres d'eau. L'urée monte brusquement à 22gr,9. Un chien de Voit, privé d'eau, éliminait 16gr,7 d'urée; on lui fait ingérer 1957 grammes d'eau, l'urée s'élève à 21gr,3.

Que les boissons abondantes augmentent l'urée, voilà un fait mis hors de doute par les expériences que je viens de rapporter. Mais il s'agit de fixer la part qui dans cette augmentation revient au lavage des tissus et de montrer que cette part est minime vis-à-vis de celle qui dépend de l'augmentation des combustions.

D'abord la différence en urée est beaucoup trop considérable pour ne provenir que du lavage des tissus; ensuite dans les expériences de Voit, l'établissement de l'équilibre azoté égalisait, à peu de chose près, l'azote urinaire avec l'azote alimentaire. En admettant même que la différence constituât justement cette réserve qu'un excès d'eau entraîne, on obtiendrait au plus 15 à 20 pour 100 de la quantité d'urée en excès. Le reste doit donc venir des tissus de l'individu en expérience. Enfin, à toute destruction de matières albuminoïdes, correspond une élimination de soufre aussi bien qu'une élimination d'azote, et c'est précisément ce qui arrive après l'ingestion d'une grande quantité d'eau, puisque Forster a vu l'acide sulfurique des sulfates monter de 1gr,263 à 1gr,563 après absorption de 2 litres d'eau.

II. L'augmentation de l'urée après l'ingestion d'eau tient donc pour une faible part à un meilleur lavage des tissus et provient pour la plus grande partie des matières albuminoïdes de l'organisme.

Ceci posé, il faut déterminer si *cette augmentation d'urée dépend d'un accroissement de la désintégration organique ou d'une exagération des combustions.*

J. Mayer, à la suite d'expériences fort bien conduites, conclut que l'eau en excès n'augmente pas la destruction des matériaux albuminoïdes. C'est aussi l'opinion de Rabuteau, de J. Hoffmann, de Bischoff, etc. Mais ces expérimentateurs s'appuient sur des observations dans lesquelles l'ingestion d'eau n'a pas produit, ou n'a produit qu'une faible augmentation de l'urée; ils jugent, en un mot, de la quotité des destructions par le poids de l'urée.

Certainement l'urée est en rapport étroit avec le taux des combustions; mais celles-ci dépendent aussi de la quantité des principes combustibles offerts à l'oxydation, et je ne trouve pas dans les expériences précitées d'indication bien nette sur le régime alimentaire. Et quand je trouve ces indications, elles ne sont pas de nature à dissiper mes doutes. Aussi ai-je eu recours à un autre procédé qui consiste à comparer le poids de l'urée à celui de la totalité des matériaux solides éliminés par l'urine. Et pour faire des calculs, j'ai pris les tableaux d'expériences de A. Genth, l'auteur qui me paraît avoir le mieux étudié la question et avoir conduit ses expériences, faites sur lui-même, avec la plus grande précision. Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Dans une première série d'expériences, faites *à blanc*, Genth éliminait 70gr,129 de matériaux solides, contre 43gr,269 d'urée, soit 61,6 d'urée pour 100 de matériaux solides. Il prend 2 litres d'eau, en sus de son régime ordinaire; les matériaux solides s'élèvent à 73gr,057; l'urée, à 48gr,359, soit 66,1 pour 100 d'urée. Enfin, il porte l'eau à 4 litres: les matériaux solides s'élèvent à 75gr,358, et l'urée, à 53gr,194, soit 70,5 pour 100.

Tableau I. — *Influence de l'eau sur la nutrition de l'homme sain. Calculs d'après les chiffres du mémoire de A. Genth.*

Régime	Matériaux solides	Urée	Rapport de l'urée aux mat. solides
Régime ordinaire....	70gr,129	43,269	61,6
2 litres d'eau........	73gr,057	48,359	66,1
4 litres d'eau........	75gr,356	53,194	70,5

Il résulte de ces chiffres que l'ingestion d'une pareille quantité d'eau augmente les combustions ou pour mieux dire les oxydations, sans augmenter parallèlement la désintégration organique, puisque avec une augmentation de matériaux solides de 5gr,257, soit 7,5 pour 100, l'urée s'élève de 9gr,925, soit 22,9 pour 100.

Pour lever toutes les objections, j'ai repris l'expérience de A. Genth et je suis arrivé à des résultats fort approchants, comme on peut s'en rendre compte dans le tableau ci-dessous :

Tableau II. — *Influence de l'eau sur la nutrition. Expériences personnelles.*

Régime	Quantité d'urine	Densité	Matériaux solides	Urée	Rapport de l'urée aux mat. solides
Moyenne de 5 jours.	1200	1,023,5	65,75	32,52	49,4
Id. avec 1250gr d'eau.	2150	1,013	65,33	34,76	53,2

La concordance est assez exacte, puisque pour 1250 grammes d'eau ingérée en plus, l'urine augmente de 2gr,24, soit 6,7 pour 100.

Comme l'urée est le produit le plus parfait de l'oxydation des albuminoïdes, le rapport qu'affecte l'azote de cette urée avec l'azote total de l'urine, pourrait servir à chiffrer le taux des oxydations élémentaires et être dénommé à ce titre: *Coefficient d'oxydation.*

D'une manière beaucoup plus approximative, on peut aussi prendre pour coefficient d'oxydation le rapport de l'urée aux matériaux solides envisagés en bloc. Ce coefficient est très variable, suivant les individus et les circonstances pathologiques; mais chez un même sujet, avec une alimentation identique, il suffit aux besoins de la clinique, et comme les tableaux précédents démontrent qu'il augmente avec l'ingestion d'eau, il vient confirmer encore la valeur attribuée à l'augmentation isolée de l'urée et contribue à établir que *les liquides pris en abondance augmentent les oxydations sans augmenter parallèlement la désintégration organique.*

III. Appliquons maintenant ces faits au *traitement de l'obésité* et nous aurons peut-être le secret des divergences qui séparent les praticiens, les uns recommandant l'eau à outrance, les autres la proscrivant avec la dernière énergie, et tous deux obtenant des succès à l'appui de leur méthode.

On devient gras par une infinité de procédés qui peuvent en dernière analyse se résoudre aux deux suivants:

Dans le premier cas, l'assimilation est augmentée; dans le second, la désassimilation est diminuée, d'où deux variétés d'obésité, celle par *excès*, celle par *défaut.*

Prenons la première hypothèse. M. Dujardin-Beaumetz a rappelé dernièrement que, d'après les expériences de Schiff et de P. Vigier, l'eau augmentait le pouvoir digestif dans de très fortes proportions. A ceux qui deviennent obèses par excès, l'eau devra donc être sévèrement interdite.

Dans le second cas, quand l'obésité dépend d'une dénutrition imparfaite, donnez, au contraire, des liquides en quantité notable, et vous obtiendrez un sensible amaigrissement.

Mais, dira-t-on, comment reconnaître qu'un individu est devenu obèse par excès ou par défaut; comment, en un mot, étant donné un obèse, avoir d'emblée et avant tout traitement si l'on doit lui conseiller de boire beaucoup ou de restreindre au minimum la quantité de ses boissons?

Le chiffre de l'urée fournit déjà une première indication et permet de diviser les obèses en trois classes, suivant que l'urée est augmentée, diminuée ou stationnaire. Comme ceux chez lesquels l'urée est augmentée ne relèvent certainement pas de l'obésité par défaut, force est bien d'admettre qu'elle dépend chez eux d'un excès dans l'assimilation. Et contrairement, la diminution de l'urée indique bien nettement alors une insuffisance d'oxydation, car de deux choses l'une, l'individu fait peu d'urée ou parce qu'il mange peu, ou parce que ses oxydations sont compromises. Dans le premier cas, il éliminera autant d'azote et de carbone qu'il en ingère et il n'engraissera pas; dans le second, la balance sera en faveur de l'ingestion, si faible qu'elle soit d'ailleurs, et le sujet engraissera.

Quant aux cas où l'urée ne varie pas (et ils sont fort nombreux), ils paraissent échapper à la formule pathogénique dont je viens de poser les bases, mais en réalité, ils y rentrent bien vite, si, au lieu de n'envisager que le chiffre brut de l'urée, on considère le coefficient d'oxydation. Si celui-ci est élevé, nous rentrons dans l'obésité par excès; s'il est abaissé, dans l'obésité par défaut.

Par conséquent, la théorie ordonne de faire boire les obèses qui éliminent peu d'urée ou dont le coefficient de combustion est diminué, tandis qu'elle condamne à l'abstinence des boissons, les obèses qui excrètent beaucoup d'urée et ceux qui, tout en rendant une quantité normale de ce principe, présentent un fort coefficient de combustion.

IV. Si indiscutables que paraissent ces conclusions théoriques, auxquelles la chimie physiologique donne une base solide, elles paraîtront cependant hypothétiques aux médecins, tant qu'elles n'auront pas reçu la sanction de l'épreuve clinique. Aussi, après les avoir formulées pour la première fois en 1879 dans mon cours de chimie biologique au laboratoire de l'hôpital de la Charité, je cherchai à effectuer leur réalisation.

Voici résumés dans les tableaux ci-dessous, les résultats des expériences que j'instituai à cette époque sur trois femmes obèses.

Chez toutes les trois la quantité d'urée était normale, mais chez deux d'entre elles le coefficient d'oxydation était sensiblement diminué, tandis qu'il était légèrement surélevé chez la troisième. On mit donc les deux premières au régime des boissons à volonté, tandis que la troisième fut strictement rationnée.

Le tableau III se rapporte à la première obèse. C'était une

Tableau III. — *Mme R. C., âgée de vingt ans. Obésité par défaut. Boissons abondantes.*

JOURS	EXAMEN DE L'URINE			POIDS DE LA MALADE LIVRES	MENSURATIONS			RÉGIME
	MATÉRIAUX SOLIDES	URÉE	COEFFICIENT D'OXYDATION		CIRCONFÉRENCE DE LA TAILLE	CIRCONFÉRENCE DES SEINS	CIRCONFÉRENCE DU VENTRE	
9 décembre. Avant le traitement.	75,75	19,48	25,7	181,4	0,85	1,12	1,01	Viande, 300 à 400.
8 janvier	62,12	20,14	32,4	178,1	0,83	1,08	0,93	Légum. verts, de 50 à 100.
18 —	56,74	22,53	39,7	176,2	0,81	1,05	0,92	Pain, 100 à 150.
29 —	44,22	15,33	34,7	173,4	0,80	1,04	0,90	Boissons, 1500 grammes.
7 février	49,84	17,21	34,5	»	»	»	»	»
18 —	62,65	23,27	37,0	»	»	»	»	»
1er mars	63,13	22,98	36,4	171,4	0,79	1,04	0,90	»
1er avril	55,92	19,94	35,6	168,2	0,78	1,01	0,85	»
15 octobre	97,34	60,60	61,2	163,05	0,77	0,99	0,84	»

femme de vingt ans, de taille moyenne, qui avait vainement tenté de maigrir en suivant des conseils empiriques. Je lui recommandai de se nourrir exclusivement de viande et de légumes verts avec la plus petite quantité de pain possible et de boire à volonté. Chaque jour on pesait les aliments et le liquide des boissons ; les chiffres qui dans le tableau représentent le régime, constituent la moyenne générale des chiffres journaliers du 9 décembre au 29 janvier. A partir de cette époque, les aliments ne furent plus pesés avec la même exactitude, mais la malade m'a affirmé que leur poids n'avait pas varié dans de sensibles proportions. Quant aux liquides, la soif devint très vive vers le mois d'août, et la quantité de boissons ingérées jusqu'au 15 octobre s'est élevée à 2 et 3 litres par jour.

L'amaigrissement total a été de 9 kilogrammes pendant cette période de dix mois. Le tour de taille a maigri de 8 centimètres ; le ventre, de 17 centimètres ; les seins, de 13 centimètres. Le coefficient d'oxydation, qui n'était au début que de 25,7, chiffre inférieur à la normale, s'est élevé rapidement à 35,39, pour alteindre 61,2 à la fin de la cure.

Tableau IV. — *Mme O. D., âgée de vingt-deux ans. Obésité par défaut. Boissons abondantes.*

DÉSIGNATION DES PÉRIODES	ANALYSE DE L'URINE			POIDS DU CORPS LIVRES	MENSURATIONS DU CORPS						QUANTITÉ DE BOISSONS	RÉGIME MOYEN		
	MATIÈRES SOLIDES	URÉE	COEFFICIENT D'OXYDATION		TOUR DE TAILLE	POITRINE	VENTRE	CUISSE	MOLLET	BRAS		VIANDE	PAIN	LÉGUMES VERTS
1er octobre. Avant la cure..	68,79	17,13	23,3	153,1	0,89	1,03	1,16	0,72	0,42	0,34	»	»	»	»
17 —	66,33	22,28	33,6	146,4	0,80	0,97	1,05	0,71	0,41	0,34	1650	322	100	70
24 —	63,88	20,44	31,9	145,0	0,78	0,97	1,05	0,69	0,40	0,33	1710	317	100	70
31 —	78,36	29,29	38,6	142,2	0,76	0,96	1,04	0,68	0,40	0,33	1700	302	100	70

Tableau V. — *Mlle M. B., âgée de onze ans. Obésité par excès. Rationnement des boissons.*

DATES	ANALYSE DE L'URINE			POIDS LIVRES	MENSURATIONS						QUANTITÉ DE BOISSONS Y COMPRIS L'EAU DES ALIMENTS SOLIDES	RÉGIME MOYEN		
	MATIÈRES SOLIDES	URÉE	COEFFICIENT D'OXYDATION		TOUR DE TAILLE	VENTRE	SEINS	CUISSE	BRAS	MOLLET		PAIN	VIANDE	LÉGUMES VERTS
17 sept. Avant la cure.....	51,88	21,39	41,2	148,3	0,81	1,14	0,95	0,69	0,35	0,40	»	»	»	»
24 —	49,52	18,54	41,5	146,21	0,80	1,095	0,915	0,675	0,345	0,396	900	96	276	50
1er octobre.............	57,33	19,83	34,5	145,35	0,79	1,035	0,91	0,67	0,335	0,396	800	95	269	50
8 —	52,65	21,89	41,5	142,25	0,78	0,99	0,91	0,655	0,33	0,394	800	95	289	50
15 —	66,43	21,00	31,6	142,06	0,77	0,945	0,91	0,64	0,326	0,386	751	96	279	50
22 —	42,23	15,61	36,9	139,35	0,76	0,93	0,91	0,63	0,32	0,385	710	97	287	50
28 —	69,73	23,98	34,5	137,315	0,75	0,91	0,90	0,615	0,316	0,383	718	94	293	50
5 novembre............	47,18	15,98	33,8	136,100	0,74	0,90	0,90	0,615	0,315	0,383	671	99	268	58
13 —	60,84	21,35	35,0	135,270	0,73	0,87	0,88	0,61	0,31	0,38	702	100	286	50
19 —	74,13	18,74	25,4	134,31	0,72	0,87	0,87	0,61	0,31	0,375	700	100	275	50

Le tableau IV résume ma seconde observation d'obésité par défaut.

C'était une femme de vingt-deux ans, petite, mère de trois enfants, qui avait commencé à grossir vers l'âge de dix-sept ans. Elle fut mise au même régime que la précédente et but à volonté. Les aliments et les boissons furent aussi pesés journellement et la moyenne établie pour chaque semaine. Comme on peut s'en assurer, les variations en demeurèrent insignifiantes. Les liquides s'élevèrent environ à 1700 centimètres cubes ; le pain, à 100 grammes ; la viande, à 315 ; les légumes, à 70 grammes.

En un mois, le poids s'abaissa de 5kg,5 ; le tour de taille diminua de 13 centimètres ; les seins, de 7 centimètres ; le ventre, de 12 centimètres ; la cuisse, de 4 centimètres ; le mollet, de 2 centimètres, et le bras, de 1 centimètre. Le coefficient d'oxydation s'éleva graduellement de 23,3, chiffre anormalement faible, à 33,6 et enfin à 38,6. La malade ressentit pendant tout le traitement un grand sentiment de bien-être.

Le tableau V peut servir de contre-partie aux deux précédents. Il s'agissait d'une petite fille de onze ans, qui avait atteint des proportions vraiment colossales, comme on peut s'en assurer par l'examen des chiffres ci-dessus. Je la mis au même régime que les précédentes, soit de 275 à 293 grammes de viande ; de 95 à 100 grammes de pain et 50 grammes de légumes. Mais comme le coefficient d'oxydation était à peu près normal, on la rationna strictement sous le point de vue des liquides, quoique l'enfant fût d'ordinaire une « buveuse

d'eau ». Ce ne fut pas sans difficulté qu'elle en arriva à ne prendre que 900 grammes d'eau par jour, y compris l'eau des aliments, qui entrait dans ce chiffre pour 277 grammes environ, soit seulement 623 grammes de liquide dans les vingt-quatre heures, et encore cette quantité fut-elle graduellement restreinte à 800, 751, 710, 671, etc.

Avec cette diminution des liquides, l'amaigrissement fut aussi rapide et aussi marqué que dans les deux premiers cas. En deux mois, le poids tombe de 7 kilogrammes; le tour de taille diminue de 9 centimètres; le ventre, de 27 centimètres; les seins, de 8 centimètres; la cuisse, de 8 centimètres; le bras, de 4 centimètres; le mollet, de 2c,5. Et le coefficient d'oxydation, après quelques oscillations, s'abaissait de 41-2 à 36-9, 34-5, 33-8, 35, puis enfin 25-4, suivant ainsi une marche précisément inverse de celle qui a caractérisé nos deux premières observations.

Voilà donc trois obèses soumises à un régime identique, et qui maigrissent toutes les trois, les unes avec de l'eau à discrétion, les autres avec un rationnement des liquides. Dans les trois cas, on s'est basé, pour permettre ou restreindre les boissons, sur le rapport de l'urée aux matériaux solides, et chaque fois l'événement a justifié la mesure prescrite. La clinique a donc sanctionné la théorie à laquelle m'avait conduit la chimie physiologique, et le médecin aura désormais un guide sûr pour appuyer sa décision dans cette question d'opportunité thérapeutique jusqu'ici controversée.

CORRESPONDANCE

Sur les propriétés hypnotiques de l'acéto-phénone ou hypnone.

Nous avions été bien inspiré en faisant toutes nos réserves au sujet des résultats divergents obtenus par quelques-uns des expérimentateurs qui ont essayé les propriétés hypnotiques de l'acéto-phénone et en exprimant l'avis que ces appréciations différentes dépendaient plutôt encore des malades sur lesquels on opérait que du médicament lui-même (p. 50). La lettre suivante, que veut bien nous adresser M. Dujardin-Beaumetz, précise à cet égard ce que nous n'avons pu qu'indiquer.

L. L.

Mon cher confrère,

Dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (22 janvier 1886), vous publiez la seconde note que MM. Mairet et Combemale ont communiquée à l'Académie des sciences du 18 janvier 1886 sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'acéto-phénone; cette note ayant paru après l'article que j'ai consacré dans le *Bulletin de thérapeutique* au même médicament (1), permettez-moi de prendre la voie de votre estimable journal pour répondre à quelques-unes des assertions de MM. Mairet et Combemale.

Ces expérimentateurs soutiennent que l'acéto-phénone n'est pas un hypnotique; je crois que c'est aller beaucoup trop loin et je maintiens quant à moi l'action hypnotique vraie de l'acéto-phénone.

Dans une conférence faite à l'hôpital Cochin, je me suis efforcé de démontrer que les médicaments que l'on devait ranger dans ce groupe devaient avoir surtout comme effet physiologique d'anémier l'axe cérébro-spinal et j'ai tâché de démontrer que, si le chloral et la paraldéhyde étaient des hypnotiques, cela résultait de leur action anémiante sur les centres nerveux.

En se basant sur leurs propres expériences sur les animaux, MM. Mairet et Combemale reconnaissent que, tout en jouissant de propriétés irritantes, l'acéto-phénone produit du côté des centres nerveux une anémie limitée à la moelle ou s'étendant à l'encéphale, que cette anémie des centres nerveux est indépendante de la circulation générale et qu'elle dépend d'une action primitive de l'acéto-phénone sur les éléments nerveux.

Ce sont là, à mon sens, les conditions physiologiques essentielles que doit remplir un bon hypnotique et si les résultats thérapeutiques obtenus s'éloignent de ceux que j'ai recueillis, c'est que nous n'étions pas placés dans les mêmes conditions, MM. Mairet et Combemale n'ayant employé l'hypnone que chez les aliénés, moi, au contraire, ne l'ayant ordonnée que dans les cas d'insomnie sans aliénation.

J'ai obtenu et j'obtiens, à la dose de 40 centigrammes, avec l'hypnone, le sommeil lorsque l'insomnie ne résulte pas d'accès fébriles ou de douleurs persistantes; je reconnais toutefois que cette action hypnotique est inconstante et souvent infidèle. Si l'hypnone réussit merveilleusement dans certains cas, elle échoue complètement dans d'autres sans que j'aie pu trouver encore la cause de cette différence d'action.

Dujardin-Beaumetz.

(1) Dujardin-Beaumetz et G. Bardet, *Bull. gén. de thér.*, 15 janvier 1886, p. 1. — Dujardin-Beaumetz, *Conférences de thérapeutique de l'hôpital Cochin: des nouveaux hypnotiques* (*Bull. de thér.*, 1885, t. CIX, p. 337), et les *Nouvelles médications*, p. 143.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Sphygmographe différentiel pour déterminer la circulation veineuse par influence. Note de M. *Ch. Ozanam.* — L'auteur décrit ainsi qu'il suit cet appareil et la manière dont il fonctionne :

Deux petites ampoules de verre sont accouplées au moyen d'une double bague métallique. Leur bord interne, légèrement aplati, fournit un point d'appui et la fixité nécessaire pour leurs rapports mutuels. Elles sont recouvertes de deux membranes de caoutchouc, qu'il est important de choisir parmi les plus minces, pour ne point masquer par une forte pression l'expression si délicate, si fugitive de la pulsation veineuse; c'est là une des principales conditions de réussite.

L'avantage d'une très fine membrane est encore de faire saillir le mercure hors de l'ampoule et de rendre l'instrument plus sensible.

Les branches terminales des ampoules sont prolongées par des conduits de caoutchouc qui aboutissent à deux tubes de verre, soutenus verticalement et réunis côte à côte par un anneau métallique. Le mercure qui les remplit soulève les flotteurs qui servent de plume, tandis qu'un aimant intérieur attire doucement la branche horizontale d'acier qui termine chaque plume, et lui fait inscrire les tracés voulus sur un cylindre tournant. Cela donné, si l'on dispose les deux ampoules simultanément en travers de l'artère seule, les deux colonnes ascensionnelles s'élèvent simultanément aussi, sauf la très légère différence de temps qu'exige le sang pour arriver de l'une à l'autre, 1/100e de seconde environ.

Mais si, déplaçant les ampoules, on les applique, l'une sur l'artère, l'autre sur la veine satellite, après quelques tâtonnements on obtient une double impulsion, dont la plus forte (artérielle) monte, pendant que l'autre, plus faible (veineuse), descend, et *vice versâ*, systole pour diastole, diastole pour systole. Dès qu'on déplace l'ampoule veineuse, les pulsations disparaissent ou se réduisent infiniment, le vide produit par le retrait artériel n'agissant plus que sur des tissus celluleux. Il n'est point avantageux de donner aux ampoules la forme complètement ovalaire, car alors les vibrations de la membrane ne s'opérant pas également vite dans les deux diamètres, se doublent, pour ainsi dire, et déterminent un frémissement qui indique les dicrotismes.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Gallard* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

M. *Barrier*, professeur à l'Ecole d'Alfort, demande à être porté sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

MM. *Joannès Chatin*, *Prunier*, *Quesneville* et *Pierre Vigier* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Zambaco* sollicite le titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*).

M. le docteur *Belugon* envoie un mémoire manuscrit intitulé : *Des modifications apportées par la cure de Lamalou à quelques symptômes de la période initiale du tabes* et une brochure ayant pour titre : *Des indications spéciales des eaux de Lamalou dans le traitement des névroses.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Schiffers*, le Compte rendu des travaux de la Société médico-chirurgicale de Liège pendant l'année 1885 ; 2° de la part de M. le docteur *Meza* (de Buenos-Ayres), une brochure ayant pour titre : *Memoria anual de la Administracion municipal de vacuna de la capital de la Republica Argentina ;* 3° au nom de M. le docteur *Gil* (de Buenos-Ayres), une brochure intitulée : *Refutacion a los fundamentos de la Nota del Consijo de hygiene de Cordoba prohibienda la vacuna humana como atentatoria a la salubridad publica ;* 4° de la part de M. le docteur *Pana* (de Buenos-Ayres), un ouvrage ayant pour titre : *La viruela en la America del Sud y principalmente en la Republica Argentina, historia, estadistica, clinica y profilaxia.*

M. *Henri Gueneau de Mussy* présente : 1° de la part de MM. les docteurs *Lécuyer* et *Dupré*, un mémoire imprimé sur *le lait des vaches péripneumoniques ;* 2° au nom de M. le docteur *Riant*, un ouvrage ayant pour titre : *L'hygiène de l'orateur.*

Décès de M. Jules Guérin. — M. *le Président* annonce à l'Académie le décès de M. *Jules Guérin*, qui a succombé la veille, à Hyères, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. Il rappelle la part considérable qu'il a prise aux délibérations de la Compagnie depuis 1842, année où il fut nommé dans la section de pathologie médicale.

Hopéine. — Depuis quelque temps on a appelé l'attention sur un principe narcotique qu'on disait extrait du houblon, auquel on a donné le nom d'hopéine et dont les propriétés particulières ont été étudiées par Roberts (de New-York), Smith, Williamson, etc.; en France, M. Grasset estime que ce produit a une énergie comparable, peut-être supérieure à celle de la morphine. Prévenu de la présence de ce dernier alcaloïde dans ce composé, provenant de deux fabriques étrangères, M. *Dujardin-Beaumetz* s'empressa, avant toutes recherches thérapeutiques, de le faire analyser. Bien qu'ayant une légère odeur de houblon, le corps vendu sous le nom d'hopéine cristallisée présente, au point de vue de l'aspect, de la forme cristalline et de toutes ses réactions, une ressemblance si frappante avec la morphine, qu'on est amené à conclure à l'identité des deux produits ; la seule différence qui les sépare, c'est que la morphine se vend 50 centimes le gramme, tandis que les droguistes vendent l'hopéine de 3 à 4 francs le gramme. Ainsi, ou l'hopéine a les mêmes réactions que la morphine, ou le houblon sauvage d'Amérique renferme de la morphine, ou bien enfin les droguistes étrangers exportent sous ce nom de la morphine aromatisée au houblon. Cette falsification est vraisemblable ; il importe d'être averti contre elle.

M. *Armand Gautier* tient à rappeler qu'ayant besoin, il y a quelques années, de venin de *Cobra capello*, pour des expériences physiologiques, il reçut d'une maison d'Angleterre en rapport avec les Indes, un flacon vendu très cher, qui n'en contenait aucune trace. De même, M. Regnauld reçut de droguistes anglais du chlorure de méthylène, qui n'était que du chloroforme impur.

M. *Méhu* ajoute que les prospectus et réclames relatifs à l'hopéine ne manquent pas de déclarer qu'on ne peut fabriquer de l'hopéine en Europe, le houblon de l'Amérique centrale étant seul susceptible de produire ce composé.

Grâce à cette fraude, fait remarquer M. *Dujardin-Beaumetz*, les expérimentateurs ont simplement opéré sur de la morphine.

Extirpation totale du larynx. — Le 24 mars 1885, M. *Léon Labbé* rendit compte à l'Académie d'une opération d'extirpation totale du larynx qu'il venait de pratiquer douze jours auparavant pour un cas de sarcome fasciculé. Les suites de cette opération ont été des plus heureuses: le 7 avril, le malade commença à manger par la bouche; quelque temps après, on lui appliqua une canule, composée d'une partie *respiratoire*, s'engageant dans la partie supérieure de la trachée, et d'une partie *parlante*, indépendante et enclavée dans la première. L'état général était devenu excellent et le malade vaquait à toutes ses occupations lorsque, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de pneumonie et succomba le 4 juin, uniquement à cette maladie.

Démographie et topographie de la Vendée. — M. *G. Lagneau* lit un rapport sur un manuscrit de M. le docteur *Aubert*, intitulé : *Essai de statistique démographique et de topographie médicale du département de la Vendée.*

Ce département se partage en trois régions: le Bocage, la Plaine et le Marais, dernière région, en partie émergée depuis les derniers temps géologiques, voire même depuis les temps historiques. La plus grande partie du pays paraît avoir été peuplée par les Pictons ou Pictaves, de race celtique. D'autres peuplades, dites atlantiques, les Ambilatres, les Cœnicéens, les Anagnates, les Agérinates Cambolestri, paraissent avoir occupé certains points du littoral. A partir du quatrième siècle, des Théiphales se fixèrent sur les bords de la Sèvre Nantaise, dans le *Pagus Teofalgicus*, actuellement les environs de Tiffauges, et aussi dans une région plus méridionale où les mentionne Grégoire de Tours. Arcère pense que plus au sud le *Pagus alonensis*, le Pays d'Aunis, doit son nom à des Alains. Les Normands ont plus tard occupé l'île de Noirmoutiers et le littoral voisin. L'origine ethnique des anciens Coliberts des marais mouillés, depuis appelés Huttiers, Cabaniers, est fort incertaine. Enfin, des Espagnols sembleraient s'être fixés dans les environs des Sables d'Olonne. Cette ethnogénie fort complexe peut expliquer certaines différences de taille et d'autres caractères remarqués par M. le docteur Aubert. La taille serait élevée chez les descendants des Normands de Noirmoutiers et du littoral. Elle serait petite chez les descendants des Celtes du Bocage. M. Aubert signale la fréquence des exemptions pour hernies dans cette région. La population du département de la Vendée, très éprouvée par la guerre civile, n'a pas cessé cependant de s'accroître considérablement; de 268 646 en 1806, elle était de 421 642 en 1881. En soixante-quinze ans, elle s'est accrue de près de trois cinquièmes.

M. *Leblanc* fait remarquer que son père, originaire du Bocage, représentait le type des habitants de cette partie de la Vendée; il ne peut donc pas laisser dire que les habitants du Bocage sont en général de petite taille ; au contraire, ils sont grands et ont les traits accentués. En outre, les habitants du Bocage, contrairement à ce qu'affirme M. Aubert, ne sont pas sujets aux hernies; cette infirmité serait plutôt l'apanage des habitants du Marais, par suite des exercices violents qu'ils doivent faire pour traverser les fossés qui entourent leurs prairies et leurs champs. Enfin, relativement à l'accroissement de la population en Vendée, M. Leblanc pense qu'il doit être expliqué par ce fait que les habitants de ce pays sont généralement de petits métayers ayant besoin d'avoir beaucoup d'enfants pour les aider dans leurs travaux et pour remplacer les domestiques qui sont rares et chers. Il y a donc là, pour eux, un encouragement à la multiplication, et c'est ce qui explique leur accroissement considérable.

M. *Lagneau* confirme ces faits et rappelle que dans les départements où les travaux agricoles n'exigent pas de bras nombreux, les familles ont peu d'enfants et la population ne cesse de diminuer.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Diagnostic du rhumatisme par l'examen du sang : M. Hayem. — Influence de l'eau sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité : M. A. Robin. (Discussion : M. Debove.) — Élections.

M. *Hayem*, depuis sa communication antérieure sur les modifications du sang dans les pyrexies, les phlegmasies et les cachexies, a constamment fait examiner le sang des malades de son service, dont l'affection offrait quelque difficulté ou quelque incertitude au point de vue du diagnostic. Il a pu constater par ce moyen, entre autres particularités intéressantes, l'augmentation constante et considérable du réseau de fibrine qui se forme dans le sang des rhumatisants. Le fait de l'augmentation de la fibrine au cours du rhumatisme articulaire aigu est loin d'être nouveau, et a été établi par les recherches d'Andral et de Gavarret; mais M. Hayem veut insister sur son importance en clinique relativement au diagnostic de l'affection. En effet, chez quelques fébricitants exempts de toute phlegmasie locale, M. Hayem a été surpris de constater la formation d'un très riche réseau de fibrine, tel que seuls le rhumatisme ou la pneumonie aiguë franche peuvent en fournir. Or tous ces individus ont présenté, plus ou moins rapidement, après leur entrée à l'hôpital, des déterminations articulaires du rhumatisme. Par suite, on peut conclure que la fièvre rhumatismale des anciens auteurs s'accompagne toujours d'une augmentation considérable et caractéristique de la fibrine du sang, facile à reconnaître par l'examen de quelques gouttes de ce liquide. Cet examen a présenté un intérêt tout particulier chez un jeune homme de vingt ans, exempt de toute atteinte antérieure de rhumatisme, et qui fut admis à l'hôpital Saint-Antoine pour un état typhoïde grave accompagné d'une notable élévation de température : le thermomètre marquait 40°,4 dans le rectum. Le malade, atteint d'une violente céphalalgie et de délire, ne pouvait fournir aucun renseignement, et un examen méthodique ne révélait aucune lésion manifeste d'organe pouvant éclairer le diagnostic : les poumons, le cœur, les articulations paraissaient dans un état d'intégrité relative. Il était, en pareille circonstance, assez naturel de songer à une fièvre typhoïde, d'autant mieux qu'il existait alors une recrudescence de l'endémie typhoïdique, et que l'on constatait encore chez ce malade les traces d'une épistaxis récente.

L'examen du sang fut pratiqué dans la journée et permit de constater un très riche réticulum fibrineux; l'absence de toute pneumonie conduisait dès lors au diagnostic de rhumatisme, et l'état général du malade, les phénomènes nerveux et le délire imposaient de conclure à un rhumatisme cérébral. Aussi M. Hayem n'hésita pas à prescrire les demi-bains à la température de 33 degrés, avec affusions froides sur la tête; dès le troisième jour la température s'était abaissée et l'amélioration se montrait évidente; enfin des arthrites rhumatismales multiples vinrent confirmer l'exactitude du diagnostic fourni par l'examen du sang. Les accidents articulaires, plus marqués sur le genou et le cou-de-pied droits, s'accompagnèrent d'un œdème diffus du membre assez considérable, et laissèrent à leur suite de la raideur et des craquements au niveau des articulations atteintes, ainsi que de l'atrophie musculaire très prononcée du triceps crural. Le malade quitta l'hôpital au bout de quatre mois complètement guéri. — En résumé, la constatation d'un abondant réseau de fibrine du sang dans les cas où le diagnostic reste incertain chez un fébricitant, et alors qu'il n'existe pas de pneumonie, permet de reconnaître le rhumatisme même en l'absence de toute détermination articulaire.

— M. *A. Robin* donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'influence des boissons sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité* (voy. aux *Travaux originaux*, p. 74).

M. *Debove* est d'avis que l'expérimentation tentée sur le chien par divers physiologistes est sujette à de trop nombreuses causes d'erreur, par suite de la difficulté qu'on éprouve à faire ingérer à l'animal une quantité d'eau déterminée, ou à la lui faire garder dans l'estomac, jusqu'à absorption, lorsqu'on l'a injectée avec la sonde; il faut expérimenter sur l'homme et dnas certaines conditions qui puissent assurer l'exactitude des résultats : longue durée de l'expérience, consistant à mettre d'abord le malade au régime d'entretien jusqu'à ce qu'on obtienne l'équilibre de poids; puis, à partir de ce moment, à faire varier seulement la quantité des boissons et à étudier les modifications de poids qui peuvent survenir. Il est assez difficile de procéder avec cette rigueur, même sur soi-même, par suite de l'invincible dégout que cause forcément, au bout de très peu de temps, un régime uniforme.

M. *A. Robin* rappelle que Genth a expérimenté sur lui-même dans les conditions que réclame M. Debove; or il s'agit d'un observateur absolument consciencieux. Il s'est mis à la ration d'entretien, et a obtenu l'équilibre de poids au bout de sept jours; il a dès lors fait varier jusqu'à 2 et 4 litres la quantité de ses boissons quotidiennes pendant quatorze jours, puis est revenu au régime initial, et a soigneusement noté les modifications survenues dans le taux des produits d'élimination urinaire. — M. A. Robin a fait une expérience analogue sur lui-même en 1877; il a suivi le régime d'entretien pendant cinq jours, jusqu'au moment où, son poids étant devenu constant, il a porté à 1250 grammes la quantité des liquides ingérés; c'est ainsi qu'il a observé les résultats sur lesquels il a précédemment insisté. Il s'agit donc bien d'expérimentations sur l'homme, et, si elles n'ont pas eu la longue durée que demande M. Debove, du moins elles paraissent présenter bien des garanties d'exactitude.

M. *Debove* n'a pas vu, pour sa part, l'équilibre de poids se produire avant le douzième jour environ du régime d'entretien.

M. *A. Robin* fait remarquer que sur l'homme, dans les expériences qu'il a citées, il a fallu de trois à cinq jours pour l'obtenir; chez les animaux, on n'a eu besoin que de trois à quatre jours. Il pense du reste que, si les principes de chimie biologique sur lesquels il s'est appuyé pouvaient laisser quelques doutes dans l'esprit, les résultats prévus et annoncés à l'avance de l'expérimentation clinique doivent du moins entraîner la conviction et rendre évidente l'exactitude de la théorie qui leur a servi de base.

ÉLECTIONS. — MM. *Chantemesse* et *Comby* sont nommés membres titulaires de la Société.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

Rétention des règles : M. Desprès. — Présentation d'instrument : M. Lucas-Championnière. — Présentation de malade : M. Reclus. — Élections.

M. *Després* rapporte l'observation suivante : Une jeune fille de quatorze ans, bien développée pour son âge, entre le 26 juillet dans son service de l'hôpital de la Charité, pour une tumeur, qui s'est développée sans aucune espèce de réaction dans la région de l'ombilic. Cette tumeur soulevant la cicatrice ombilicale a le volume d'un gros poing et écarte sensiblement les muscles droits. Elle est moins prononcée lorsque la malade est debout. Lorsque, la malade étant couchée, on examine avec soin la région hypogastrique et les

fosses iliaques, on n'y trouve rien d'anormal. M. Desprès ne croit pas devoir pratiquer le toucher vaginal en raison du jeune âge de sa malade. Aucune douleur, aucun trouble fonctionnel n'a accompagné le développement de cette affection. La jeune fille jouit de la meilleure santé, et, fait important, elle n'a pas encore eu ses règles. On fait les hypothèses les plus diverses sur la nature de cette singulière tumeur et parmi elles celle de la rétention des règles, sans plus s'y arrêter d'ailleurs qu'aux autres. M. Desprès pratique un jour une ponction exploratrice avec un fin trocart et retire quelques gouttes de sang, qui, examinées au microscope, montrèrent, au dire de M. Desprès, quelques leucocythes altérés et des cellules de sarcome. En présence de cette révélation, M. Desprès fut sollicité de faire la laparatomie par son entourage, mais il repoussa toute intervention. Le 4 décembre au matin, la malade perdit un peu de sang par le vagin, l'écoulement augmenta dans la journée et le soir eut lieu une véritable inondation. Le lendemain on constata que la tumeur ombilicale avait disparu. L'examen des organes génitaux soigneusement pratiqué à ce moment montra un vagin bien conformé, mais un col effilé et se continuant très haut du côté de la cavité abdominale ainsi que le doigt introduit dans le rectum permit de le constater. Dès lors on eut l'explication de cette singulière tumeur ombilicale, qui était bien évidemment formée par la rétention des menstrues dans un utérus qu'on a le droit de supposer anormalement conformé. Ce fait est remarquable d'abord par le siège tout à fait inusité de la tumeur formée par la rétention des menstrues; en second lieu par la rareté de ce genre d'affection chez les jeunes filles aussi jeunes, toutes les femmes chez lesquelles on a observé la rétention des règles avaient de dix-neuf à vingt-quatre ans, d'après le mémoire de Puech; enfin il est remarquable de constater que les seuls efforts de la nature ont suffi pour guérir sans accident la malade, résultat que n'ont pas obtenu en général les opérateurs.

M. *Sée* dit que la nature a admirablement servi la malade de M. Desprès, mais il n'en serait probablement pas toujours ainsi dans les cas analogues et pour sa part il croit qu'il y aurait eu avantage à faire un examen plus complet du cas, ce qui aurait sans doute conduit au diagnostic et permis une intervention utile. Par exemple il y aurait eu avantage à pratiquer la ponction exploratrice à l'aide d'un trocart plus gros : ainsi le diagnostic aurait pu être éclairé sans faire courir plus de danger à la malade. L'examen au spéculum aurait aussi révélé l'imperforation du col, difformité qu'une simple sonde aurait suffi à faire disparaître, étant donnée la faible étendue des parties adhérentes.

M. *Trélat* partage l'opinion de M. Sée Si la malade avait été étudiée de tous les côtés, on serait peut-être arrivé à un diagnostic. Si, comme vient de le faire remarquer M. Desprès, les succès des opérateurs n'ont pas été jusqu'ici aussi beaux que ceux de la nature, cela tient à ce qu'on est intervenu pour des cas sérieux, incapables de guérison spontanée.

— M. *Lucas-Championnière* présente une nouvelle gouttière, permettant l'immobilisation parfaite du membre inférieur après la résection du genou, tout en laissant libre le segment articulaire réséqué pour les diverses manœuvres du pansement. Cet appareil se compose d'une gouttière jambière et d'une gouttière crurale en plâtre, réunies ensemble au moyen d'une pièce métallique en anse, dont chacune des extrémités est incorporée dans les gouttières. De cette façon, la solidarité la plus étroite existe entre la jambe et la cuisse de l'opéré et les surfaces osseuses en contact ne peuvent se déplacer. L'appareil est rendu encore plus résistant et moins altérable en le recouvrant d'une couche de baume de Damar.

M. *Trélat* a employé depuis longtemps des gouttières analogues, qu'il a l'habitude de garnir, pour les rendre imperméables, d'une mince lame de gutta-percha laminée.

— M. *Reclus* a présenté à la Société, il y a plus d'un an, une fillette atteinte d'aïnhum, chez laquelle il avait pratiqué l'extirpation d'une partie de la bandelette constrictive. Depuis, il a complété son opération; le résultat est excellent et la guérison s'est maintenue sans récidive.

Élections. — Ont été élus :

Membres correspondants nationaux : MM. *Weiss* (de Nancy); *Robert* (du Val-de-Grâce); *Guermonprez* (de Lille).

Membres associés étrangers : MM. *Tilanus* (d'Amsterdam); *Reverdin* (de Genève).

Membres correspondants étrangers : MM. *Thiriar* (de Bruxelles); *Socin* (de Bâle).

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT, PRÉSIDENT.

Causes de la première inspiration du fœtus : M. E. Dupuy. — Mouvements croisés par excitation du cerveau après section du pédoncule correspondant : M. E. Dupuy. — Discussion : M. François-Franck. — Persistance des troubles moteurs cérébraux après décapitation : M. R. Dubois. — Trichophyton tonsurans : M. Duclaux. — Expérience de Galvani : M. Ch. Richet.

M. *Ch. Richet* fait hommage à la Société, en son nom et au nom de M. Mendelssohn, du premier fascicule des *Archives Slaves de biologie* qu'ils viennent de fonder.

— M. *E. Dupuy*, ayant étudié à son tour les causes de la première inspiration du fœtus, admet que cette cause réside dans « la présence de l'acide carbonique en quantité supérieure à la normale dans la circulation du bulbe rachidien ».

— M. *E. Dupuy* indique le résultat d'une expérience qu'il a pratiquée récemment en électrisant avec des courants induits la surface du cerveau sur trois chiens : il avait au préalable sectionné le pédoncule cérébral d'un côté et, excitant la surface de l'hémisphère correspondant, il vit se produire des mouvements dans les membres du côté opposé et même des accès d'épilepsie généralisés. L'auteur ajoute qu'il se propose de reprendre cette étude et qu'il tient seulement à prendre date.

M. *François-Franck* déclare qu'en effet, il y a lieu de prendre date pour la constatation d'un fait de cette importance et que si réellement l'électrisation localisée, appliquée dans des conditions convenables à la surface de la zone excitable de l'hémisphère dont le pédoncule est coupé, provoque des mouvements dans les membres du côté opposé, il faut faire table rase de tout ce que nous croyons savoir sur la transmission des excitations motrices.

— M. *Dubois* a repris sur des canards les expériences qu'il avait exécutées sur des insectes pour rechercher la persistance des troubles moteurs d'origine cérébrale après ablation de la tête : ayant décapité ces canards au-dessus d'une ligature du cou pour éviter une hémorrhagie rapidement mortelle et au-dessus du niveau d'une canule fixée dans la trachée, il a vu que le mouvement de manège obtenu d'abord par l'ablation d'un hémisphère, persiste chez l'animal décapité : ce trouble du mouvement est surtout évident quand on jette l'animal dans un bassin où il nage en cercle, en fuyant le côté de la lésion cérébrale pratiquée au début.

— M. *Duclaux* a entrepris une série de recherches pour contrôler une assertion émise par Grawitz en 1880 et qui consistait à identifier l'oïdium lactis avec le champignon de l'herpès tonsurant, celui du favus, du pityriasis versicolore et celui du muguet; Grawitz avait identifié ce dernier avec le

mycoderma vini. L'ensemencement plusieurs fois répété du liquide des pustules qu'on trouve fréquemment autour des plaques herpétiques a toujours, au contraire, fourni à M. Duclaux des cultures pures de trichophyton. La culture de ce champignon dans du lait n'a jamais donné naissance à l'oïdium lactis, lequel de son côté n'a point fourni de trichophyton.

M. Duclaux montre un cochon d'Inde inoculé avec une parcelle de la culture de trichophyton : l'animal présente une alopécie caractéristique, et l'étude microscopique des poils envahis fournit les mêmes résultats que celle des cheveux dans la teigne humaine.

Il faut ajouter que Grawitz, dans une note récente, reconnaît s'être trompé en identifiant le trichophyton tonsurans à l'achorion Schœnlenii et à l'oïdium albicans.

— M. *Ch. Richet* indique un procédé pour étudier graphiquement et démontrer à un auditoire les secousses produites dans la patte galvanoscopique par le contact de deux métaux (expérience de Galvani) : une roue dentée étant fixée sur l'axe du cylindre enregistreur et portant une lame de platine qui vient plonger à chaque tour dans un godet de mercure, chaque fois que le contact des deux métaux s'établit ou se supprime, la patte de la grenouille intercalée dans le circuit de ce courant électrique infiniment faible, donne une secousse qu'on enregistre facilement.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

DE LA PROSTITUTION CLANDESTINE, par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine. Paris, 1885. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Ce petit livre, écrit avec une grande compétence, renferme sur la prostitution clandestine quelques documents nouveaux qui en montrent une fois de plus les redoutables conséquences, et témoignent de l'insuffisance des lois protectrices de la santé publique. M. Martineau relève avec vigueur les sophismes des partisans, trop écoutés aujourd'hui, de la liberté de la prostitution.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME, par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine. Paris, 1885. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Dans ces leçons, faites à Lourcine en 1884, M. Martineau insiste surtout sur certaines particularités cliniques, telles que la localisation de l'affection dans les follicules, avec les abcès et les fistules qui en sont la conséquence, et l'importance des états constitutionnels préexistants. Partisan de la théorie microbienne de la blennorrhagie, il donne des détails intéressants sur le gonococcus de Neisser; au point de vue thérapeutique, il passe en revue tous les agents qui ont été préconisés, condamnant les balsamiques et vantant les parasiticides, notamment le sublimé (en injections ou en suppositoires uréthraux), et les caustiques tels que le nitrate d'argent.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine clinique, par M. le professeur G. SÉE et le docteur LABADIE-LAGRAVE, médecin des hôpitaux. — *Des maladies simples du poumon.* 1 vol.

La *Médecine clinique* a déjà atteint son troisième volume; il est consacré aux asthmes pneumo-bulbaires et aux pseudo-asthmes, à l'asthme cardiaque en particulier, aux congestions hémorrhagiques et indurations des poumons et aux lésions des plèvres.

Voyons d'abord comment M. Sée comprend l'asthme : « Toute dyspnée qui part d'une lésion connue, qui relève de l'altération d'un organe quelconque, n'est plus l'asthme vrai; cette dyspnée, qu'elle soit accompagnée ou non d'emphysème, n'est plus qu'un syndrome, qu'un pseudo-asthme; l'asthme cardiaque en est le type. L'asthme n'est vrai et ne constitue une maladie indépendante qu'à la condition de reconnaître une origine nerveuse. C'est une névrose primordiale, toujours chronique, toujours incidentée par des accès qui présentent un mécanisme déterminé, des caractères précis, une localisation définie. On peut et on doit considérer cette névrose comme ayant son siège dans le bulbe, c'est-à-dire dans le centre respiratoire; son origine dans l'excitabilité réflexe exagérée, innée ou acquise de cet organe ; la cause de ses accès dans des irritations impressives partant du nerf vague ou des nerfs périphériques comme le trijumeau ; enfin son point d'arrivée dans les nerfs moteurs des muscles inspirateurs, du diaphragme en particulier. C'est donc une névrose bulbaire, permanente, qui se montre à l'occasion d'une irritation, surtout du nerf vague, et finit toujours par une contraction tétaniforme du diaphragme. »

Cette longue citation était nécessaire. C'est une exposition nette et précise de la doctrine de l'auteur sur l'asthme essentiel, celui qu'il appelle l'asthme pneumo-bulbaire. C'est une névrose *pneumo-bulbo-phrénique*. Toutes les dyspnées qui n'ont pas la même origine, et que l'on observe dans les affections cardiaques, dans l'urémie, dans les bronchites, dans la tuberculose, sont des accidents nerveux analogues à l'asthme, mais qui ne doivent pas être confondus avec lui. Ce sont des pseudo-asthmes.

La constance de la fluxion bronchique dans l'asthme purement nerveux a fait considérer cette fluxion non seulement comme un élément essentiel de l'asthme, mais comme sa véritable cause. M. Sée ne veut y voir qu'un acte réflexe. La fluxion catarrhale se produirait alors par l'intermédiaire des filets vaso-moteurs du nerf vague, qui transmettent l'incitation bulbaire originelle productrice de l'accès.

Les excitations pneumo-bulbaires réflexes sont nombreuses et expliquent les différentes variétés d'asthme nerveux reconnues aujourd'hui.

Le deuxième chapitre est consacré à la description de l'asthme alvéolaire ou emphysémateux. L'auteur discute avec développements les diverses théories données sur le mécanisme de cette variété d'asthme. Le poumon *tiraillé* par des accès répétés d'asthme nerveux finit par être *forcé*, d'où l'emphysème. Le défaut ou l'épuisement de l'élasticité pulmonaire joue ici un rôle capital. M. Sée étudie avec beaucoup de soin la séméiologie et les conséquences de cette inélasticité pulmonaire, conséquences qui se font sentir tout d'abord sur le cœur et particulièrement sur les cavités droites, sur la structure même du tissu pulmonaire (splénisation et broncho-pneumonie), sur les reins, sur les oxydations en général. L'étude de l'asthme bronchique ou catarrhal implique un exposé des différentes variétés de bronchites, des dilatations ou bronchi-ectasies, des scléroses pulmonaires, etc.

Le traitement de l'asthme, qu'il soit pneumo-bulbaire, emphysémateux ou bronchitique, doit être uniquement basé sur les indications causales qui découlent elles-mêmes de la notion du mécanisme physiologique. Un seul médicament possède la propriété de modérer les actes réflexes du centre respiratoire et d'en atténuer l'excessive impressionnabilité. Ce médicament c'est l'iode.

L'iodothérapie doit donc être considérée comme la médication curative de l'asthme.

Trousseau avait deviné cette action des iodures ; il eut des succès nombreux, à côté d'échecs qu'il avouait avec sa bonne foi ordinaire et qui doivent être rapportés à l'insuffisance des doses administrées : 25 centigrammes en général. C'est en 1878 que M. Sée soumit au jugement de l'Académie le traitement de l'asthme par l'iodure de potassium et l'éther iodé. C'est à la dose de 1 à 3 grammes que l'iodure de potassium doit être administré. L'iode exerce, en effet, d'après M. Sée, une triple action sur l'appareil respiratoire. Il favorise la sécrétion bronchique, « facilite l'acte réflexe central de la respiration en régularisant les fonctions du

nœud vital », et diminue la sensibilité impressive exagérée de la muqueuse respiratoire. Il doit donc être donné à dose telle qu'il sature pour ainsi dire le poumon et même l'encéphale.

Mais à cette dose on voit survenir chez un certain nombre de malades une série d'accidents qui constituent l'iodisme et accusent l'intolérance du patient.

La pyridine est alors indiquée. Ce corps se trouve dans les produits de distillation des matières organiques, principalement du goudron de houille. Il constitue le produit actif des vapeurs diverses si recommandées aux asthmatiques. Il résulte des nouvelles observations de M. Sée que la pyridine n'est pas un simple palliatif, mais un véritable moyen curatif.

Pour l'employer, on verse 4 à 5 grammes de pyridine dans une soucoupe placée au milieu d'une petite pièce (25 mètres cubes environ). Trois fois par jour le malade passe une demi-heure dans cette atmosphère. La cure est de dix jours environ.

En tête des médicaments *de l'accès*, nous devons placer les injections de morphine. Elles conviennent surtout dans les accès à forte dyspnée. C'est une médication qu'on ne peut continuer que dans une limite de temps assez restreinte.

A côté de ces grands médicaments, mais bien après eux, se placent le *quebracho*, préconisé, en 1881, par Penzold (d'Erlangen), l'*euphorbia pilulifera*, les tropéines (belladone, datura, jusquiame), les pyridines des papiers nitrés, de la fumée de tabac, la lobelia, l'arsenic, etc. On trouvera dans l'ouvrage une appréciation expérimentale de l'action de ces diverses substances et une discussion étendue sur les effets encore mal connus de l'aérothérapie.

En passant en revue la thérapeutique de ce qu'il appelle les pseudo-asthmes (cardiaques, albuminuriques, gastriques, toxiques, etc.), M. Sée consacre un chapitre intéressant à l'obésité et donne des indications précieuses et nouvelles sur la cure de cette dangereuse dyscrasie.

Les chapitres V et VI faits en collaboration avec le docteur Talamon traitent des congestions, embolies et apoplexies pulmonaires, — des pneumonies chroniques, des scléroses. — Nous ne pouvons que signaler ici des vues tout à fait nouvelles, des aperçus ingénieux qui donnent à ces études un intérêt particulier.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux pleurésies et au pneumothorax.

D'après M. Sée, toutes les variétés de pleurésies peuvent se ranger dans deux grandes catégories : les pleurésies par propagation et les pleurésies par infection.

Il élimine ainsi qu'on le voit, comme cause de pleurésie, le froid, qui, d'après lui, permettrait simplement à la cause réelle d'agir plus rapidement et plus efficacement ?

Les pleurésies par propagation sont liées aux lésions pariétales, au cancer du sein ; à toutes les lésions broncho-pulmonaires aiguës ou chroniques, aux lésions du péricarde et du foie.

En tête des pleurésies par infection figure la pleurésie tuberculeuse ; viennent ensuite les pleurésies rhumatismales, celles qui accompagnent ou suivent si souvent les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde et la scarlatine, la blennorrhagie.

L'anatomie pathologique, l'histologie de la pleurésie sont traitées avec beaucoup de développements. De même pour la séméiologie, où tous les symptômes sont passés en revue dans leurs différentes variétés.

Nous recommandons spécialement le chapitre de la mort subite et la discussion des différentes théories qui en ont été données.

Le chapitre du traitement est particulièrement intéressant. Ce traitement est médical ou chirurgical. Le traitement médical a pour but d'enrayer la formation de l'épanchement ou d'en déterminer la résorption. M. Sée fait bon marché (on s'y attendait) de tous les moyens recommandés comme pouvant enrayer le développement de l'épanchement. A part les ventouses scarifiées et les frictions mercurielles, à la période initiale, aucun ne trouve grâce devant sa critique. — Les révulsifs sont particulièrement mis à l'index. — Il est certain qu'ils sont loin de mériter la confiance qu'on avait autrefois dans leur action et que les conditions de leur opportunité ne sont pas encore bien connues. Mais peu de médecins consentiraient à les frapper d'une exclusion définitive. Tous les ont vus donner dans certains ces d'excellents résultats ; malheureusement les conditions de ces succès sont trop mal connues pour qu'on puisse les prévoir ; et c'est là ce qui légitime la défaveur dont ils sont l'objet depuis quelques années.

Relativement au traitement chirurgical, l'accord est fait aujourd'hui. La difficulté commence quand il faut déterminer le moment ou la nécessité de l'intervention. On peut dire que chaque médecin apprécie l'indication à sa manière. Les uns sont disposés à intervenir promptement, considérant l'opération comme inoffensive, D'autres attendent que la dyspnée leur paraisse dangereuse. On sait aujourd'hui ce qu'il faut penser des accusations formulées contre la thoracentèse capillaire, qui pourrait, en certains cas, déterminer la purulence d'un liquide originairement séro-fibrineux. C'est affaire de soins et de précautions.

Quant au traitement de la pleurésie purulente, c'est à l'opération de l'empyème qu'on arrive aujourd'hui de tous côtés. Nous croyons que l'avenir appartient au procédé d'une large ouverture avec lavage antiseptique, introduction de drain, et pansement de Lister renouvelé le moins possible. Les succès de ce procédé ne se comptent plus.

A la suite de l'empyème, on sait qu'il n'est pas rare de voir persister une fistule pleurale que le malade conserve en général fort longtemps. Cette fistule peut se concilier avec un état satisfaisant de la santé; mais elle donne souvent lieu, par une série de rechutes, à des accidents généraux et à une fièvre hectique qui épuise lentement le malade. On a été longtemps désarmé ou a peu près contre ces fistules obstinées. L'opération d'Estlander a mis fin à cette impuissance. Pratiquée pour la première fois, en France, par M. le docteur Bouilly, elle y est aujourd'hui vulgarisée. Les succès en sont nombreux.

L'ouvrage se termine par une étude très complète du pneumo-thorax. C'est, comme on le sait, dans la phthisie que cet accident se rencontre le plus fréquemment. La gangrène pulmonaire, l'empyème en sont, après la tuberculose, les causes les plus fréquentes. L'auteur décrit avec soin les différents symptômes du pneumo-thorax, en discute le mécanisme, le mode de production, suivant que le pneumothorax est ouvert ou fermé, qu'il existe ou non une soupape, que l'épanchement hydro-gazeux est général ou partiel.

Quant à la thérapeutique, elle varie suivant les indications tirées de la nature du pneumo-thorax et de sa cause. Comme pour la pleurésie, l'intervention chirurgicale est souvent nécessaire. En dehors des cas de tuberculose, où on ne peut en espérer qu'un palliatif dans l'immense majorité des cas, on doit à l'empyème antiseptique de beaux résultats, qu'on devra tenter d'obtenir toutes les fois que l'état général du malade, et surtout la lésion causale, permettront quelque espérance.

Comme tous les livres marqués au coin d'une personnalité vigoureuse, il est certain que celui-ci, tout en se vulgarisant rapidement, heurtera bien des opinions reçues et soulèvera de nombreuses discussions. Un de ses principaux mérites, et tout le monde le reconnaîtra, est de renouveler un sujet bien des fois traité, et de donner à des matières presque banales une physionomie d'actualité toute particulière en introduisant dans leur étude des aperçus originaux, qui les transforment en quelque sorte. C'est un éloge que l'auteur appréciera. BLACHEZ.

VARIETÉS

AVIS. — Pour ce qui concerne la Faculté de médecine de Paris voir au verso de la couverture.

BANQUET OFFERT A M. MATHIAS DUVAL. — La réunion, exceptionnellement nombreuse, qui se pressait vendredi dernier, 22 janvier, à l'Hôtel Continental, pour fêter la nomination de M. Mathias Duval à la chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris, était empreinte d'un caractère tout spécial de cordialité. Ce n'était pas seulement le professeur disert et éloquent, le savant aux découvertes si précises et si profondes, l'ami et le collègue d'un commerce plein de charme et de distinction, que les convives étaient heureux de fêter. La personnalité même de M. Mathias Duval donnait une plus haute valeur peut-être à la consécration de son nouveau succès. Elève de l'Ecole de Strasbourg, l'Ecole de Paris avait été fière autrefois de lui ouvrir ses portes; il semblait que la France, évoquant les souvenirs passés et les espérances de l'avenir, fût honorée de le voir prendre possession définitive de l'enseignement d'une science qui doit à l'esprit français tant d'autorité. Aussi la réunion est-elle bientôt devenue comme une fête de la Patrie. Aussi bien M. Gavarret, qui présidait, que M. Béclard, M. Dastre, M. Laborde, M. Treille, M. Clément, M. Topinard, M. Blanchard, n'ont pas manqué de s'inspirer avec éloquence de ces divers sentiments, soit au nom de la Faculté, de l'Ecole des beaux-arts, de l'Ecole d'anthropologie, soit qu'ils aient pris la parole comme amis ou disciples. M. Mathias Duval a répondu à toutes ces marques de sympathie par une allocution d'une exquise simplicité, dans laquelle il a tenu, par une touchante attention, à associer le souvenir de ses anciens camarades de Strasbourg, n'oubliant ni ceux qui lui faisaient cortège, ni ceux qui ont prématurément disparu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Riche (Paul) est nommé préparateur de physique.

— M. Riboulot, aide-préparateur de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Malègue, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de physique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. Voulmier, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par arrêté ministériel, en date du 15 janvier 1886, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Grenoble, s'ouvrira le 4 novembre 1886, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — Par arrêté ministériel, en date du 20 janvier 1886, un concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand s'ouvrira le 2 avril 1886, devant ladite Ecole.

— Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, à M. Bousquet, suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales.

— M. Fredet, ancien suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1886.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — Le bureau de cette Société est ainsi formé pour l'année 1886 : *président*, M. Coulet; *vice-présidents*, MM. Brogniart et Martineau; *secrétaire général*, M. Leudet; *secrétaires des séances*, MM. Paul Bénard et de Lavarenne; *trésorier archiviste*, M. Royer.

SOCIÉTÉ DES TRAVAUX DU CANAL DE PANAMA. — M. le docteur A. Nicolas vient d'être chargé d'une mission temporaire pour organiser à Panama le service médical des travaux du canal de l'isthme.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE. — Le compte rendu des travaux de cette Société durant l'année 1885 vient d'être publié par le docteur Schiffers, secrétaire général. Il contient l'analyse d'un grand nombre de communications dues à MM. Fraipont, P. Suyers, Firket, Leplat, Deschamps, Schiffers, etc., etc.

COURS D'ACCOUCHEMENT. — MM. les docteurs Bar et Auvard recommenceront leur cours complet d'accouchements en 43 leçons le lundi 15 février, à quatre heures et demie du soir, 5, rue du Pont-de-Lodi. Le cours a lieu tous les jours, à quatre heures et demie. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres et opérations obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundis, mercredis et vendredis, à une heure et demie.

NÉCROLOGIE. — Jules Guérin, né à Boussu (ancien département de Jemmapes) le 11 mars 1801, commença ses études classiques à Louvain et les termina à Paris. Il fut reçu docteur en médecine en 1826. En 1828 il acheta la *Gazette de santé*, qu'il transforma bientôt, et à laquelle il donna en 1830 le nom de *Gazette médicale de Paris*. A cette même époque il collabora au journal *le National*, où il rédigea les comptes rendus de l'Académie des sciences. En 1837, il obtint le grand prix de chirurgie proposé à trois reprises différentes par l'Académie des sciences sur ce sujet : *Détermination rigoureusement scientifique des principes, méthodes et procédés de l'orthopédie, sous le double rapport de la pratique et de la théorie*. De ce travail, qui ne fut pas immédiatement publié, M. Jules Guérin tira une série de mémoires qu'il publia successivement après les avoir présentés à l'Institut ou à l'Académie de médecine, et qu'il cherchait à réunir dans une grande publication intitulée : *Œuvres du docteur Jules Guérin*, et dont le premier volume seul, intitulé : *Recherches sur les difformites congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant*, a paru en 1880 et 1882. Ses travaux intitulés : *Méthode de traitement du torticolis ancien* (1837); *Variétés anatomiques et étiologie des pieds-bots congénitaux* (1838); *Traitement du torticolis par la section sous-cutanée des muscles rétractés* (1841), etc., ont été longtemps classiques. M. Jules Guérin a dirigé la *Gazette médicale de Paris* de 1830 à 1870. Il a été nommé membre de l'Académie de médecine (section de pathologie médicale) en 1842 et a été plusieurs fois présenté en première ligne par la section de médecine et de chirurgie pour les élections à l'Institut. Il était officier de la Légion d'honneur (voy. au *Premier-Paris*, p. 70).

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Féris, médecin professeur de l'Ecole de médecine navale, et l'un des plus actifs collaborateurs du *Dictionnaire encyclopédique*, décédé le 22 janvier 1886, à l'âge de trente-sept ans; de M. le docteur Roloff, directeur du Collège royal de Berlin, collaborateur des *Archives de Virchow;* de M. le docteur Dobrowsky, médecin-major à Vienne; de M. le docteur Michiels, à Quœdypre (Nord); de M. le docteur Bezu (de Bourbonne); de M. Le Corney, médecin de la marine.

MORTALITÉ A PARIS (3e semaine, du 17 au 23 janvier 1886). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 6. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 47. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 32. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 29. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 66. — Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 131. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 32; au sein et mixte, 23; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 117; de l'appareil circulatoire, 71; de l'appareil respiratoire, 113; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 33; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 19 — Total : 1176.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

4981 — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose.

Nous recevons et nous nous empressons de publier la lettre suivante. Nous n'avons pas à la recommander à l'attention de nos lecteurs. Le public médical saura comprendre l'idée grande et généreuse qui l'a dictée à M. le professeur Verneuil. Tous nos confrères de la presse scientifique voudront bien, nous en avons le ferme espoir, s'unir à nous pour lui offrir l'assistance morale et matérielle qu'il réclame. Fort de l'appui que lui prêteront tous ceux qui ne craignent pas de faire appel à l'initiative privée, dans le but de réaliser de fécondes et bienfaisantes entreprises, notre excellent maître peut donc espérer que le succès couronnera les efforts de ses collaborateurs.

L. L.

A M. LE DOCTEUR LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Mon cher ami,

La lettre que vous allez lire était adressée à notre cher et regretté Dechambre ; sa brusque maladie en a fait différer l'envoi; sa mort aujourd'hui me force à en changer la suscription. Mais, sachant combien vous êtes pénétré de l'esprit de notre vieux maître et désireux de perpétuer ses tendances libérales, je m'adresse en toute confiance à vous et à la rédaction de la *Gazette*, afin d'avoir assistance morale et matérielle pour une idée que j'ai eu le bonheur de voir adoptée par ceux de mes collègues et amis de la Faculté auxquels je m'en suis ouvert et dont vous lirez plus loin les noms.

Voici ce dont il s'agit :

Les recherches de la médecine française contemporaine n'ont pas seulement jeté une vive lumière sur l'étiologie, la nature et la pathogénie des maladies infectieuses ; elles nous ont encore mis sur le chemin qui conduira tout à la fois à leur extinction et à leur guérison. En effet, tandis que Villemin et Davaine nous apprenaient à créer à volonté la tuberculose, le charbon et la septicémie, Pasteur, au nom duquel il n'est plus besoin d'ajouter d'épithète, Pasteur, dis-je, arrivait d'abord à préserver les animaux contre certaines maladies infectieuses, pour gagner bientôt ce sommet inespéré où l'on guérit l'homme lui-même d'une des plus redoutables affections qui puissent l'atteindre.

Sauver un rabique est un miracle qu'on réalise aujourd'hui à volonté dans le quartier du Panthéon; mais, pendant les deux mois qu'exige la cure, s'imagine-t-on combien de tuberculeux succombent à Paris seulement? Deux à trois mille environ, presque tous enfants, adolescents ou jeunes adultes, la force vive, l'espoir de la nation. Or, pour la prévention ou la guérison de la tuberculose, la physiologie et la pathologie expérimentales n'ont pas encore fait grand'chose. Que pourront-elles faire dans la suite? En vérité, je n'en sais rien; mais, comme je suis optimiste décidé, j'ai foi dans l'avenir. Je suis trop vieux pour me mettre moi-même à la besogne, mais je puis faire remarquer que les chances de succès ne sont véritablement pas trop défavorables. En effet, quand il s'agit d'un charbonneux ou d'un enragé, à peine a-t-on le temps de reconnaître le terrain, de chercher les doses du parasiticide et les voies par où on pourra le faire pénétrer; si l'on s'arrête pour réfléchir et observer, le moment opportun passe et le patient est emporté.

Pour la tuberculose, les délais sont infiniment plus longs. Entre le moment de l'invasion, si incertain qu'il puisse être, et l'heure de la mort, des mois, sinon des années, s'écoulent. Chez les animaux qui servent de

champ expérimental, on a un temps notable devant soi pour instituer, varier, modifier les essais, et l'on peut même commencer la prophylaxie avant l'infection, puisqu'on connaît rigoureusement la date de cette dernière.

Donc il faut chercher, chercher encore, chercher longtemps, chercher toujours; mais comme la recherche clinique instituée depuis des siècles n'a donné que de maigres résultats, force est de s'adresser à l'expérimentation en mettant à profit soit les procédés qui ont déjà fait leurs preuves pour d'autres maladies parasitaires, soit d'autres procédés à découvrir si les premiers se montrent impuissants. Je n'ignore pas que des essais déjà tentés dans cette direction sont restés infructueux; mais l'importance du sujet mérite bien qu'on y revienne, qu'on s'y arrête même, et avec d'autant plus de raison : 1° que la nature, par ses propres forces, guérit quelquefois la tuberculose; 2° que l'on connaît fort bien les procédés curatifs qu'elle emploie en pareil cas; 3° qu'enfin l'art lui-même réalise parfois la cure complète de certaines tuberculoses locales : les abcès froids, par exemple.

Mais pour expérimenter pendant des mois et des années, il faut plusieurs choses, à savoir : des travailleurs, un outillage, une direction et de l'argent. On trouvera bien des travailleurs, car même à notre époque où l'on poursuit surtout les résultats productifs, il est encore des hommes qui se passionnent pour la science et pour la gloire. Toutefois, comme la bonne volonté ne suffit pas et que, tout disposé qu'on soit à donner son temps et ses peines, on peut être dénué de ressources et novice dans l'art difficile de l'expérimentation, il convient de fournir aux néophytes les instruments du travail et aussi de leur montrer la manière de s'en servir. Sous ce rapport, nous sommes munis, car notre collègue Cornil mettrait à la disposition des chercheurs son laboratoire, ses appareils et surtout sa grande expérience sur la question. Nos amis Bouchard, Potain, Damaschino, Grancher en feraient certainement autant.

Reste l'argent, nerf des luttes pacifiques comme de la guerre sanglante, et qu'il faut posséder non pas seulement pour récompenser les découvertes faites, mais encore pour entreprendre, continuer et mener à bien les moindres recherches; de l'argent pour acheter, loger et nourrir les animaux; pour rémunérer les serviteurs qui les soignent; pour établir des stations expérimentales à la campagne, en plein champ, dans les bois; au bord de la mer, vers le Nord, comme à Berck; vers le Midi, comme à Nice, Cannes, Menton ou Alger; vers l'Ouest, comme à Arcachon; en un mot, dans des points où du moins les essais curatifs ne seraient point compromis ni obscurcis par la mortalité extrême qui frappe les animaux dans les laboratoires malsains des grandes villes. Là nous aurions, avec les conseils des maîtres, qui voudraient bien rédiger un programme et indiquer la route à suivre, l'assistance précieuse de Cazin, de Thaon, de Daremberg, de Roustan, de Moreau et des jeunes professeurs de nos écoles secondaires civils ou militaires.

Pour se procurer cet argent, on ouvrirait une souscription pour laquelle la *Gazette hebdomadaire*, et certainement aussi d'autres organes de la presse médicale et scientifique prêteraient l'appui de leur publicité et dont notre éditeur Georges Masson voudrait certainement bien encaisser les produits. Nous avons quelque espoir que la récolte serait abondante ou au moins suffisante pour entrer en campagne avec les coudées franches. Pour cela, nous nous ferions volontiers solliciteurs auprès de nos collègues, de nos confrères, des sociétés savantes auxquelles nous appartenons, voire même des pouvoirs publics.

Les gens du monde ouvriraient peut-être leur bourse en notre faveur; peut-être aussi l'idée séduirait-elle quelque âme généreuse, comme M. Pasteur vient d'en rencontrer, et qui sait si une mère ayant perdu déjà quelque enfant par la tuberculose ne verserait pas sa contribution dans l'espoir qu'on trouverait le moyen de sauver ou de préserver le reste de sa progéniture.

Si, par aventure, la richesse nous arrivait, nous n'en serions point embarrassés. Les sommes successivement versées seraient employées à subventionner soit les mêmes travailleurs, soit de nouveaux expérimentateurs offrant des garanties sérieuses ou apportant déjà des ébauches expérimentales d'une certaine valeur.

Les Sociétés savantes recevront certainement avec empressement les communications indiquant la marche et le progrès de l'œuvre expérimentale; mais si notre opulence le permettait, nous aurions aussi un historiographe pour signaler au jour le jour à nos ouvriers les essais faits chez nous ou à l'étranger, et qui pourraient les éclairer et leur faciliter la besogne.

Supposons enfin que le but soit atteint et que, dans quelques mois ou quelques trimestres, un de nos compatriotes, heureux mortel! nous présente un lot de six lapins dûment guéris d'une tuberculose inoculée ou rendus réfractaires à toute inoculation tuberculeuse : alors nous nous ferions une fête de vider dans la poche du fortuné chercheur tout le contenu de notre caisse.

Verba, c'est bien; *acta*, c'est mieux; pour donner le bon exemple, mes collègues et moi nous versons demain collectivement chez M. Georges Masson la somme de 3000 francs qui, en partie ou en totalité, sera aussitôt mise à la disposition de MM. Cornil, Bouchard, ou autres, en mesure de se mettre le plus tôt possible à l'œuvre.

A. Verneuil.

Ont souscrit MM. les professeurs :

Bouchard.	300 fr.
Brouardel	300 fr.
Charcot	300 fr.
Cornil	300 fr.
A reporter.	1200 fr.

Report.	1200 fr.
Damaschino. . . .	300 fr.
Fournier.	300 fr.
Grancher.	300 fr.
Lannelongue. . .	300 fr.
Potain	300 fr.
Verneuil.	300 fr.
Total.	3000 fr.

PREMIÈRE LISTE DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

La *Gazette hebdomadaire* . .	500 fr.
MM. Lereboullet.	100 fr.
Dieulafoy.	100 fr.
P. Reclus.	100 fr.
G. Masson.	100 fr.
Blachez.	50 fr.
Dreyfus-Brisac	50 fr.
François-Franck.	50 fr.
A. Hénocque.	50 fr.
A.-J. Martin.	50 fr.
André Petit.	50 fr.
P. Vigier.	50 fr.
Hahn.	20 fr.
Total.	1270 fr.
Total général. . . .	4270 fr.

Académie de médecine.

Le discours de M. Peter mérite plus qu'une analyse sommaire. En s'emparant des découvertes nouvelles, si bien présentées par M. A. Gautier ; en déclarant qu'il se les appropriait pour apporter à la médecine de l'avenir l'appui de la médecine traditionnelle; en concluant que les résultats indéniables des recherches de toxicologie et de chimie biologique étaient de nature à condamner la doctrine microbienne « toute pleine de ténébreuses hypothèses », M. Peter a affirmé, avec une incontestable franchise, les idées qu'il a déjà plusieurs fois défendues. Partisan convaincu de la spontanéité morbide et ennemi déclaré des théories parasitaires, il nie la spécificité des maladies et a été, mardi dernier, jusqu'à soutenir que le typhus pouvait être créé de toutes pièces par un exercice musculaire exagéré. Il appartiendra à ses collègues de l'Académie de répondre aux arguments que notre savant confrère a présentés et de montrer que la découverte des ptomaïnes et des leucomaïnes ne prouve nullement l'inanité des doctrines parasitaires, pourvu que celles-ci soient bien comprises. S'il est bon de mettre en relief les réactions intérieures de l'organisme, l'influence du milieu extérieur ne saurait être non plus trop négligée. Dans quelques jours, lorsque M. Pasteur aura communiqué le résultat de ses premiers travaux sur l'inoculation antirabique et prouvé que les faits sur lesquels il s'appuie sont à l'abri de toute contestation, une discussion vraiment utile pourra s'ouvrir sur ce grave sujet, qui intéresse au moins autant la thérapeutique que la pathologie générale. Nous attendrons donc encore avant de rechercher ce qu'il faut retenir des controverses qui séparent les adversaires et les partisans de la doctrine étiologique, dite microbienne. Il nous suffira d'avoir appelé l'attention sur le discours de M. Peter, qu'on lira *in extenso* dans le *Bulletin de l'Académie*.

Nous nous contenterons aussi de signaler le travail sur l'insuffisance aortique, dû à notre collaborateur M. F. Franck, qui aura l'occasion de faire connaître aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* le résumé de ses recherches sur ce sujet si important au point de vue clinique.

L. L.

Molluscums fibreux de la région ano-rectale.

Nous avons étudié sous le nom de « molluscums fibreux de la région ano-rectale », des tumeurs qui, pour être fréquentes, n'en sont pas moins peu connues et surtout mal décrites. Depuis notre mémoire, publié en septembre 1885, dans les *Archives générales de médecine*, a paru, sur le même sujet, une thèse fort importante inspirée par le professeur Trélat à son interne M. Hamonic. Les conclusions de ces deux travaux sont identiques; le seul dissentiment est que M. Hamonic préfère au nom de « molluscums fibreux », celui de « rectite proliférante ». Hors ce détail sur lequel nous reviendrons, l'accord est complet, et nous allons voir, dans la rapide description qui va suivre, que les observations de M. Trélat sont de tous points concordantes avec les nôtres.

I

Les molluscums de la région ano-rectale sont trop fréquents pour qu'ils n'aient été signalés maintes fois, et nous retrouvons leur trace dans nombre d'observations; mais la description en est trop vague pour qu'on puisse les distinguer sûrement des polypes de toute sorte, des hémorrhoïdes sèches, des condylomes et des néoplasmes syphilitiques. C'est surtout avec ces dernières tumeurs que la méprise est commune à notre époque et nous avons vu s'y tromper nos maîtres les plus sagaces. Aussi l'histoire de cette affection est encore fort obscure.

Hamonic cependant nous montre que Rognetta l'avait décrite en 1836 sous les noms de « verrues de l'intestin rectum ». Cet auteur les sépare des végétations vénériennes et des polypes, et, s'il admet leur dégénérescence possible en cancer, les deux affections n'en sont pas moins fort dissemblables. Ces verrues en effet sont de nature bénigne ; elles ont la plus grande analogie avec celles des mains, de la face, du prépuce et des grandes lèvres ; leur mode de développement est mal connu et leur origine incertaine.

Esmarch, Curling, Gosselin surtout, ont eu des velléités de séparer, sous des noms divers, les molluscums fibreux des autres excroissances rectales; mais leurs descriptions nous semblent moins précises que celles de Rognetta. Aussi nous paraît-il, si du moins les recherches d'Hamonic sont complètes, que nous aurions été le premier à présenter un tableau d'ensemble de cette affection rectale dont voici les caractères principaux :

Sur le pourtour de l'orifice anal s'insèrent une série d'excroissances d'aspect très variable; les unes sont petites, arrondies, sessiles, semblables à la moitié d'un pois appliquée sur la peau ; d'autres, plus volumineuses, sont pédicu-

lisées, renflées, en forme de massue; d'autres encore sont aplaties, foliacées, à bords libres frangés, déchiquetés, villeux. La peau qui les recouvre est rosée, humide, souple, sans trace d'ulcérations.

Le trajet anal est soulevé par des saillies, des cannelures verticales ou spiroïdes; ces sortes de colonnes, que nous avons pu étudier à loisir après la section du sphincter par la rectotomie, sont molles et souples; elles n'ont en rien la rigidité du tissu scléreux ou cicatriciel; à leur surface s'élevaient, dans notre observation, de petits mamelons peu nombreux en avant, confluents en arrière, où l'on en compte huit à dix.

Au-dessus du sphincter, aux confins de l'ampoule rectale, on trouve deux tumeurs grosses comme de petites cerises et qui rappellent certains polypes glandulaires des enfants, avec cette différence que leur trame est plus résistante. Leur pédicule est assez long pour permettre au néoplasme de quitter l'intestin et d'apparaître à l'orifice dans les efforts de défécation. La marge de l'anus rappelait, dans notre cas, « une marguerite dont les pétales sont les tumeurs périphériques foliacées, tandis que le cœur est représenté par un des polypes à implantation ampullaire ».

Ces néoplasmes obstruent l'orifice anal et le trajet sphinctérien; mais la muqueuse sur laquelle ils s'insèrent est normale; elle n'est point ulcérée, tomenteuse ou bourgeonnante; elle est souple et l'on ne constate ni infiltration, ni épaississement, ni rigidité; elle se laisse déplisser sous le doigt, qui pénètre facilement jusque dans l'ampoule rectale; il n'y a donc point de rétrécissement au sens propre du mot. Cependant l'obstacle suffit pour provoquer des alternatives de constipation et de débâcles, des épreintes très douloureuses et un écoulement presque permanent de mucosités sanguinolentes.

La structure de ces tumeurs a été bien étudiée par Malassez, Dubar et Cornil. Elles sont revêtues, nous dit Malassez, par un épithélium pavimenteux sur les molluscums de l'anus et cylindrique sur ceux du rectum. Au-dessous, on trouve du tissu conjonctif, de type normal, avec ses fibres élastiques nombreuses, ses faisceaux de fibres musculaires lisses, des vaisseaux volumineux et abondants. Il s'agit donc d'une hyperplasie de la peau ou de la muqueuse et qui porte à peu près également sur les divers éléments du tégument atteint.

II

Le tableau que nous venons de tracer doit réveiller dans l'esprit de bien des lecteurs le souvenir de cas semblables pris pour des « condylomes » d'origine syphilitique. Ce genre de néoplasme accompagne si souvent en effet les syphiliomes de la région ano-rectale, qu'on a voulu faire de la vérole la condition nécessaire de leur développement, et nous avons vu des cliniciens tels que Verneuil et Fournier conclure, chez notre malade, à l'existence d'accidents tertiaires. Pour le professeur de la Pitié, les excroissances implantées sur le rectum étaient le premier stade d'un rétrécissement syphilitique, et pour celui de Saint-Louis, une forme particulière, qu'il désigne sous le nom de « syphilome gommeux ».

On ne pouvait penser, en effet, au rétrécissement syphilitique ordinaire, à celui que caractérisent la coarctation progressive du calibre de l'intestin, sa rigidité et son épaississement, les ulcérations tomenteuses de l'ampoule et les fistules sèches marginales. Dans notre cas et dans ceux que rapporte M. Hamonic, l'orifice anal est bien obstrué par des tumeurs de forme, de nombre et de volume variables; mais les néoplasmes s'implantent sur une paroi souple, qui se déplisse et se distend sans difficulté. Il n'y a donc ni coarctation, ni épaississement, ni rigidité de la muqueuse, qui ne présente d'ailleurs ni fistule, ni surface exulcérée, saignante, bourgeonnante et rouge.

Nous ajouterons un argument tiré de l'anatomie pathologique: l'examen des pièces, nous dit M. Malassez, infirme toute idée de syphilis. Les néoformations conjonctives provoquées par la vérole ont un aspect tout différent; elles sont caractérisées soit par un tissu de granulations, soit par un tissu fibreux et comme cicatriciel; mais on n'y rencontre pas de vaisseaux aussi nombreux, aussi volumineux et d'aspect aussi normal; il ne s'y produit jamais de tissus aussi différenciés et aussi élevés en organisation que le sont des faisceaux musculaires. En un mot, et telle est sa conclusion, ces tumeurs, du moins histologiquement, ne sont pas de nature syphilitique.

L'hypothèse de M. Verneuil et celle de M. Fournier étaient également insoutenables; chez notre malade, en effet, les tumeurs dataient de quatre ans, il ne s'agissait donc pas des « premières phases » d'un syphilome. D'ailleurs un chancre manifestement induré, infectant, diagnostiqué tel par M. Fournier, fut pris et se développa plus de trois ans après l'apparition des néoplasmes de la région ano-rectale: les excroissances, nées avant la vérole, ne pouvaient pas être provoquées par la vérole, et n'étaient pas plus un syphilome « au début » qu'un syphilome « gommeux ». La preuve en est trop décisive pour qu'il soit besoin d'insister.

Mais à côté de ce fait il en existe d'autres non moins indiscutables où l'on a vu nos tumeurs se développer en même temps que des syphilides marginales, à côté de plaques muqueuses, et sur des individus en proie à une vérole certaine. « Le bouquet condylomateux », si bien décrit par Fournier, qui le considère comme le compagnon obligé du syphilome ano-rectal, et « son signe presque pathognomonique », nous semble de même nature que nos excroissances. Si donc la vérole n'est pas toujours « leur raison nécessaire », elle peut du moins, dans nombre de cas, présider à leur apparition.

Et voilà pourquoi nous affirmons que ces tumeurs ne sont jamais un accident constitutionnel : c'est une lésion de voisinage provoquée non par la diathèse, mais par une irritation locale; celle-ci peut dépendre d'un chancre anal dur ou mou, d'une plaque muqueuse, d'un rétrécissement syphilitique; mais bien d'autres causes encore la déterminent : la sodomie et ses divers traumatismes, la blennorrhagie et les liquides dont elle humecte la région, les hémorrhoïdes et ses abcès, les fissures, les rectites rebelles, toutes causes d'un état inflammatoire ou subinflammatoire, dont la conséquence est souvent le développement de nos tumeurs.

III

Le rôle prépondérant des irritations de la muqueuse anorectale est aussi reconnu par Trélat et par son élève M. Hamonic; celui-ci même accorde aux états inflammatoires une telle valeur qu'il veut faire entrer cette notion étiologique dans la dénomination de l'affection qualifiée par lui de « rectite proliférante ». Ce nom nous paraît mauvais, et, pour des raisons multiples, nous lui préférons celui de « molluscum fibreux ».

De ces raisons, la première nous suffirait : c'est que ces tumeurs sont, en effet, des molluscums fibreux, molluscums absolument semblables à ceux qu'on retrouve en d'autres régions des téguments. L'étude de leur structure ne laisse aucun doute sur ce point, et M. Malassez nous dit, dans la note qu'il

nous a remise : « Ces néoplasmes ont la même structure que les molluscums fibreux de la peau; aucune différence ne les distingue, en particulier, des molluscums de la vulve, qui sont très vasculaires, et qui contiennent également des faisceaux de fibres musculaires lisses. »

Et puis nos tumeurs de la région ano-rectale n'ont-elles pas la variété d'aspect, de volume et de forme qui caractérise les molluscums fibreux de la peau? Ceux-ci, comme nos excroissances marginales, ne semblent être « qu'une sorte de diverticule, un prolongement des téguments, dont ils ont la couleur; ils sont souples, mous, pendants ou arrondis, pédiculisés ou sessiles, pareils à une bourse vide, à une vessie dégonflée, à un grain de raisin dont on a retiré la pulpe ». Le terme de « molluscum fibreux » est donc doublement bon, puisqu'il répond à la fois aux exigences de la clinique et à celles de l'anatomie pathologique.

D'autre part, le terme de « rectite proliférante » nous paraît franchement mauvais : d'abord, nombre de molluscums fibreux sont indépendants d'une rectite antérieure; ils sont le fait d'une irritation toute locale et limitée strictement à la marge de l'anus; ils ont été provoqués par des hémorrhoïdes, des abcès tubéreux, des écoulements âcres ou virulents de la vulve ou de la matrice. M. Segond, qui signale l'hypertrophie de la prostate comme une cause fréquente de molluscum fibreux, ne nous a nullement parlé d'ulcération de la muqueuse ampullaire, de rectite antécédente ou concomitante.

Est-ce que le mot de « rectite proliférante » conviendrait même aux cas où l'inflammation de la muqueuse a présidé à l'apparition des tumeurs? Non, car cette rectite a le plus souvent disparu lorsque les néoplasmes se sont développés; la maladie génératrice fait déjà défaut dans la plupart des observations de M. Hamonic, à ce point que cet auteur nous donne, comme caractère de l'affection, l'intégrité de la muqueuse dans les intervalles qui séparent les tumeurs proliférantes. Pourquoi donc dire « rectite » où manque la rectite? Appellerons-nous un anévrysme « artérite » parce que la dilatation sacciforme s'est faite en un point de la paroi altérée par une inflammation chronique de l'artère?

Nous maintenons donc fermement la dénomination de molluscum fibreux. Mais cette divergence légère est la seule que nous ayons à signaler entre notre étude et l'excellente thèse de M. Hamonic; étiologie, anatomie pathologique, symptômes, diagnostic, sur tous ces points nous sommes d'accord. Il en est de même pour le traitement. Dans notre cas, la rectotomie préalable fut pratiquée par M. Verneuil, et, grâce à cette large brèche ouverte sur l'ampoule, nous avions pu, tout à notre aise, abraser au thermocautère les tumeurs implantées sur la muqueuse. Mais nous pensons, avec M. Trélat, que la dilatation, avec le spéculum à large développement, sera le plus souvent suffisante, et l'on pourra, à meilleur compte, avec un moindre délabrement, extirper les molluscums fibreux.

Paul Reclus.

Contributions pharmaceutiques.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU SULFURE DE ZINC HYDRATÉ.

Les expériences faites à l'aide du phosphure de zinc permettaient d'espérer que l'on pourrait obtenir des résultats analogues avec le sulfure de zinc hydraté.

Il y a, en effet, une grande différence d'état moléculaire entre la *blende* (sulfure de zinc naturel) ou les autres sulfures de zinc anhydres et cristallins et le sulfure contenant un équivalent d'eau.

Ce dernier corps est le précipité blanc qui se forme quand on verse du sulfhydrate d'ammoniaque dans une solution de sulfate de zinc pur.

Ce sulfure de zinc précipité, lavé, séché et tamisé se présente sous la forme d'une poudre blanche insoluble dans l'eau et dans les alcalis. Exposé au contact de l'air, il s'oxyde lentement; on doit donc le conserver dans des flacons bouchés. Il répond à la formule chimique $ZnSH^2O$.

Les acides minéraux l'attaquent facilement; ainsi l'acide chlorhydrique dilué le transforme instantanément en hydrogène sulfuré gazeux et en chlorure de zinc. Mais, au contraire, les acides faibles sont presque sans influence sur lui; ainsi l'acide acétique ne l'attaque même pas du tout. Cette particularité curieuse dont la chimie analytique tire un si grand parti, faisait craindre pour le succès d'expériences fondées justement sur la décomposition possible du sulfure de zinc en présence des sécrétions acides de l'économie. En un mot, ce sulfure déterminerait-il, dans l'estomac, un dégagement d'hydrogène sulfuré analogue à celui d'hydrogène phosphoré que produit dans cette circonstance le phosphure de zinc, ou bien ne serait-il pas transformé?

Pour m'en assurer, j'avalai 10 centigrammes de sulfure de zinc et au bout de quelques minutes je fus incommodé par des renvois sulfhydriques insupportables. L'action du suc gastrique ne pouvait faire l'objet d'aucun doute. Je reconnus ensuite que la sueur, quoique d'un effet beaucoup plus faible, finissait par amener le même résultat. Je préparai alors des pilules, une pommade et une poudre à base de sulfure de zinc.

Voici les trois formules que j'ai ainsi établies :

Pilules de sulfure de zinc.

(Il est inutile d'ajouter le mot *hydraté*, car il n'y aura que celui-là dans le commerce.)

Sulfure de zinc................	1 gramme.
Sirop de gomme et poudre de réglisse Q. S.	

Pour faire 100 pilules égales pesant chacune 3 centigrammes.

Bien que ces pilules ne contiennent qu'un centigramme de sulfure, les renvois sulfhydriques sont encore sensibles. On en administre de cinq à dix par jour. Si le malade n'y voit pas d'inconvénient, on peut lui faire prendre par jour trois à quatre pilules contenant chacune 5 centigrammes de sulfure. Plusieurs personnes, à ma connaissance, ont supporté assez longtemps ce traitement. Ces pilules ont la même action thérapeutique que tous les produits employés dans la médication sulfureuse. Pris à cette dose, le zinc pourrait peut-être bien aussi avoir son action propre; ce qui n'arrive pas pour le phosphure de zinc où il ne s'agit que de quelques milligrammes.

Pommade au sulfure de zinc.

Axonge...............	8 grammes.
Sulfure de zinc.......	1 —
Huile d'amandes douces.	1 —

Triturez le sulfure avec l'huile, ajoutez l'axonge et mêlez avec soin.

Je ne conseille pas la vaseline dans ce cas-là; je préférerais plutôt de la graisse peu fraîche. Cette pommade s'em-

ploie comme la pommade soufrée. En remplaçant l'axonge par le cérat, on a le cérat au sulfure de zinc.

Non seulement, dans cette préparation, le sulfure agit par sa présence, mais par l'acide sulfhydrique (dont l'action antiparasitaire est connue) que la sueur fait dégager très lentement et d'une manière imperceptible.

Pour l'effet médicamenteux des deux préparations que je viens de citer, je réclame un supplément d'information de la part des médecins. N'étant pas à même de traiter ce côté de la question, je compte sur eux pour corroborer les renseignements que j'en ai déjà reçus à diverses reprises. Par exemple, où je deviens affirmatif, c'est à propos de la poudre que j'ai composée pour l'érythème qui survient si souvent aux fesses des petits nourrissons. Je ne l'ai jamais trouvée en défaut.

Stéatite sulfurée.

Stéatite pulvérisée......	90	grammes.
Sulfure de zinc.........	10	—

Mêlez et conservez dans un flacon bouché avec un parchemin percé de petits trous ; ou encore dans une poivrière en buis ou en métal.

On en saupoudre abondamment les parties rouges de l'enfant chaque fois qu'on le change de linge.

Cette poudre m'a paru supérieure à toutes celles qui ont été en usage jusqu'à ce jour contre cette affection souvent si rebelle. Il n'est pas nécessaire d'énumérer toutes celles que l'on a préconisées jusqu'à ce jour. Parfois utiles elles échouent cependant trop fréquemment encore.

Quelques mots sur la stéatite me semblent ici nécessaires. En minéralogie, on nomme *stéatite*, le silicate de magnésie granulaire ; *talc*, le silicate lamellaire ; *magnésite* ou *écume de mer*, celui qui est en gros rognons blancs, poreux, légers, et qui ne sert guère qu'à fabriquer des pipes.

Le nom de stéatite lui vient de ce qu'au sortir de la carrière, elle a l'aspect et le toucher gras du savon de Marseille. Elle est encore plus commune dans les Alpes que le talc blanc; mais elle n'est pas exploitée. On s'en sert dans l'industrie depuis 1872 pour la désincrustation des chaudières à vapeur. Aujourd'hui il convient de lui assigner une place en thérapeutique.

Réduite en poudre, elle a un aspect grisâtre, parce qu'elle contient une petite quantité d'oxyde noir de fer Fe^2O^4. A cause de son poids spécifique, qui rend son emploi commode, et de son toucher agréable, je lui ai donné la préférence sur le talc pour servir de véhicule au sulfure de zinc dans la confection de la poudre sulfurée. Ces deux agents étant au fond de même nature, il est évident qu'à défaut de l'un, il ne faudra pas hésiter à employer l'autre. D'autant mieux que ces deux poudres étant essentiellement absorbantes réussissent souvent toutes seules dans le cas qui nous occupe.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

SUR QUELQUES MODES DE PÉNÉTRATION DES MICROBES PATHOGÈNES DANS L'ORGANISME. — PROCÉDÉS ET CONDITIONS DE LA CONTAGION EN GÉNÉRAL ET DE LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE EN PARTICULIER, par M. le docteur J. HÉRICOURT.

Depuis quelques années les recherches anatomo-pathologiques ayant prouvé l'importance du rôle que jouent les microbes dans la pathogénie des maladies infectieuses, la plupart de celles-ci semblent devoir former un groupe homogène d'affections parasitaires. Il appartient donc à la doctrine du contage animé de se mettre en règle avec les données classiques de la pathologie générale et de la clinique et d'expliquer les faits de prédisposition et de contagion autrement que par cette notion toujours si vague d'un terrain organique plus ou moins disposé à recevoir l'imprégnation des germes parasitaires.

Il nous a donc semblé que, tout en admettant la valeur du terrain morbide, il devenait possible, par une analyse plus délicate de tous les phénomènes qui provoquent, entretiennent ou propagent les maladies parasitaires, de substituer à cette notion pathogénique celle d'un mécanisme de production inhérent aux habitudes biologiques, aux besoins physiologiques des microbes eux-mêmes.

I

Au point de vue de ces habitudes et du procédé pathogénique qui en dérive, il convient en effet tout d'abord de diviser les micro-organismes en deux grands groupes, selon qu'ils vivent simplement à la surface de l'organisme, trouvant dans les revêtements épithéliaux leur terrain de culture, ou qu'ils pénètrent dans sa profondeur, pour s'y diffuser dans les courants liquides, ou y faire leurs nids dans les organes qui leur conviennent le mieux.

Au premier groupe appartiennent évidemment les éléments parasitaires des catarrhes spécifiques, et on peut dire qu'aujourd'hui il est bien peu de catarrhes qui ne soient considérés comme tels. Les bronchites et broncho-pneumonies de la grippe, la coqueluche, certaines diarrhées, le choléra, la blennorrhagie, sont des exemples de maladies dans lesquelles les lésions constantes, principales, et uniques dans les cas non compliqués, consistent en une destruction ou une infiltration, par des microbes spéciaux, des cellules épithéliales des muqueuses, cellules qui, ayant succombé dans la lutte contre l'ennemi du dehors, se détachent de leur membrane de support, rapidement remplacées par d'autres jeunes cellules vouées également à une mort rapide et qui, n'ayant ni le temps ni les conditions de bonne nutrition nécessaires pour arriver à l'état adulte parfait, se retrouvent dans les secrétions muco-purulentes à l'état de corpuscules pyoïdes.

Quels que soient les états généraux qui accompagnent ces maladies, états généraux qui, en tous cas, peuvent être considérés comme n'étant que le résultat d'une intoxication par des principes nocifs d'ordre purement chimique puisés à la surface des muqueuses malades, on doit les considérer comme n'étant que des maladies superficielles, dans le cours desquelles l'organisme n'est pénétré par aucun germe vivant, et contre lesquelles tous les moyens de défense doivent être dirigés vers les surfaces atteintes.

Mais les micro-organismes qui en sont les agents ont parfois un double rôle : car non seulement ils sont la cause de la maladie actuelle, mais encore ils peuvent devenir la cause de maladies consécutives dont les rapports avec la première en date constituent des faits bien connus des cliniciens.

Il est en effet un second groupe de microbes pathogènes qui ne se cultivent pas comme les précédents sur les couches superficielles du terrain organique : à ceux-là, il faut le sang, la lymphe, ou les parenchymes, pour milieux de culture ; et leur présence serait bien plus redoutable qu'elle ne l'est, leurs ravages seraient autrement considérables qu'on ne le constate, s'il ne leur manquait une force particulière, celle de franchir la barrière que leur opposent les épidermes et les épithéliums protecteurs. Soit que ces éléments ne répondent pas aux nécessités de leur nutrition, à leur besoin de calme et de protection, soit qu'ils n'aient pas la force de lutter contre ces cellules d'une activité toute spéciale, toujours est-il que les parasites dont nous parlons les respectent et sont incapables de les entamer.

Mais qu'une des maladies, dont nous avons parlé d'abord, se manifeste ; que la membrane protectrice des épithéliums soit déchirée en quelque point par quelques-uns des micro-organismes du premier groupe, et qu'une fatale rencontre mette en contact avec cette déchirure un des parasites dont il est maintenant question, et l'organisme se trouvera envahi par cet ennemi de la seconde heure, et menacé dans le plus profond de son intimité.

Ainsi, et tout d'abord, deux groupes de microbes pathogènes, deux cohortes d'ennemis : les uns chargés de pratiquer une brèche dans l'organisme ; les autres mettant à profit le travail des premiers pour pénétrer au cœur de la place.

Bien entendu, il ne sera pas indispensable que l'enveloppe protectrice de l'organisme soit entamée par des microbes, et toute solution de continuité d'origine purement mécanique, tout traumatisme, en un mot, sera suffisant pour constituer une porte d'entrée aux éléments du second groupe. Tout au plus pourrait-on remarquer que la coagulation des plasmas à la surface des plaies nettes s'oppose souvent, avec efficacité, à cet envahissement, tandis que l'état des muqueuses malades, dans les traumatismes microbiens, lui paraît plus propice. La conséquence qu'on peut tirer de ces considérations, c'est que les maladies dont nous parlons, en même temps qu'elles sont souvent secondaires à d'autres maladies, avec lesquelles elles sont liées dans de fréquents rapports d'étiologie, doivent en outre présenter cet autre caractère, d'être inoculables, c'est-à-dire de pouvoir être introduites par une porte d'entrée volontairement ou involontairement ouverte.

Remarquons dès maintenant que nous ne voulons pas dire qu'il n'y ait que ces affections qui soient inoculables.

II

Au premier rang parmi ces maladies, il nous semble qu'on doit placer la tuberculose, et cette considération, qu'il faut à ses bacilles une déchirure, en un point quelconque, des membranes qui servent de vernis protecteur à l'organisme, pour en permettre la pénétration, nous paraît pouvoir expliquer les différences cliniques et anatomo-pathologiques de la scrofulose de l'ancienne école et de la tuberculose, en même temps que les faits, souvent invoqués contre la doctrine du contage animé, de la contingence marquée et caractéristique de la contagion de cette dernière maladie.

Que sont en effet les formes scrofuleuses de la tuberculose? Pour le plus grand nombre, des lésions superficielles, dermiques ou sous-dermiques, des adénites sous-cutanées ou mésentériques. Dans quelles conditions se produisent-elles? Précisément dans des conditions spéciales d'âge, dans l'enfance, alors que les téguments cutanés offrent une délicatesse particulière, que l'épiderme est presque d'une susceptibilité épithéliale, et que la moindre exagération de son activité, exagération en laquelle paraît consister, tout entière, la diathèse dite scrofuleuse, le lymphatisme, pour parler plus exactement, suffit à ramollir et à désorganiser. Ainsi conçoit-on que les eczémas, les impétigos propres à la première enfance, constituent des lésions propres à la pénétration des bacilles de la tuberculose, qui, ou bien se logeront au voisinage immédiat, dans le derme sous-jacent, pour donner naissance aux diverses formes de lupus, ou plus souvent seront charriés par la lymphe, dont la circulation est si active chez l'enfant, jusque dans les ganglions les plus proches : de là les adénites caractéristiques. Parallèlement, l'épithélium du tube digestif est exposé à de fréquentes desquamations d'origine alimentaire et bien probablement parasitaire, soit qu'on mette prématurément en contact avec cette membrane insuffisamment formée des aliments qui ne sont que de grossiers corps étrangers, soit pour toute autre raison ; et les bacilles tuberculeux qui sont absorbés, avec le lait sans doute, entre autres origines possibles, pénétrant par les ulcérations superficielles qui résultent de ces catarrhes intestinaux, peuvent de même se fixer sur place dans l'épaisseur des membranes, ou plus souvent aussi aller infecter au loin les ganglions du mésentère.

Il est vraisemblable qu'il ne faut pas chercher ailleurs les causes des formes scrofuleuses de la tuberculose dans l'enfance, et ces causes peuvent se résumer ainsi : facilité des lésions traumatiques ou diathésiques des téguments externes et de la surface du tube digestif.

Dans le cours d'une plus longue période, qui comprend l'enfance tout entière et l'adolescence, un troisième système épithélial, celui des voies respiratoires, va se trouver exposé à l'action de microbes pathogènes dont les bacilles tuberculeux profitent encore bien souvent pour s'insinuer dans l'organisme : il suffira de rappeler ici les cas bien enregistrés et relativement fréquents de tuberculose consécutive à la bronchite rubéolique et à la coqueluche, deux maladies nettement caractérisées par une desquamation épithéliale abondante de la muqueuse protectrice.

Plus tard, chez l'adulte, la peau s'affermit et constitue une enveloppe cornée que les microbes ont plus de peine à entamer, et dont ils ne peuvent franchir la barrière qu'à la faveur des traumatismes : citons les tubercules anatomiques pour les bacilles de la tuberculose, et les lymphangites pour les micro-organismes pyogènes. Cependant, dans certains milieux où les germes tuberculeux sont très abondants, où les individus exposés à ces germes sont encore assez jeunes et donnent peu de soins à la propreté de la peau et de la muqueuse buccale, en même temps qu'ils sont exposés à des troubles digestifs fréquents, le nombre des occasions de contamination s'ajoute à la fréquence des traumatismes mécaniques ou microbiques de la peau et des muqueuses, dont est faite la petite pathologie courante des groupes que nous avons en vue. On voit alors reparaître les formes scrofuleuses de l'enfance, les adénites tuberculeuses, mésentériques ou cervicales, les lupus caractéristiques. L'armée, où cette physionomie clinique de la tuberculose est nettement accentuée, est un de ces milieux, et sans parler des phtisies pulmonaires qui y sont plus fréquentes qu'ailleurs, et pour les mêmes causes, il nous semble qu'on peut, par des considérations de cet ordre, donner la raison de la pathologie spéciale qu'on y observe.

Mais en dehors de ces milieux, dans l'âge adulte, c'est la muqueuse des voies respiratoires qui est généralement la porte d'entrée des bacilles tuberculeux, par la raison bien simple que les maladies catarrhales de ces voies sont banales et fréquentes, et constituent presque à elles seules la pathologie courante de vingt à quarante ans, entre les maladies de l'enfance et celles de la vieillesse, qu'amènent les diathèses proprement dites, les vices de la nutrition qui vont s'accentuant à la longue. En effet, les bronchites, les broncho-pneumonies, les pneumonies, maladies dont l'étiologie parasitaire est chaque jour mieux démontrée, forment avec le rhumatisme articulaire aigu et ses complications, la

plus grande partie de la pathologie commune et vulgaire de l'adulte.

Les rhumatisants sont bien, eux aussi, exposés à l'invasion du parasite de la tuberculose, car ils sont habitués aux catarrhes des voies respiratoires; mais ils jouissent d'un privilège que leur donne la tendance à la sclérose de leur tissu conjonctif, qui emprisonne, en les enkystant, les bacilles qui les envahissent, et se trouvent aux prises avec un tissu cellulaire sous-muqueux doué d'une réaction toute spéciale; de là, la rareté des affections tuberculeuses chez les arthritiques, de là cette division un peu humoristique de l'humanité en deux groupes, qui, dirait-on, tend à s'accentuer: les arthritiques et les tuberculeux.

A côté des lésions catarrhales des voies respiratoires, il ne faudrait pas cependant oublier celles des voies génitales, les métrites et les uréthrites chroniques qui paraissent être bien souvent la condition de la tuberculisation des organes génitaux.

Mais dans tous les cas, il faut reconnaître, qu'il s'agisse des organes respiratoires ou des organes génitaux, que l'œuvre de désorganisation a été commencée par un premier groupe de travailleurs pathogènes, par les micro-organismes des catarrhes spécifiques, et que ce n'est qu'à la suite de ceux-ci, et par les brèches qu'ils ont pratiquées aux remparts de la citadelle organique, que les bacilles de la tuberculose ont pu opérer leur invasion, pour compléter, en la portant dans la profondeur de nos tissus, cette œuvre de désorganisation qui sera dès lors poursuivie jusqu'à la mort.

Ainsi se trouvera vérifiée, dans une certaine mesure, la doctrine populaire du *rhume négligé*, si l'on en excepte toutefois les cas où ce rhume est la première manifestation de la tuberculose commençante, cas qui nous paraissent devoir être assez rares, et dont l'existence serait à démontrer; et ainsi se trouvera expliquée la contingence, en bien des circonstances, de la contagion de la tuberculose: car s'il faut, pour que le bacille spécifique se greffe, qu'il y ait érosion préalable d'un revêtement épithélial protecteur, il ne suffira plus dès lors de s'exposer à l'absorption dudit bacille pour contracter la maladie: il suffira, au contraire, pour en être préservé, d'être enduit d'un bon et solide vernis épithélial, d'être recouvert de cellules actives, et qui s'acquittent bien de leurs devoirs de protection.

Peut-être est-ce en cette circonstance seule que se réduisent toutes les qualités de terrain propres ou impropres à la culture du bacille tuberculeux, en y ajoutant toutefois la tendance enkystante particulière aux arthritiques. Et pour dire encore un mot de la fréquence de la tuberculose dans l'armée, où les déterminations pulmonaires sont encore plus communes que partout ailleurs, il n'en faut sans doute chercher la cause que dans la fréquence même des maladies catarrhales de l'appareil respiratoire, auxquelles sont particulièrement exposés les soldats, de par leur genre d'existence (1).

III

Abandonnant maintenant le cas de la tuberculose, nous trouvons dans les circonstances où se manifestent les accidents septico-pyémiques et érysipélateux, une autre série d'agents pathogéniques de la seconde heure, qui ont encore besoin d'une brèche d'origine traumatique ou microbique pour envahir l'organisme. De même les abcès du foie consécutifs à la dysentérie paraissent devoir être attribués à des agents pyogéniques vulgaires dont la pénétration dans la veine porte est subordonnée à la destruction de la muqueuse du gros intestin par le processus dysentérique même; peut-être aussi la diphtérie aurait-elle besoin d'être préparée par d'autres agents, s'il est en effet prouvé que la contagion n'en est possible que sur des muqueuses préalablement atteintes du catarrhe banal.

La syphilis, la morve, la lèpre, toutes affections dont les lésions anatomiques sont si comparables à celles de la tuberculose, affections inoculables aussi, paraissent être dues à des micro-organismes dont les mœurs sont également comparables à celles du bacille tuberculeux, et qui partagent avec celui-ci le besoin d'une porte d'entrée préalable, ouverte par un traumatisme, ou un microbe épithélial, pour pénétrer dans l'organisme. Quand cette porte d'entrée existe, la contagion suit fatalement, et ceci nous est encore une raison d'admettre qu'il en est de même pour la tuberculose. Ce qui est seulement particulier à cette dernière, et ce qui en explique et sa fréquence, et son siège anatomique de prédilection, c'est que ses germes sont encore actifs à l'état de poussières, c'est qu'ils sont abondamment versés dans l'air par l'expectoration des phthisiques, c'est que par suite, enfin, les occasions de les absorber sont extrêmement fréquentes. Mais peut-être bien en était-il de même il n'y a pas encore longtemps pour d'autres maladies, car la contagiosité de la lèpre au moyen âge, de la syphilis à son apparition au quinzième siècle, lors de la grande acuité de sa symptomatologie, se faisait certainement dans des conditions différentes de celles que nous observons de nos jours, et plus comparables à celles actuelles de la tuberculose. De fait, ces deux maladies paraissent avoir subi une notable atténuation depuis cette époque, au point qu'on en vient à pouvoir nier la contagiosité de la lèpre, qui n'est cependant pas à mettre en doute pour ce qui regarde le moyen âge, à moins de récuser les témoignages les plus autorisés; et quant à la syphilis, elle ne paraît vraiment plus rien avoir de commun avec la terrible maladie qui a provoqué les mesures exceptionnelles que l'on sait à l'époque de son apparition officielle. En sera-t-il quelque jour de même pour la tuberculose? c'est là une hypothèse qui n'est pas inadmissible, et qui paraît même assez vraisemblable, si l'on veut bien tenir compte des enseignements de l'histoire de la médecine concernant l'évolution des maladies épidémiques.

On nous pardonnera cette petite digression, qui est moins en dehors de notre sujet qu'elle n'en a l'air, puisqu'elle a pour but de réunir dans un même groupe des maladies dont l'étude, à notre avis, a beaucoup à gagner à ce rapprochement, aux divers points de vue de la pathogénie et de l'épidémiologie, certains phénomènes accentués encore propres aux unes étant capables d'éclairer des faits indécis que l'observation est exposée a négliger chez les autres, et d'en donner toute la valeur.

IV

Les deux groupes de micro-organismes pathogènes que nous venons d'étudier ne sauraient en comprendre la tota-

(1) Y a-t-il des tuberculoses épithéliales? la considération de l'anatomie pathologique de la pneumonie caséeuse, qui consiste en tubercules alvéolaires plus ou moins volumineux, en alvéolites tuberculeuses, pourrait le laisser croire; et on pourrait regarder ces lésions comme simplement superficielles, et résultant de l'ensemencement et de la culture des bacilles dans les petits nids alvéolaires tout préparés dans lesquels ils sont tombés, au hasard des inspirations.

Mais l'examen plus attentif de ces tubercules géants montre que, s'ils sont en effet superficiels, la trame conjonctive sur laquelle ils reposent participe déjà largement à leur formation; et que c'est au travers de ce tissu altéré que, dès le début, ces bacilles se frayent un chemin vers les vaisseaux dont ils prendront la voie pour se répandre dans l'organisme tout entier; et comme l'observation des crachats ne montre jamais de bacilles tuberculeux inclus dans les cellules épithéliales alvéolaires, on peut en conclure que ce ne sont pas ces bacilles qui ont primitivement détruit l'épithélium. Ce qui remplit les alvéoles caséeuses, d'ailleurs, ce sont des corpuscules nécrobiosés qui, par leur volume, paraissent bien plutôt venir d'un tissu conjonctif embryonnaire de nouvelle formation, que de cellules épithéliales altérées.

D'autre part, enfin, quand des bacilles tuberculeux végètent dans la trame conjonctive sous-épithéliale, et en oblitèrent les capillaires, il est aisé de concevoir que la nutrition des cellules épithéliales de ce département en soit profondément altérée, et que cette altération puisse se traduire par un état caséeux caractéristique. Il est en effet remarquable que sur les coupes de lobules caséeux, les bacilles ne se montrent qu'à la périphérie des moules alvéolaires, et non dans leur épaisseur, à moins qu'on ne les aperçoive par transparence au travers d'une mince couche de matière caséeuse.

J. H.

lité, et les conditions étiologiques d'un certain nombre de maladies virulentes, des fièvres éruptives (1), en particulier, nous imposent l'obligation d'admettre une famille de microbes capables de ce double rôle que se partageaient les précédents, à savoir de pénétrer dans l'intimité de l'organisme après avoir forcé eux-mêmes sa barrière protectrice. Or il est remarquable que ces micro-organismes, sur lesquels on est encore peu fixé, paraissent être d'une exiguïté tout à fait caractéristique, et que c'est sans doute à leurs faibles dimensions qu'ils doivent de pouvoir s'insinuer entre les cellules épithéliales, sans avoir besoin de lutter contre elles: pour pénétrer, ils n'auraient pas besoin de portes ouvertes, étant assez petits pour passer dans les joints et les fentes. C'est d'ailleurs en même temps la cause pour laquelle leur connaissance est encore si peu avancée. A ce point de vue, il faudrait peut-être placer près des fièvres éruptives un certain nombre d'autres maladies, la peste, la fièvre jaune, la fièvre paludéenne, dont les atteintes ne paraissent nullement subordonnées à la préexistence de catarrhes muqueux ou de plaies cutanées ; et même leur place ici paraîtra encore plus légitime si l'on veut bien tenir un certain compte de la vertu prophylactique qu'on a attribuée aux onctions huileuses dans les épidémies de peste, et au port de la flanelle dans les pays marécageux. Le rôle de cette dernière est peut-être seulement d'empêcher le refroidissement; mais en y regardant de plus près, on trouve que la flanelle, en absorbant la sueur au fur et à mesure qu'elle est produite, s'oppose à ce courant de dehors en dedans qui résorbe les liquides sécrétés, après que ceux-ci se sont chargés des particules du milieu ambiant, qui peuvent être des micro-organismes très ténus et susceptibles de nous pénétrer par cette voie peu surveillée.

V

Les considérations qui précèdent ne sont pas purement théoriques, et, si elles ont été inspirées par des faits de clinique et des observations d'anatomie pathologique, elles peuvent faire retour à la médecine pratique sous forme de conseils prophylactiques.

Le premier, et le plus général, sur lequel il n'est d'ailleurs pas besoin d'insister, c'est de préserver toute écorchure et toute ulcération du contact des matières virulentes et septiques, et de l'atmosphère érysipélateuse. Les pansements par occlusion, et les pansements antiseptiques ne sont qu'une application de ce principe, et leurs résultats en donnent toute la valeur.

Le second, c'est d'éviter certains milieux dangereux quand on est atteint de certains catarrhes : ainsi le bronchitique habituel ne cohabitera pas avec des phthisiques; ainsi tout individu atteint de blennorrhée se défiera des écoulements utérins, souvent tuberculeux, et dans les rapports sexuels, en général, on se rappellera que l'intégrité de la muqueuse des organes génitaux, si elle est une barrière suffisante contre la syphilis, est d'autre part d'une conservation difficile à assurer et à constater; ainsi une personne prise d'angine fuira le voisinage des diphthéritiques; ainsi les personnes sujettes aux dérangements intestinaux éviteront les localités où la fièvre typhoïde est endémique.

Enfin, d'une façon générale, il sera toujours prudent de traiter les affections catarrhales, autrement dit les maladies infectieuses des muqueuses, afin d'éviter les autres maladies infectieuses auxquelles elles prédisposent suivant le procédé que nous avons dit, et en lesquelles elles paraissent souvent se transformer. La doctrine du rhume négligé avait du bon, et si la théorie en était inexacte, la crainte en était certainement salutaire.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru utile d'attirer l'attention sur cette action successive de certains microbes pathogènes, qui peut dans bien des circonstances fournir le pourquoi et le comment du mécanisme jadis mystérieux des prédispositions et de la contagion. Et d'autre part, les renseignements que l'anatomie pathologique pourrait fournir sur la porte d'entrée propre à chaque espèce de ces micro-organismes deviendraient des indications dont l'hygiène et la thérapeutique sauraient tirer le plus grand profit.

(1) Parmi les fièvres éruptives, il n'est guère que la variole qui remplisse les conditions de ce type. Bien que l'étude microbiologique de la rougeole et de la scarlatine ne soit pas encore terminée, cependant les données qui sont déjà acquises sur ce sujet, rapprochées des symptômes et de la non-inoculabilité de ces deux maladies autorisent à les considérer comme dues à des micro-organismes parasites des régions superficielles de la peau et des muqueuses, ne pénétrant dans le sang que dans des circonstances très exceptionnelles, qui sont peut-être la cause des formes infectieuses graves. En classant les microbes pathogènes de ces deux fièvres éruptives parmi les micro-organismes épithéliaux, on donne en même temps la raison des rapports que ces maladies présentent avec la tuberculisation secondaire, et l'explication de leur non-inoculabilité. J. H.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Dans cette séance, d'ailleurs très courte, en raison du comité secret dans lequel devaient être discutés les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique, aucune communication n'a été faite touchant les sciences médicales.

M. le président annonce seulement que l'inauguration de la statue de Claude Bernard aura lieu dimanche prochain, à dix heures du matin.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. les docteurs *Napias* et *Ollivier* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

M. *Railliet*, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire d'Alfort, demande à être porté sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

MM. *Chastaing* et *Petit* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Demons* (de Bordeaux) sollicite le titre de correspondant national dans la deuxième division (*Chirurgie*).

M. le docteur *Poulet* (de Plancher-les-Mines, Haute-Saône) envoie une *Note* manuscrite *sur le principe acide du suc intestinal*. (Commission : MM. *Armand Gautier* et *Mathias Duval*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Murga* (de Séville), une brochure en langue espagnole, *sur la vaccination anticholérique suivant les procédés de M. le docteur Ferran* ; 2° de la part de M. le docteur *Carmona y Valle* (de Mexico), ses *Leçons sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre jaune*.

M. *Vulpian* présente un *Traité de la lèpre*, ouvrage manuscrit avec atlas, par M. le docteur *Leloir*, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

M. *Th. Roussel* fait hommage, au nom de M. le docteur *Lacassagne*, du premier fascicule des *Archives d'anthropologie criminelle et des sciences pénales*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° une brochure de M. le docteur *Huchard* sur l'*Adonis vernalis* et l'*adonidine* ; 2° un mémoire de M. le docteur *Laurens* (de Magascq, Landes), sur une *épidémie de diphtérie*. (*Commission des épidémies*.)

M. *Larrey* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Bossu*, un *Traité d'anthropologie* ; 2° de la part de M. le docteur *Van Merris*, médecin principal de l'armée, un volume intitulé : *La scrofule et les bains de mer* ; 3° au nom de M. le docteur *Longuet*, médecin-major, une *Étude sur le recrutement dans la Haute-Savoie*. M. *Larrey* fait, en outre, don de plusieurs collections de journaux et recueils périodiques de science et de médecine.

M. *Sappey* fait don d'une collection de ses divers mémoires et ouvrages d'*anatomie*.

Bichlorure de méthylène.— A la dernière séance, M. Armand Gautier, ayant signalé divers produits pharmaceutiques anglais dont le contenu ne répond pas à l'étiquette, M. *Léon Le Fort* fait remarquer que le bichlorure de méthylène, qu'il fait venir d'Angleterre et dont on a incriminé la composition, procure l'anesthésie sans donner lieu aux vomissements et à l'état nauséeux qu'on observe si souvent avec

le chloroforme.— Telle n'est pas la question en litige, répond M. *Armand Gautier*. Le soi-disant bichlorure de méthylène a été analysé par M. Regnauld ; il est, en réalité, formé de trois parties de chloroforme et d'une partie d'alcool méthylique. Il importe qu'on le sache et qu'on soit tenu de le déclarer, afin que les fabricants français puissent eux-mêmes en fournir une préparation qui soit vraiment « magistrale ».

Ptomaïnes, leucomaïnes, matières extractives et microbes. — Dans l'avant-dernière séance, M. Armand Gautier a appelé l'attention de l'Académie sur les divers alcaloïdes toxiques qui se produisent dans l'organisme, soit normalement pendant la vie, soit après la mort ; il s'est aussi efforcé de démontrer qu'à côté de ces leucomaïnes et ptomaïnes il existe des substances azotées non alcaloïdiques les accompagnant toujours et douées d'une activité bien autrement grande. C'est ainsi que le poison septique de Panum ne contient pas ou fort peu d'alcaloïdes, que les matières azotées extractives et incristallisables des urines sont extrêmement toxiques sans être basiques et que la partie essentiellement active des venins des ophidiens est azotée, mais non alcaloïdique. Or la non-diminution des matières extractives dans l'économie détermine une sorte d'auto-infection.

Reprenant cette question au point de vue clinique, M. *Peter* estime que les recherches de M. Gautier ruinent presque de fond en comble les doctrines microbiennes ; car, suivant lui, si des matières toxiques résultent de l'évolution des actes normaux de la vie, quel besoin y a-t-il d'invoquer les microbes pour expliquer la genèse des maladies ? Ne sait-on pas d'ailleurs que l'urée, par exemple, fabriquée chaque jour dans l'économie, est un alcali ; et pourquoi l'organisme ne formerait-il pas de lui-même des alcaloïdes, différant des alcalis par des degrés d'oxydation, aux dépens des décompositions d'ordre purement vital ? Quelle que soit l'intégrité des organes éliminateurs, il suffit que la disparition des produits de la désintégration incessante des tissus soit entravée pour déterminer l'autotyphisation, ou empoisonnement de soi par soi, à côté duquel il convient aussi d'admettre l'hétéro-typhisation ou empoisonnement de l'individu par d'autres individus. Mais comment se produisent ces phénomènes ?

La fièvre de surmenage, résultant précisément de l'insuffisance de cette élimination, en est un exemple frappant ; à un degré léger, elle ressemble aux phénomènes de début de la fièvre typhoïde ou des fièvres éruptives ; à un degré plus grave, elle présente les caractères du typhus, du typhus des surmenés, du typhus des armées en marche ou même des bêtes à cornes ; le typhus n'est-il pas engendré par l'accumulation des matières extractives dans l'économie ? Dans ce dernier cas intervient aussi, il est vrai, l'influence de l'encombrement, c'est-à-dire la respiration d'une atmosphère chargée de principes infectieux provenant des corps vivants. La fièvre typhoïde aussi bien que le typhus s'expliquent ainsi par le surmenage ; ces maladies sont donc essentiellement spontanées, bien qu'elles puissent parfois être déterminées par des miasmes contagieux répandus dans l'air par ceux qui en sont atteints et surtout par les matières fécales de ceux-ci. Ainsi se trouvent conciliées la doctrine de la spontanéité et celle de la contagiosité.

Mais si, en outre, les émonctoires naturels sont malades, si le rein en particulier laisse filtrer le sérum du sang ou son albumine, alors apparaît toute la série des accidents de l'urémie, c'est-à-dire une typhisation par absence d'émonction rénale ou encore une typhisation urémique en raison de l'accumulation corrélative des matières extractives dans le sang. D'où l'on conçoit qu'il y ait hyperthermie dans ce dernier cas et hypothermie lorsqu'il y a accumulation de matières alcaloïdiques, les variations thermométriques étant d'ailleurs en rapport avec le déséquilibre des fonctions. Ces idées s'appliquent également à l'ictère grave (typhisation par insuffisance des éléments de la bile), etc.; remarquons enfin que si la maladie se termine par la guérison, elle est accompagnée, ainsi que l'a montré M. Revillioud, par une débâcle d'urée.

Quant aux phénomènes d'intoxication par les alcaloïdes de la putréfaction, quant à ceux du bolutisme, par exemple (empoisonnement de l'organisme à la suite de l'ingestion de mets putréfiés, de charcuterie pourrie en particulier), ils se traduisent, comme le choléra, par de la diarrhée, des vomissements, de l'algidité ; la cause du choléra ne réside pas d'ailleurs dans le bacille-virgule, mais bien dans une ptomaïne, de l'aveu même de Koch ? Ainsi, le bacille-virgule n'engendrerait pas le choléra directement, mais indirectement et par l'intermédiaire d'une ptomaïne qu'il sécréterait ; ce sont là de pures hypothèses. M Gautier, au contraire, démontre formellement que des alcaloïdes animaux peuvent être produits par des actes spontanés de la vie, par l'action vitale de cellules vivantes, propres à l'organisme et non pas par l'action des microbes étrangers à celui-ci ; il démontre aussi le mécanisme dynamico-chimique par lequel l'organisme vivant échappe à l'empoisonnement. L'esprit médical ne saurait hésiter entre les doctrines parasitaires, pleines de ténébreuses hypothèses, et cette doctrine nouvelle, lumineuse autant que précise, qui explique les phénomènes de la vie nouvelle et anormale par la vie même en action. Sans doute, pour nous mettre en mesure de résister à cette auto-infection, nous devons éliminer les matières toxiques et surtout en les brûlant au moyen de l'oxygène du sang. C'est là un retour à l'humorisme ; l'empoisonnement par les alcaloïdes solubles n'est, en somme, qu'un empoisonnement par un liquide organique altéré. En tout cas, la clinique est d'accord avec ces données scientifiques précises. La doctrine de la spontanéité est aussi vraie pour la santé que pour la maladie.

Insuffisance aortique. — M. *François-Franck* communique, dans un remarquable mémoire, le résultat de ses recherches expérimentales sur l'analyse des symptômes et le mode de production des accidents de l'insuffisance aortique, étudiés comparativement chez l'homme et chez les animaux.

Dans ce but il se sert, pour produire les lésions des sigmoïdes aortiques, de *valvulotomes*, à lame basculante, qu'il introduit par la carotide jusque sur les valvules sigmoïdes afin de perforer celles-ci, puis de les sectionner en enlevant une à plusieurs d'entre elles à volonté. Soixante-quinze animaux ont été ainsi opérés et observés aussi complètement que possible pendant toute la durée de leur survie, à l'aide des appareils enregistreurs appropriés, donnant l'état de la pression artérielle, du cœur, du pouls, du volume des organes, ainsi qu'à l'aide d'une auscultation attentive du cœur et des vaisseaux. Les résultats de ces expériences sont les suivants :

Les accidents immédiats font partie d'une sorte de période de dépression circulatoire initiale ; ils ont une analogie complète avec ceux qu'on observe chez l'homme atteint de rupture vasculaire, dite spontanée ou traumatique. Ce sont d'abord une intermittence prolongée des battements du cœur, qui souvent se transforme en un arrêt diastolique de plusieurs secondes ; puis les battements reparaissent, fréquents, avec intermittences répétées, systoles avortées ; ils présentent ainsi une véritable arythmie, qui dure un temps variable, suivant l'état de résistance du cœur, et quelquefois persiste jusqu'à la mort. Le plus souvent, ces troubles du rythme s'atténuent rapidement et le cœur, tout en restant plus fréquent, reprend sa régularité ; la période de réparation commence. Alors l'arythmie persiste, le cœur reste volumineux, évacue incomplètement son contenu et subit à chaque diastole une surcharge contre laquelle il ne peut encore réagir que d'une manière insuffisante, vu l'absence d'activité supplémentaire du myocarde,

En même temps la pression sanguine s'abaisse dans les artères jusqu'à 3 ou 4 centimètres de mercure. L'animal peut alors succomber aux conséquences d'une surdilatation paralytique du cœur, mais souvent la tension sanguine s'élève à nouveau et peut même dépasser la moyenne normale.

Dans quelques cas, la mort arrive subitement chez les animaux en expérience, alors cependant qu'ils n'avaient éprouvé aucun accident opératoire immédiat ou consécutif; ces faits, que l'on observe également chez l'homme, s'expliquent par une altération préalable du myocarde. En effet, l'existence de ces altérations a été constatée à l'autopsie des individus morts dans de telles conditions; M. Franck a pu démontrer qu'elles étaient bien réellement la cause de l'accident terminal, en les provoquant sur certains animaux en expérience, au moyen de certains poisons (plomb, phosphore, etc.); ces animaux succombaient en un temps très court. L'état du cœur paraît donc réellement dominer l'évolution des accidents; l'augmentation d'énergie du myocarde est-elle donc le point de départ de la réparation des troubles initiaux?

Dans les cas les plus nombreux, du reste, où les troubles du début s'atténuent rapidement, la réparation résulte, en effet, d'une augmentation de l'activité du cœur aboutissant rapidement à l'hypertrophie ventriculaire; cette interprétation donnée déjà depuis longtemps n'avait pas encore eu de confirmation expérimentale; les expériences de M. Franck permettent de combler cette lacune. Il suffit, pour s'en convaincre, de constater: 1° que l'augmentation de fréquence des systoles est de règle dans les cas de survie; 2° que l'énergie propulsive, ou tout au moins l'effet utile de cette systole, augmente notablement, ce qui peut être constaté à l'aide de divers procédés manométriques. Ces deux considérations suffisent pour prouver que le travail du cœur est augmenté, d'autant que la résistance qu'il a à surmonter n'a pas diminué, ainsi que le prouve ce fait que peu de temps après l'expérience, la pression artérielle reprend rapidement sa moyenne normale, si même elle ne la dépasse pas. Mais l'augmentation de l'activité ventriculaire suffit-elle à provoquer la restitution de la pression artérielle, et les vaisseaux contractiles n'interviennent-ils pas dans la réparation des dépressions initiales? Expérimentalement l'on constate le resserrement énergique des vaisseaux contractiles déterminant la chute de la pression veineuse, la diminution des organes profonds et des tissus superficiels. D'autre part, les lésions du myocarde qui viennent d'être indiquées comme empêchant la production du travail réparateur, ne sont pas les seules qui soient capables d'expliquer la mort rapide des animaux qui ont survécu à l'expérience; on peut encore invoquer l'étendue des lésions valvulaires. Ici l'importance des effets mécaniques devient telle, qu'aucune intervention compensatrice ne peut ni supprimer, ni même en atténuer notablement les conséquences.

La cause première de la suractivité cardiaque et de la contraction des vaisseaux périphériques n'est pas exclusivement subordonnée au phénomène du reflux aortique; ces phénomènes peuvent être provoqués par de simples irritations traumatiques ou inflammatoires de la région sigmoïdienne: on obtient, en effet, les mêmes réactions cardiaques ou vasculaires quand on lèse superficiellement les sigmoïdes; toutes ces réactions ont donc pour origine une impression subie par des surfaces sensibles, et pour condition provocatrice, la mise en jeu de l'action nerveuse centrale, soit cardio-excitatrice, soit vaso-constrictive. L'influence nerveuse peut être démontrée en observant sur un animal dont on excite les sigmoïdes, deux organes pairs, deux reins par exemple, dont l'un a été énervé; on obtient toujours le resserrement des vaisseaux du rein dont les nerfs sont intacts, tandis que l'on n'observe rien de semblable dans le rein énervé. La suppression de ces réactions sous l'influence des agents qui paralysent l'appareil vaso-moteur, confirme la déduction précédente.

M. Franck passe ensuite en revue quelques-uns des accidents liés à l'insuffisance aortique et la syncope en particulier. Il montre, à l'aide des excitations directes et réflexes des appareils cardiaques modérateurs, que, contrairement à ce que l'on pouvait prévoir, le cœur ne s'arrête pas plus facilement pendant la syncope que dans les conditions ordinaires; mais les conséquences en sont plus particulièrement graves en raison de la distension excessive et prolongée que subit le cœur, ainsi qu'à la brusquerie et à l'importance inusitées de la dépression artérielle encéphalique.

Appliquant ces données à la clinique, on reconnaît quatre groupes de souffles systoliques survenant à la suite de la lésion aortique: 1° ceux qui résultent d'un rétrécissement aortique secondaire; 2° ceux qui résultent d'une insuffisance mitrale par endocardite propagée; 3° ceux qui dépendent des vibrations d'une corde valvulaire tendue en travers de l'orifice, et 4° ceux qui doivent être considérés comme des souffles monorganiques, extra-cardiaques, pulmonaires, ayant pour cause productrice le déplacement rapide de l'air contenu dans une lame de poumon voisine du cœur, sous l'influence de la diminution brusque du volume des ventricules évacuant leur contenu dans les artères. Examinant enfin les manifestations extérieures des modifications de la circulation dans les artères sous l'influence de l'insuffisance aortique, M. Franck fait observer, d'après ses expériences, que le retard du pouls sur le cœur est notablement diminué dans l'insuffisance aortique, et que le double souffle crural, indiqué par M. Duroziez, est lié à la rétrogradation toute locale du sang, déterminée par la compression de l'artère sur le stéthoscope. — (Le mémoire de M. Franck est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Vulpian*, *Marc Sée* et *Constantin Paul*.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

M. *le Président* prononce une courte allocution à l'occasion de l'expiration de ses pouvoirs et donne la parole à M. *le Secrétaire annuel*, qui résume les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. *Chauvel, secrétaire général*, dans un éloquent discours, plusieurs fois applaudi, retrace la vie et les œuvres du professeur Depaul.

Proclamation des noms des lauréats des concours pour l'année 1885:

Prix Duval. — Lauréat, M. *Phelippot*, interne des hôpitaux, pour sa thèse intitulée: *Résultats tardifs des désarticulations du pied.*

Prix Laborie. — La question proposée était: *Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs.* Lauréat, M. *Lagrange*, médecin aide-major de l'armée et professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

La Société accorde en outre, à titre d'encouragement, 300 francs à M. *Delaine*, interne des hôpitaux.

Prix Demarquay. — La question proposée était: *De la pathogénie, des luxations pathologiques.* Lauréat, MM. *Forgue* et *Maubrac*, médecins aides-majors de l'armée. Mention honorable à M. *Barette*, prosecteur de la Faculté.

Prix Gerdy. — La question proposée était: *Gangrène des membres, étiologie, pathogénie, traitement chirurgical.* La Société partage le prix entre MM. *Liégeois*, de Bainville-aux-Saules (Vosges), et *Bouillet*, de Béziers (Hérault).

En 1886, la Société décernera: 1° le *Prix Duval*, dont la valeur antérieurement de 100 francs est portée à 300 francs, grâce à la générosité de M. *Marjolin*, pour la meilleure

thèse soutenue dans l'année près une des Facultés de médecine; 2° le *Prix Laborie*, pour le meilleur travail sur un sujet quelconque de chirurgie.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Rapporte dee lymphatiques et dee amygdalee: M. Retterer. — Cellules nerveueee périphériquee du sympathique dee crustaoée: M. Rouch.

M. *Retterer*, étudiant après Schmidt, Frey, etc., les connexions des amygdales avec les vaisseaux lymphatiques, conclut de ses injections à la gélatine et au nitrate d'argent que le réseau capillaire lymphatique occupe toute la masse folliculaire des amygdales et constitue dans ces organes un système de canaux parfaitement clos ne s'ouvrant dans le reticulum conjonctif ni par des stomates, ni par des extrémités béantes.

— M. *Rouch* (de Montpellier) présente le résultat de nombreuses études histologiques sur les cellules nerveuses périphériques du système viscéral des crustacés : il s'est attaché à cette recherche dans ce groupe d'animaux pour compléter la série des études faites antérieurement sur le système nerveux viscéral des mammifères et de plusieurs groupes d'invertébrés (mollusques, insectes, vers, hirudinées). Il a retrouvé chez les crustacés les cellules nerveuses intra-viscérales dont on avait nié l'existence; ses recherches confirment la loi générale que Ranvier avait formulée au sujet du mode d'innervation motrice viscérale : les muscles de la vie organique, qu'ils soient lisses ou striés, sont animés par des nerfs qui, avant d'atteindre ces muscles, forment des plexus nerveux ganglionnaires; il apporte en outre une confirmation nouvelle du corollaire de la loi précédente, à savoir qu'il n'y a jamais de cellules nerveuses sur le trajet des nerfs volontaires (Hansen); enfin, son étude le conduirait à des vues générales sur la structure des ganglions et la manière dont ils se forment.

— A cinq heures la Société se réunit en comité secret pour la lecture du rapport fait au nom du Comité de rédaction.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Propriétés hypnotiques de l'uréthane : M. Huchard. — Hopéine : M. Petit. — Des médicaments hypnotiques : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. Huchard, C. Paul, Féréol, Cadet de Gassicourt).

M. *Huchard* donne lecture d'une Note sur l'action hypnotique de l'*uréthane*, éther dérivé de la série de l'acide carbamique. Il rappelle les essais dont il a déjà fait connaître les résultats (voy. le *Compte rendu* de la séance du 9 décembre, dans le numéro du 25 décembre) et relate les nouvelles expériences auxquelles il s'est livré en collaboration avec M. Eloy sur les animaux. A la dose de 3gr,75, en trois fois, l'uréthane abaisse la température rectale du lapin à 38°,4, et produit, chez cet animal, de la contraction pupillaire et un engourdissement marqué surtout dans les pattes postérieures; puis survient un état de sommeil cataleptiforme qui dure plusieurs heures. Au réveil, l'animal est en parfaite santé. Tous ces phénomènes sont moindres si l'on abaisse les doses. Chez le cobaye, les effets sont à peu près identiques, à la dose de 33 centigrammes; ce qui démontre en résumé le défaut de toxicité de l'uréthane. M. Huchard a employé ce médicament vingt-six fois chez l'homme, et a toujours obtenu, à la dose de 3 à 4 grammes, un sommeil calme et prolongé, sans cauchemars. C'est un excellent hypnotique chez les enfants. On ne devra pas l'administrer par voie hypodermique, ses propriétés irritantes exposant, en pareils cas, à quelques accidents. On a donc entre les mains un agent hypnotique plus fidèle que l'hypnone; il faut bien se rappeler, d'ailleurs, qu'il ne suffit pas de posséder des substances agissant sur la circulation cérébrale pour être en mesure de faire cesser l'insomnie : on pourrait dire qu'il n'y a pas d'hypnotique, mais bien des médications hypnotiques, qui comportent, suivant les cas, des indications fort diverses.

M. *P. Vigier* rappelle que l'uréthane est un éther dérivé de l'acide carbamique dont les analogies avec l'urée ont été consacrées par la nomenclature; l'uréthane, au point de vue chimique, est un carbamate d'éthyle; on le prépare en chauffant de l'urée avec un excès d'alcool. L'uréthane ne paraît offrir, jusqu'ici, aucune réaction caractéristique; il est donc impossible d'en faire la recherche dans les urines. M. Vigier propose deux formules pour l'emploi pharmaceutique de l'uréthane : 1° une solution aqueuse renfermant 50 centigrammes d'uréthane par cuillerée à café, soit 2 grammes par cuiller à bouche ; 2° une potion : uréthane, 4 grammes; sirop de menthe ou d'éther, 30 grammes; eau, 120 grammes.

— M. *Petit* fait connaître la fraude commise par les industriels américains qui ont fourni aux expérimentateurs, sous le nom d'*hopéine*, prétendu alcaloïde du houblon de l'Amérique centrale (!), de la morphine aromatisée au houblon. (Voy. la communication de M. Dujardin-Beaumetz à l'Académie de médecine dans le numéro du 29 janvier.)

— M. *Dujardin-Beaumetz* revient sur la question des *hypnotiques;* il croit nécessaire de définir avant tout les conditions que doit remplir un médicament pour être un hypnotique: au point de vue physiologique, il doit agir spécialement sur les éléments nerveux et diminuer l'activité de la circulation du cerveau et de la moelle. Peut-être sera-t-on tenté de lui opposer de suite l'action de l'opium qui active au contraire la circulation cérébrale : le fait est en lui-même parfaitement exact, mais aussi l'opium n'est pas un hypnotique. L'opium ne fait pas dormir; la célèbre « *virtus dormitiva* » n'existe que dans la comédie de Molière; l'opium est un analgésique qui prouve un état marqué de béatitude. Il faut, en effet, aujourd'hui, pour les besoins de l'étude physiologique des médicaments, diviser l'ancienne classe des médicaments calmants en quatre groupes: les hypnotiques, les analgésiques, les anesthésiques et les calmants; c'est dans le second groupe qu'il faut ranger l'opium. Les alcools et leurs dérivés, tels que la paraldéhyde et le chloral, sont des hypnotiques véritables, car ils anémient les centres nerveux. L'hypnone, en dépit des assertions contradictoires de MM. Mairet et Combemale, est également un hypnotique; en effet, d'après les résultats eux-mêmes des expériences de ces observateurs, l'hypnone diminue la circulation de l'axe cérébro-spinal par suite de son action sur les éléments nerveux : ce sont là précisément les caractères d'un bon hypnotique. M. Dujardin-Beaumetz ne fait d'ailleurs aucune difficulté de reconnaître que l'hypnone est un médicament infidèle, sans qu'il puisse indiquer les conditions de cette variabilité d'action. — Il n'a pas encore essayé l'uréthane, mais va commencer avec ce médicament une série de recherches.

M. *Huchard*, en terminant sa communication, a exprimé l'opinion que l'état de la circulation cérébrale ne doit pas être le seul guide dans l'indication des médicaments hypnotiques; ainsi, le bromure, par exemple, procure le sommeil aux anémiques qui offrent déjà cependant une diminution de la circulation cérébrale. Dans le sommeil physiologique, ce qui est primordial c'est l'état particulier de la cellule cé-

rébrale, encombrée de déchets, et qui a besoin d'un temps de repos; cet état retentit secondairement sur la circulation pour en diminuer l'activité, et par suite amène le sommeil. — Le sommeil de l'opium est, par contre, un sommeil pathologique qui s'accompagne de phénomènes congestifs cérébraux; l'opium n'est pas un hypnotique; c'est un tonique, un cordial, ainsi que l'a dit Sydenham. D'ailleurs, pour obtenir un sommeil profond, il n'est pas besoin de produire l'anémie cérébrale; il faut faire entrer en ligne de compte les susceptibilités individuelles et même la susceptibilité variable avec l'âge. On ne peut évidemment formuler des indications spéciales pour chaque médicament, il faut recourir à la médication hypnotique: ne réussit-on pas, chez certains vieillards affaiblis, à obtenir le sommeil en leur donnant du café?

M. *C. Paul* se déclare surpris d'entendre énoncer ainsi des affirmations sur l'état et les modifications des cellules cérébrales pendant le sommeil physiologique ou provoqué; il serait heureux d'apprendre comment on a pu recueillir ces notions si précises sur les phénomènes intimes de la vie cellulaire. D'ailleurs, il n'est pas moins étonné d'apprendre que l'opium ne fait pas dormir; il était convaincu, pour sa part, qu'à petite dose l'opium amène de l'excitation cérébrale, mais qu'à dose suffisante il procure le sommeil; il a vu bien des malades dormir avec l'opium.

M. *Huchard* déclare n'avoir jamais pu dormir avec 1 centigramme de morphine.

M. *C. Paul* s'explique fort bien qu'une dose aussi minime n'ait pu procurer le sommeil; mais ce n'est pas une raison pour que la morphine ne fasse pas dormir à plus haute dose. On a dit qu'on obtient le sommeil en supprimant la cause de l'insomnie; ce fait n'est pas toujours exact, car on supprime par exemple la toux chez les bronchitiques au moyen de 4 à 8 centigrammes de codéine, sans parvenir ainsi à les faire dormir.

M. *Féréol* se demande s'il n'est pas bien prématuré d'établir une division des hypnotiques en catégories, alors qu'on ne sait trop encore pourquoi et comment on dort. En pratique, il faut déterminer quel médicament hypnotique réussit le mieux à chaque individu, et il ne faut peut-être pas abandonner l'opium, qui fait dormir souvent, quoi qu'on en dise. Ne semble-t-il pas, au premier abord, lorsqu'on entend émettre l'opinion contraire et nier la « *virtus dormitiva* », que le mot de Molière: « Nous avons changé tout cela! » ait conservé tout son à-propos. Il est peut-être prudent de ne pas vouloir aller trop vite.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer qu'il n'a pas voulu dire que l'opium ne fait jamais dormir; il a simplement déclaré que ce médicament, qui active la circulation cérébrale, ne peut être maintenu dans le groupe des hypnotiques dont l'action caractéristique est d'amener l'anémie du cerveau; s'il fait dormir, c'est par un mécanisme différent.

M. *Féréol* admet fort bien que tous les hypnotiques n'agissent pas de la même manière: les uns déterminent le sommeil en anémiant le cerveau, d'autres arrivent au même résultat en congestionnant l'encéphale.

M. *C. Paul* rappelle que l'un des principaux phénomènes de l'intoxication par l'opium est un sommeil profond, ce qui démontre bien que l'action pathogénique de l'opium est somnifère. D'un autre côté, qu'au point de vue des indications thérapeutiques particulières de tel ou tel hypnotique, il soit utile de rechercher son mode intime d'action, il ne saurait y contredire; chacun des médicaments hypnotiques devra, évidemment, être employé dans certains cas de préférence à ses congénères.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que la difficulté dans l'appréciation du mode d'action des médicaments tient, en grande partie, à ce que les effets sont souvent absolument opposés suivant la dose employée: par exemple, une anémie cérébrale trop prononcée amène des phénomènes convulsifs; d'ailleurs, l'anémie d'un grand nombre de chlorotiques se traduit par une insomnie opiniâtre. Il en est de même des symptômes engendrés par une congestion encéphalique plus ou moins marquée. Aussi, est-il indispensable, dans les expériences que l'on entreprend, de distinguer avec soin l'action thérapeutique de la substance mise à l'étude, de son action toxique qui peut être complètement différente. La digitale, dont l'action thérapeutique régulatrice sur le cœur est incontestable, ne produit-elle pas, à dose toxique, les phénomènes de l'asystolie digitalique? Enfin, comme M. Féréol, M. Dujardin-Beaumetz admet que l'opium peut procurer le sommeil; mais ce résultat sera surtout obtenu chez les anémiques, parce que le médicament supprimera l'excès d'anémie cérébrale qui occasionnait l'insomnie.

M. *Cadet de Gassicourt* fait remarquer qu'en résumé tout le monde tombe d'accord pour admettre qu'il s'agit d'une question de susceptibilité individuelle et de dose, et qu'en définitive on fait dormir bien des malades avec l'opium.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

La syphilis cérébrale au point de vue de l'étude des localisations, par M. M. Rosenthal. — L'étude de la syphilis cérébrale est de nature à faciliter celle des localisations cérébrales, d'abord parce que les gommes ou syphilomes sont des tumeurs molles, d'ordinaire nettement délimitées, ensuite parce que l'endartérite oblitérante, lésion ordinaire de la syphilis cérébrale, détermine des foyers de ramollissement bien circonscrits.

On sait que l'excitation électrique des circonvolutions frontales, la dégénérescence ou les pertes de substance de ces circonvolutions ne déterminent aucun trouble moteur, que les tumeurs du lobe frontal ne produisent point de trouble de la motilité, ni de la sensibilité. Il en est de même des syphilomes, à moins qu'il n'y ait inflammation et épaississement des méninges dans le voisinage, auquel cas les branches du trijumeau peuvent être intéressées. M. Rosenthal a vu, dans un cas de syphilomes multiples des circonvolutions frontales antérieures, avec pachyméningite secondaire, survenir des troubles circonscrits de la sensibilité, névralgies avec points douloureux et hyperesthésie cutanée, dans la sphère du trijumeau, sans qu'il existât de trouble moteur. Dans d'autres cas que lui a communiqués Mracek, et dans lesquels on trouva, à l'autopsie, de la pachyméningite avec adhérence au lobe frontal, on ne constata pendant la vie que de la céphalalgie opiniâtre et de la névralgie sus-orbitaire. Les troubles sensitifs indiquent donc là une pachyméningite frontale.

La seconde observation de M. Rosenthal se rapporte à un cas de syphilis congénitale avec artérite oblitérante et ramollissement consécutif des circonvolutions centrales jusque dans le lobule quadrilatère (*præcuneus*); on constata pendant la vie de l'épilepsie (corticale) avec hémiplégie et hémianesthésie, et de l'aphasie intermittente, due probablement à une anémie temporaire de la région, par suite de l'altération vasculaire et du ramollissement progressif de la circonvolution de Broca. L'analyse d'autres cas non syphilitiques, dont l'un forme le sujet de sa troisième observation, a fait reconnaître à l'auteur que la destruction des circonvolutions centrales, c'est-à-dire des éléments sensitivo-moteurs qu'elles

renferment, se traduit d'abord par des hyperesthésies et des anesthésies partielles, par la destruction progressive des centres corticaux, par de l'anesthésie et par l'abolition des diverses modalités de la sensibilité suivant un certain ordre; il en résulte que ces centres renferment des conducteurs distincts pour les divers modes de sensibilité. La motilité, généralement plus profondément atteinte, présente en même temps des désordres de nature épileptiforme pouvant alterner avec d'autres troubles de la motilité et des troubles de la sensibilité, et qui font finalement place à des paralysies, à des monoplégies caractéristiques, souvent à des monoplégies associées. On peut en conclure que la substance grise des circonvolutions centrales et de la pariétale avoisinante renferme à la fois les centres de la sensibilité et de la motilité pour une même moitié du corps; la coïncidence des hémiplégies et des hémianesthésies force enfin à admettre que c'est dans ces mêmes circonvolutions que se fait la réunion des terminaisons motrices et sensitives des nerfs.

Passons aux ganglions dits cérébraux. On sait que les lésions du corps strié n'entraînent pas de dégénérescence secondaire de la moelle, à moins que la capsule interne n'y participe; que l'excitation électrique des mêmes corps striés (Franck et Pitres) n'influence pas la motilité, tandis que l'irritation de la capsule interne provoque des convulsions tétaniques violentes, ne présentant rien du caractère épileptiforme. Il n'y a donc pas à s'étonner que des foyers même étendus de ramollissement ou des tumeurs des corps striés ne se trahissent par aucun trouble de la motilité, et ne produisent que des symptômes d'hyperhémie cérébrale, avec insomnie, perte de l'intelligence, quelquefois de la manie. Tel est le fait consigné dans la quatrième observation de M. Rosenthal, celui d'un syphilome volumineux du noyau lenticulaire (partie extraventriculaire du corps strié) qui ne donna lieu qu'à une psychose sans symptômes du côté de la motilité.

La cinquième observation de M. Rosenthal se rapporte à un syphilome des corps opto-striés avec dégénérescence de l'oculo-moteur gauche et des vaisseaux de la base; il y avait de l'hémiplégie, de l'hémianesthésie, de la parésie faciale et des paralysies multiples des muscles de l'œil; c'est qu'ici, comme on a pu le constater à l'autopsie, il y avait compression de la capsule interne d'une part, lésions de la base du cerveau, du plancher du troisième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius, d'autre part.

La sixième observation, est relative à un cas de paralysie nucléaire des muscles de l'œil, avec symptômes d'encéphalite supérieure et inférieure, survenue à la suite des accidents secondaires d'une syphilis non soignée, la période secondaire; il y avait eu névronucléite des troisième et quatrième ventricules, suivie d'altération du trijumeau (anesthésie). Enfin, la septième observation ne concerne pas un syphilitique, mais un tabétique au début, qui présenta également des paralysies nucléaires des muscles de l'œil. Contrairement à l'opinion de Hutchinson, M. Rosenthal est porté à croire qu'il peut se développer des ophthalmoplégies externes chez des tabétiques même non syphilitiques. (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, Bd XXXVIII, H. 3, 1886.)

De l'emploi de l'iodol dans la pratique chirurgicale, par M. G. Mazzoni. — **L'iodol, un nouvel antiseptique**, par M. G.-B. Schmidt. — Comme on le sait, c'est M. Ciamician, assistant à l'Institut chimique de Rome, qui a découvert l'iodol. Ce corps se présente en poudre jaune ou jaune-brun, cristalline, presque inodore et complètement insipide, extrêmement peu soluble dans l'eau (1 : 5000), assez soluble dans l'alcool, l'éther et les huiles; on lui attribue une action semblable à celle de l'iodoforme. M. Mazzoni (de Rome) a employé l'iodol soit en poudre, soit en suspension dans la glycérine, soit enfin sous forme d'onguent à base de vaseline. Il s'est de plus servi d'une solution d'iodol dans la glycérine et l'alcool en injections. M. G.-B. Schmidt a fait usage des mêmes préparations, et en outre de la gaze à l'iodol.

Le résultat a été particulièrement favorable dans les affections vénériennes telles que chancres, bubons, adénites et périadénites. Des injections répétées avec 2, 4 à 6 grammes d'une solution de 1 d'iodol dans 16 d'alcool et 34 de glycérine, faites dans les abcès ganglionnaires, non encore ouverts, et après évacuation du pus par simple ponction, déterminèrent la guérison de ces abcès en fort peu de temps. De même pour d'anciennes fistules. Le résultat fut également favorable dans le pansement des ulcères atoniques et des plaies dont il provoque la granulation. L'iodol se montra impuissant contre les ulcères gangreneux. Quant au lupus et aux arthrites fongueuses, traités par les injections d'iodol, toute conclusion serait prématurée, le nombre des cas et la durée de l'amélioration obtenue étant insuffisants. Néanmoins l'iodol présente sur l'iodoforme l'avantage de ne pas incommoder les malades par son odeur, d'avoir une action moins irritante, quoiqu'il agisse également par mise en liberté d'une certaine quantité d'iode (sous l'influence de la chaleur du corps et des produits de fermentation des plaies), de ne point produire d'eschare et enfin de ne point provoquer de phénomènes d'intoxication. Malheureusement l'iodol ne saurait être l'idéal d'un antiseptique, à cause de sa très faible solubilité dans l'eau. Pour juger définitivement de sa valeur, il faut attendre de nouvelles expériences. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 43; 1886, n° 4.)

Paralysie du membre supérieur droit consécutive à une angine simple, par le docteur Prévost. — Il s'agit d'une monoplégie brachiale survenue chez un officier qui avait contracté, à la suite d'un refroidissement, une angine phlegmoneuse, terminée par la guérison au bout de dix jours sans accidents spéciaux.

La monoplégie brachiale survint presque aussitôt après la disparition des accidents angineux et s'accentua progressivement, restant limitée au membre supérieur gauche et atteignant à la fois la motilité et la sensibilité dans ses divers modes. Il ne se montra d'ailleurs aucun signe d'atrophie musculaire, ni phénomènes convulsifs, ni contractures : la réaction des muscles à l'électricité ne put être vérifiée, faute des appareils nécessaires à l'infirmerie du camp où se trouvait cet officier malade. Les limites de la paralysie étaient peu nettes à la partie supérieure du bras, au niveau du moignon de l'épaule. Enfin les accidents disparurent au bout de deux mois environ, sous l'influence de la noix vomique à dose progressive.

M. Prévost, en l'absence de toute diathèse, de tout accident antérieur, de toute lésion concomitante, croit pouvoir rattacher cette monoplégie brachiale aux paralysies signalées par Gubler comme consécutives aux angines simples et analogues à la paralysie diphthérique.

On pourrait peut-être se demander, en présence d'un certain nombre de lacunes dans les renseignements fournis par l'observation, s'il ne s'agissait pas d'une paralysie hystérique chez l'homme, ainsi qu'on en a rapporté dans ces derniers temps de nombreux exemples, qui ont avec ce fait clinique plus d'une ressemblance. (*Archives médicales belges*, 3e série, t. XXVIII, 5e fascicule, novembre 1885.)

BIBLIOGRAPHIE

Lehrbuch der allgemeinen und speiciellen pathologischen anatomie für ärzte und studireude (*Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale à l'usage des médecins et des étudiants*), par le docteur Ernest Ziegler, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à l'Université de Tübingen. Jena, chez G. Fischer, 1885. — 4e édition, revue et augmentée, avec planches.

Éléments de pathologie, par E. Rindfleisch, professeur à l'Université de Wurtzbourg. Traduit de l'allemand et annoté par le docteur Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, avec une préface du professeur Bernheim. Paris, J.-B. Baillière, 1886.

Les traités d'anatomie et de physiologie pathologiques ont toujours été très goûtés en Allemagne, et, il faut bien en convenir, celui de Förster et celui d'Uhle et Wagner ont été longtemps classiques, même en France, alors que le traité des processus morbides de M. Picot et le récent ouvrage de M. Hallopeau n'avaient pas encore paru, alors surtout que nous ne possédions pas les livres plus spéciaux dont s'est enrichie, dans ces dernières années, notre littérature médicale. Aujourd'hui nous pouvons retrouver dans des ouvrages français tout ce qui intéresse, aux divers points de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, un médecin soucieux de se tenir au courant du progrès des idées et des faits. Il n'en est pas moins vrai que les traités où se trouve condensé et exposé à un point de vue didactique ce que les Allemands aiment à confondre sous le nom d'anatomie pathologique générale et spéciale, se multiplient chez nos voisins et deviennent de plus en plus rares en France. L'explication de ce fait doit être cherchée dans les tendances actuelles des études classiques dans les deux pays. Nous aimons les faits précis, nous pensons qu'ils doivent précéder les doctrines; et, dans les cours officiels consacrés à l'étude de l'anatomie ou de la pathologie générale, nous voyons des maîtres éminents s'efforcer de faire progresser la science, en développant les questions qu'ils ont le mieux étudiées au lieu de chercher à résumer l'ensemble des idées de leurs devanciers ou de leurs contemporains. Les ouvrages qui reflètent leur enseignement sont donc des travaux originaux plutôt encore que des livres de vulgarisation. Ceux-ci n'en ont pas moins leur utilité et à ce point de vue nous devons une mention toute spéciale au traité de Ziegler.

Des deux volumes qu'il vient d'écrire, le premier est consacré à l'étude des grands processus morbides. Il définit ce qu'il faut entendre par maladie, étudie ses causes médiates et immédiates; puis, sous les dénominations de troubles par ralentissement de la nutrition et de troubles par exagération des processus nutritifs, il passe en revue les nécroses, les atrophies, les dégénérations graisseuses, amyloïdes, etc., d'une part, et d'autre part les hypertrophies, hyperplasies, etc. Vient ensuite l'étude des inflammations, des proliférations, des tumeurs. C'est, à notre avis, malgré la concision manifestement voulue de certains chapitres, l'une des parties les plus intéressantes et les mieux écrites de l'ouvrage. On remarquera en particulier ce qui a trait à la tuberculose et à la syphilis. Se séparant à ce dernier point de vue du plus grand nombre de ses compatriotes, qui admettent l'influence spécifique du bacille de Lustgarten, Ziegler reste dans une assez sage réserve, considérant la syphilis comme très probablement parasitaire, mais n'admettant pas encore que son bacille soit définitivement trouvé. On voit en lisant ces chapitres que l'œuvre de Ziegler est, elle aussi, une œuvre personnelle, digne par conséquent de l'attention des savants aussi bien que des étudiants.

Le chapitre le plus en vue de cette première partie, celui des parasites, est très étendu. Il comprend une série d'études un peu contestables peut-être sur les « schistomycètes ». Mais les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, qui connaissent le travail si remarquable, publié dans ce journal il y a deux ans (1884, p. 69 et suiv.), par notre regretté confrère, le docteur E. Fournier, sur les schizomycètes envisagés au point de vue médical, reconnaîtront tout l'intérêt que peut présenter, même dans un traité d'anatomie pathologique, une classification de ces organismes.

Le deuxième volume est consacré à l'étude des lésions des organes, appareils et systèmes. C'est là un véritable traité d'anatomie pathologique, éclairée de temps à autre par des considérations cliniques, destinées à mieux marquer l'intérêt et l'importance des sujets qui s'y trouvent étudiés. L'auteur a eu la bonne idée de faire précéder chacun de ses chapitres d'une introduction, que l'on pourrait appeler anatomo-clinique et qui permet d'apprécier par une vue d'ensemble les considérations anatomo-pathologiques, qu'il développe ensuite. On remarquera à ce point de vue l'introduction qui précède l'étude des maladies de l'appareil respiratoire et surtout celle qui a été écrite en tête du chapitre consacré aux maladies du système nerveux. On remarquera aussi, comme dans la plupart des traités allemands, le soin avec lequel les notes bibliographiques ont été écrites en tête de chacun des chapitres. En résumé, ce traité est riche de faits; il est écrit par un médecin, très au courant de tous les travaux d'anatomie pathologique les plus récents. Il sera utile à tous ceux qui voudront aborder l'étude de cette science si difficile à bien connaître parce qu'elle exige non seulement une érudition acquise par de longues lectures, mais encore des travaux personnels longuement et méthodiquement poursuivis.

Les éléments de pathologie de Rindfleicsh seront, nous sommes obligés de le dire, moins appréciés par les étudiants et les médecins français. Ce n'est pas que le livre en lui-même ne mérite l'estime de tous les savants. Le nom de son auteur et le succès de son traité d'histologie pathologique, suffisent pour affirmer qu'il ne peut être ici question d'une œuvre sans valeur. Mais, malgré les notes si intéressantes que le traducteur M. le docteur Schmitt a ajoutées à l'œuvre de Rindfleisch, malgré les éloges que lui donne le professeur Bernheim, nous craignons bien que l'on ne puisse toujours comprendre ces conceptions pathogéniques souvent discutables. Et cette opinion, nous la trouverons exprimée en excellents termes, dans la préface du livre lui-même. « La classification étiologique qu'entrevoit et que voudrait formuler l'éminent anatomo-pathologiste est-elle sanctionnée par la clinique? » se demande M. Bernheim, et il s'empresse d'ajouter qu'il ne le croit pas, que tout le livre de Rindfleisch n'est qu'une conception ingénieuse, qu'une vue philosophique de l'esprit. Et s'il conclut ainsi, c'est que notre confrère de Nancy croit à ce qu'il appelle l'individualité des terrains organiques, c'est-à-dire qu'à côté et je dirais volontiers au-dessus de la cause morbifique extérieure, de l'agent cosmique ou du microbe pathogène, il place le terrain organique qui peut être plus ou moins atteint, suivant son degré de résistance ou, ce qui revient au même, d'activité vitale. Un refroidissement peut produire une pneumonie, un rhumatisme ou une angine; un effort violent peut donner naissance à un emphysème pulmonaire ou à un anévrysme de l'aorte; une émotion morale peut déterminer de la fièvre, de la diarrhée, de l'ictère ou une syncope, et cela parce que chaque individu « a son point faible, sa diathèse, sa maladie de prédilection, que toute secousse, quelle qu'en soit la cause génératrice, peut mettre en éveil... Le terrain de la maladie, pas plus que la cause de la maladie, n'est un facteur constant. »

Nous nous associons à ces conclusions, et, sans nier ni l'intérêt, ni la valeur de ces éléments de pathologie; en reconnaissant bien au contraire que tous les médecins y trouveront maints chapitres intéressants et utiles à lire, nous avouons

que son plan général et les conséquences que l'on pourrait être tenté d'en déduire, nous paraissent tout au moins prématurés.

Il doit rester bien entendu toutefois que ces réserves ne sauraient nous empêcher de rendre pleine justice à l'autorité d'un maître en anatomie pathologique qui, par ses travaux personnels, a su prendre et garder en Allemagne une situation prééminente.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Avis. — Pour ce qui concerne la Faculté de médecine de Paris voir au verso de la couverture.

Concours de l'adjuvat et du prosectorat. — Les concours de l'adjuvat et du prosectorat s'ouvriront le lundi 8 mars 1886.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, à M. Guinier, chef de clinique obstétricale.

— M. Voulmier, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de physique.

Faculté de médecine de Lille. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lille s'ouvrira, le 2 août 1886, devant ladite Faculté.

École de médecine de Caen. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Caen s'ouvrira, le 5 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

— Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale s'ouvrira, le 22 novembre 1886, devant la même Faculté.

Hospices d'Amiens. — MM. Lenté, Sarrazin et Mercié ont été proclamés, après concours, internes desdits hospices.

Conseil général des Facultés. — Un décret du 28 décembre dernier ayant institué un conseil général des Facultés, les professeurs et agrégés en exercice ont été appelés, dans chacune des Facultés de médecine, à élire leurs délégués. A la Faculté de Paris, MM. Brouardel et Jaccoud ont été désignés pour ces fonctions. Le conseil général de l'Académie de Paris, qui s'est réuni hier 3 février, a désigné comme vice-président M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et comme secrétaire M. Lavisse, professeur adjoint à la Faculté des lettres. Deux sous-commissions ont été désignées pour étudier la question des bibliothèques universitaires et celle des cours libres. Le conseil se réunira le quatrième vendredi de chaque mois. — A Montpellier, MM. Moitessier et Grasset ont été désignés par la Faculté de médecine

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses le dimanche 7 février, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Association générale des médecins de France : Société centrale. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 7 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue.

Société médico-pratique. — Le deuxième lundi de janvier 1887, cette Société décernera un prix de 600 francs à l'auteur du meilleur travail sur un sujet de médecine, chirurgie ou obstétrique. Pour être admis au concours, les mémoires devront être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et une épigraphe reproduite en tête du manuscrit, et adressés *franco* au secrétaire général, docteur Cyr, 21, rue Cambacérès, avant le 1er novembre 1886.

Congrès des Sociétés savantes. — Le Congrès des délégués des Sociétés savantes se tiendra à la Sorbonne du 27 avril au 1er mai prochain.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera, en 1886, deux prix :

1° *Prix de la Société.* — « De l'épilepsie Jacksonienne. » Ce prix sera d'une valeur de 1000 francs.

2° *Prix Fauré.* — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné au meilleur mémoire sur la question suivante : « Exposer aux populations peu aisées ce qu'on entend scientifiquement par alcoolisme, et montrer les inconvénients graves qui résultent pour la santé, non seulement de l'ivrognerie, mais encore de l'usage quotidien et longuement prolongé des boissons alcooliques. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés francs de port, et sous les formes académiques, à M. le secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1886, limite de rigueur. Les membres associés résidents de la Société ne peuvent pas concourir.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 12 février). — *Ordre du jour :* M. Dieulafoy : Cancer de la plèvre; pleurésie hémorrhagique. — M. Du Castel : Traitement de la variole par la médication éthéréo-opiacée. — M. Dujardin-Beaumetz : Du pronostic dans le cancer de l'estomac.

Souscription publique pour élever un monument a la mémoire de Charles Robin. — Les amis et élèves de Charles Robin ont ouvert une souscription pour recueillir les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui sera élevé à sa mémoire.

Statue de Claude Bernard. — L'inauguration de la statue de l'illustre physiologiste Claude Bernard aura lieu au Collège de France le dimanche 7 février, à 10 heures précises.

Les souscripteurs sont invités à assister à cette cérémonie.

Choléra en Espagne. — Le choléra sévit de nouveau avec une très grande intensité en Espagne, dans la province de Cadix, à Tarifa et à Algésiras. Depuis deux mois il a déjà fait près de 300 victimes dans cette dernière ville. La maladie paraît avoir été importée de nouveau par Gibraltar.

Épidémie de fièvre typhoïde a Compiègne. — On a donné, dans divers journaux, les renseignements les plus inexacts au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Compiègne. Le nombre des malades atteints et surtout celui des morts ont été singulièrement exagérés. L'épidémie est aujourd'hui en voie de décroissance, et le médecin distingué qui se trouve chargé tout à la fois du service régimentaire et du service hospitalier n'a eu à proposer aucune mesure exceptionnelle.

Nécrologie. — Le journal d'Hyères nous apporte le récit des obsèques de M. J. Guérin, qui se sont faites à l'église Saint-Louis, le 28 janvier dernier. Au sortir de l'église, deux discours ont été prononcés : l'un par M. le docteur Chassinat, ami particulier du défunt; l'autre par M. le docteur Marquez.

Mortalité a Paris (4e semaine, du 24 au 30 janvier 1886). — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 5. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 10. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 35. — Phthisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 27. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 72. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 126. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 24; au sein et mixte, 16; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 140; de l'appareil circulatoire, 79; de l'appareil respiratoire, 98; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 16. — Total : 1172.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5005. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants,
par le docteur Achenne.

S'il est vrai, comme l'enseignent les auteurs les plus autorisés, West notamment, que les organes digestifs de l'enfant acquièrent l'aptitude à digérer les substances amylacées plusieurs mois seulement après la naissance; s'il est vrai que la salive si abondante qui s'écoule de la bouche du nourrisson en travail de dentition, est dépourvue de diastase et impropre, par conséquent, à modifier la fécule ou amidon, l'alimentation prématurée au moyen de bouillies, de panades, de soupes, etc., est condamnée scientifiquement, au nom de l'anatomie et de la physiologie.

Mais cette démonstration était vraiment superflue. La clinique ne l'a que trop souvent fournie aussi probante que peuvent la demander les plus sceptiques et les moins clairvoyants. Pour le médecin, la question est vidée et la discussion oiseuse.

Nous admettons tous, avec unanimité, comme premier principe d'alimentation dans la première enfance, que le lait seul doit constituer l'aliment exclusif jusqu'au sixième mois et quelquefois jusque vers la fin de la première année.

Mais quand vient l'époque de transition et de sevrage, où il convient d'adjoindre au lait ou de lui substituer des aliments solides, nous sommes partagés et indécis. En conséquence de cette incertitude, le médecin s'en remet à l'ordinaire, pour la deuxième alimentation, aux données de l'empirisme et, pour tout dire, aux soins des bonnes gens ou plutôt des bonnes femmes.

Est-il donc impossible d'établir des lois et des principes pour se conduire dans cette seconde phase de la vie végétative?

D'autre part, les physiologistes nous apprennent que le rapport des substances azotées aux matériaux hydrocarburés doit être, dans un aliment complet, de 1 des premières à 5 des seconds; et l'expérience montre que, si ce rapport s'élève et devient 1 à 8 ou même 1 à 6, ou s'abaisse et descend à 1 à 4, il survient des troubles de la nutrition et un état morbide apparaît.

D'autre part, si nous consultons le tableau d'analyse chimique qui nous donne la composition des principales graminées alimentaires, tel que Payen l'a dressé, nous y trouvons qu'une seule de ces semences remplit parfaitement les conditions exigées par les règles scientifiques et les données de l'expérience. C'est l'analyse de la farine d'avoine qui présente ce rapport reconnu nécessaire. En effet, sa composition élémentaire donne exactement 14,39 de matières azotées et 75,34 d'hydrocarbures pour 100. Ce n'est pas tout : dans ces 75,34 de substances carbonées, on distingue 9,25 parties de dextrine, c'est-à-dire d'amidon déjà modifié et presque assimilable, et 5,50 de matières grasses, proportion double de celle que fournissent les blés les plus nutritifs.

Ce dernier point n'est pas indifférent, puisque nous savons que l'enfant dépense, toutes proportions gardées, plus de chaleur que l'adulte, et que les corps gras sont les générateurs de calorique les plus puissants. Ici donc la substance calorigène se trouve condensée heureusement sous un petit volume.

Quant aux substances minérales, c'est-à-dire le phosphate de chaux et de magnésie, les sels de potasse et de soude, le fer et la silice, ils représentent 3,25 pour 100, coefficient le plus élevé de toute la série des céréales usitées.

Si donc on compare la farine d'avoine à celle des autres graminées, on voit, en résumé, qu'elle est caractérisée :

1° Par le rapport parfait qui s'y trouve entre les substances azotées et les composés ternaires;

2° Par le chiffre supérieur des substances minérales, éléments du squelette et du sang;

3° Par la forte proportion des matières grasses, moyen d'engraissement et combustible condensé.

C'est pourquoi, dit Payen, on s'explique que « l'avoine, débarrassée de ses écailles ou enveloppes, et réduite en gruau, soit employée avec succès dans l'alimentation des hommes en Irlande et en Écosse, et plus particulièrement introduite dans le régime alimentaire des enfants, sous forme de potages, en Angleterre ». Mais, ajoute le savant chimiste, « le gruau d'avoine est l'objet de véritables falsifications; sur trente échantillons pris dans différentes boutiques, seize se sont trouvés falsifiés ».

C'est en connaissance de ces rares propriétés, et pour sauvegarder la pureté de ce produit, que des chimistes français ont formé l'heureuse entreprise de spécialiser une farine de gruau d'avoine, préparée suivant les procédés perfectionnés que l'industrie possède aujourd'hui.

C'est là l'origine de la *farine Morton* au gruau d'avoine, recommandée par les sommités scientifiques et à laquelle un médecin renommé des hôpitaux d'enfants, le professeur Bouchut, a consacré un travail élogieux.

Si, comme j'ai essayé d'en donner la raison scientifique, la farine d'avoine mérite d'être adoptée comme second aliment dans le bas âge, c'est la *farine Morton* qu'il faut prescrire, pour offrir aux nourrissons toutes les garanties que nous avons le devoir d'exiger pour eux.

(*Gazette des hôpitaux.*)

THÉRAPEUTIQUE

De la digitale.

Dans un précédent article (voy. *Union médicale*, 30 mars 1884), nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la place importante qu'occupait la digitale dans la thérapeutique; nous avons démontré que, lorsqu'elle avait été obtenue dans des conditions normales, c'était un des médicaments les plus actifs et les plus sûrs tout à la fois.

Nous venons prouver aujourd'hui que le bon choix de ses préparations est la condition indispensable de la certitude de ses effets.

Une récente communication de M. le docteur Laborde à la Société de biologie sur la digitaline, nous donne des détails très intéressants sur la valeur de ce médicament d'après les expériences faites par MM. Laborde et Duquesnel.

Ces deux savants ont soumis aux épreuves suivantes deux échantillons de digitaline : l'un d'origine allemande, l'autre de fabrication française, d'aspect absolument semblable. Voici ce qu'ils ont observé :

La digitaline allemande, en présence d'une petite quantité d'acide chlorhydrique et sous l'influence d'une légère élévation de température, ne prend pas la coloration vert-émeraude caractéristique de la digitaline ordinaire; traitée par le chloroforme, elle laisse un résidu abondant, tandis que la digitaline française se dissout entièrement dans le chloroforme, sans résidu; enfin elle n'a qu'une légère amertume, tandis que la digitaline française est fortement amère.

Ces différences profondes, au point de vue chimique, faisaient présumer une différence corrélative dans l'activité physiologique, et l'expérience a démontré qu'il en était effectivement ainsi : Injectée aux pattes postérieures d'une grenouille, la digitaline produit l'arrêt définitif du cœur en systole forcée en moins de cinq minutes; la digitaline allemande, injectée dans les mêmes conditions, ne commence à agir qu'au bout de quatre heures, et n'amène l'arrêt définitif du cœur qu'au bout de douze heures.

Cette expérience, répétée sur des cobayes, a produit des résultats complètement identiques.

D'où il faut conclure que, si l'action de la digitaline allemande n'est pas absolument nulle, elle est inférieure à celle de la digitaline française, comme cinq minutes sont à douze heures.

Mais, s'il y a une différence aussi considérable entre les deux produits, eu égard à leur activité physiologique et partant à leur pureté de composition chimique, il y aura nécessairement une différence corrélative au point de vue des effets thérapeutiques.

Le mérite de la vraie digitaline, c'est d'agir régulièrement et énergiquement; elle ralentit immédiatement les battements du cœur, les régularise, et fait succéder l'amplitude et la fermeté à l'agitation désordonnée de ces battements. Elle doit n'être employée qu'avec prudence et à très petites doses en raison de l'énergie de ses effets.

Qu'obtiendra-t-on de la fausse digitaline? Des effets très lents et par suite une prolongation des souffrances, et de plus des effets incertains, car il n'est pas possible de doser avec certitude un médicament impur et dont la valeur réelle est problématique.

Après les expériences de MM. Laborde et Duquesnel, le médecin, ne pouvant pas toujours contrôler l'origine de la digitaline fournie à son malade, hésitera sur les doses à prescrire, puisque, suivant la qualité du médicament, ces doses pourront être ou trop fortes ou insuffisantes. Dans ces conditions, il ne devra prescrire la digitale que sous une forme ayant déjà fait ses preuves et non susceptible d'adultération.

Le sirop de digitale de Labélonye lui offrira toutes les garanties qu'il peut désirer. Ce produit, dont la réputation n'est plus à faire, lui donnera des résultats toujours constants parce que son dosage est toujours rigoureux; ce n'est jamais sans un succès immédiat qu'il emploiera cette préparation dans la plupart des affections du cœur.

(Extrait de l'*Union médicale*.)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

4958. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Les ptomaïnes et la théorie microbienne.

C'est avec une précision et une clarté vraiment scientifique que M. A. Gautier a répondu mardi dernier au discours de son collègue M. Peter. On lira plus loin (p. 112) le compte rendu de cette argumentation tout à la fois solide, parce qu'elle s'appuie sur des faits indéniables, et séduisante, parce que les conclusions qui en découlent tendent bien à établir, comme l'avait demandé M. Peter, une transition, entre la médecine traditionnelle et les recherches scientifiques les plus récentes. M. A. Gautier a démontré l'existence de matières vénéneuses incessamment fabriquées par l'organisme vivant. Il a fait remarquer que leur élimination imparfaite ou leur combustion incomplète pouvait donner naissance aux accidents les plus graves. Mais il s'est empressé d'affirmer que ses recherches ne contredisent en rien celles qui ont permis au plus illustre de nos biologistes, à M. Pasteur, de prouver que les maladies virulentes, dont il a lui-même isolé et cultivé le microbe — ce sont les seules dont il a parlé jusqu'à ce jour — étaient exclusivement dues à la reproduction, dans l'organisme, de cet agent infectieux et à l'empoisonnement septique, déterminé par la sécrétion de ptomaïnes qui, sans la présence d'un organisme parasitaire, ne se seraient jamais produites. N'est-ce pas démontrer qu'il ne faut pas considérer toutes les maladies comme se produisant sous les mêmes influences et qu'il convient, aujourd'hui, comme on l'a fait de tout temps, de les classer, au point de vue étiologique, en maladies d'origine microbienne ou spécifiques et en maladies non microbiennes ou, si l'on veut conserver ce mot, dues à la spontanéité morbide, c'est-à-dire à la réaction de l'organisme vivant contre des causes d'origine mécanique ou physico-chimiques ?

« La matière, avait écrit il y a bien longtemps Claude Bernard, n'engendre pas les phénomènes qu'elle manifeste ; « elle n'est que le *substratum* et ne fait absolument que donner aux phénomènes leurs conditions de manifestation, seul intermédiaire par lequel le physiologiste peut agir sur les phénomènes de la vie ». N'est-ce point dire aussi que le milieu organique offre aux agents extérieurs les conditions qui

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Les enquêtes sur les cas de morts accidentelles en Angleterre. — Fantaisies onomatologiques de certains coroners. — Une expertise comme il y en a peu. — Epilogue des scandales de la " Pall Mall Gazette ". — Un médecin dans l'affaire d'Élisa Armstrong. — Le cas du docteur Bradley. — Exemple de confraternité. — Anomalie dans la situation du service de santé militaire. — La main qui bénit ne doit pas frapper.

Le respect des Anglais pour la tradition est chose si connue qu'il serait superflu d'en parler ; on modifie les lois souvent avec plus de hardiesse que dans n'importe quel pays, en revanche on conserve pour les formes un respect qui tient du fétichisme ; il y a dans la justice, dans l'administration, des formules en vieux normand que personne ne comprend, les Français moins que tout le monde ; les juges portent la perruque à marteaux comme au dix-septième siècle. Les fonctionnaires chargés de l'instruction dans les affaires criminelles sont nommés à l'élection. Pourquoi ? personne ne le sait ; il y a probablement là-dessous quelque réminiscence archaïque. Au bon temps de Robin Hood, les rares chemins qui existaient dans les contrées du Nord n'étaient nullement sûrs pour les voyageurs normands. Les capitaines du Conquérant avaient le gantelet dur et le moindre attentat contre leurs compatriotes devenait le prétexte de châtiments dans lesquels on appliquait sans scrupule la loi de la responsabilité collective ; en revanche, le meurtre d'un indigène était chose si minime que les juges ne s'en occupaient pas. Les *outlaws* surent tirer parti de cet état de choses : tous les cadavres inconnus furent dépouillés et l'on eut soin de déclarer aux magistrats que l'individu mort tragiquement était de race anglaise : ce fut un moyen d'exercer des représailles sur les occupants sans rien verser au fisc royal ; c'était un mauvais moyen pour qui

rendent leur activité tantôt inoffensive, tantôt nuisible, mais qu'une incitation venue du dehors est toujours indispensable pour réaliser les actes morbides? Or ce qu'il s'agit aujourd'hui de bien déterminer, c'est la part qu'il convient d'attribuer aux germes toujours vivants, toujours agissants autour de nous, et au milieu de culture que notre organisme peut, à un certain moment, leur offrir comme terrain d'évolution. M. Peter avait cité comme exemple le typhus des armées, cette maladie de misère que de tout temps on a regardée comme pouvant être créée par la débilité organique que causent l'encombrement, la famine, le surmenage. Mais, tout en admettant l'importance de ces facteurs étiologiques, n'est-il pas aussi permis de soutenir que la dépression physique, causée par le surmenage ou la famine, ne fait que modifier nos humeurs, de façon à permettre aux microbes, qui vivent et se reproduisent dans le milieu qui nous entoure, de lutter avec avantage contre les agents qui, dans des conditions normales, s'opposent non à leur pénétration, mais à leur repullulation dans nos tissus? Et n'est-il pas démontré par l'étude des recrudescences épidémiques de toutes les maladies infectieuses qu'il est même des circonstances où ces agents infectieux peuvent acquérir, en dehors de l'organisme humain, une activité prépondérante et arriver dès lors à vaincre la résistance de nos milieux, à s'imposer en quelque sorte alors même que l'on n'a pu constater au préalable la prédisposition morbide créée par l'affaiblissement de l'activité vitale?

Dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, notre collaborateur, M. Héricourt, montrait bien toutes les conditions qui peuvent, dans des circonstances trop souvent méconnues, ouvrir la porte à ces divers agents infectieux. Dans une série d'articles récemment publiés dans la *Revue scientifique*, il avait déjà résumé, au point de vue de la pathologie générale, toute cette question si intéressante. Comparant, à un certain moment, la genèse des maladies à l'acte de la fécondation, il se demandait alors à quel élément il fallait attribuer le premier rôle : à l'ovule ou au spermatozoïde. Sans le spermatozoïde, en effet, l'ovule restera stérile, et sans l'ovule le spermatozoïde se perdra inutilement; puis il ajoutait : A lui seul l'organisme serait souvent incapable de réaliser la maladie, et dans le terrain sur lequel ils tombent les germes ne manifesteront jamais non plus cette phénoménalité qui est la maladie même. Dans les maladies spécifiques, dirons-nous à notre tour, il faut un germe d'origine extérieure, un agent infectieux qui crée la maladie. Ce germe, ou, pour parler le langage moderne, ce microbe qui vit en nous, qui peut sommeiller de longues années sans devenir nuisible acquiert à un moment donné, sous l'influence de conditions inhérentes à l'organisme sur lequel il évolue, une activité nocive, une puissance qui détermine la maladie. L'influence du terrain peut donc être, dans certains cas, prédominante; mais, dans d'autres circonstances, elle n'est et ne sera jamais que secondaire. Il n'en est pas moins démontré que toujours la découverte, l'isolement, la culture d'un germe morbide précise et éclaire la pathogénie en même temps qu'elle prépare, jusqu'à un certain point, la thérapeutique rationnelle de la maladie.

Souvent aussi, M. Gautier l'a dit et a eu soin de rappeler que M. Pasteur n'avait jamais affirmé le contraire, il est des maladies qui naissent en nous et par nous, sans l'intervention d'agents animés venus de l'extérieur, sans que la doctrine microbienne puisse en expliquer la genèse. Ce sont les maladies par ralentissement de la nutrition, ce sont les accidents dyscrasiques qui viennent en compliquer plusieurs autres, ce sont les affections du système nerveux, etc. Dans tous ces cas, il s'agit sinon de spontanéité morbide, du moins de réactions individuelles plus ou moins marquées, suivant l'aptitude morbide de chaque individu, mais ressortissant toujours à une cause d'excitation ou d'irritation pathologique, c'est-à-dire anormale, due à la perversion accidentelle du fonctionnement de nos organes.

Nous ne pouvons aujourd'hui qu'effleurer ce grave sujet. Nous aurons l'occasion d'y revenir si, comme nous l'espérons, la discussion se continue à l'Académie.

Le manque d'espace nous oblige à renvoyer au compte rendu (p. 112) l'analyse de la discussion à laquelle ont pris part MM. Le Fort, Trélat et Verneuil, ainsi que l'exposé des communications faites sur le choléra par M. Proust et, sur un travail de M. Martel, par M. Polaillon.

L. L.

---

avait affaire à des soudards dont la niaiserie sentimentale était loin d'être le défaut. Une ordonnance fut promulguée en vertu de laquelle les sénéchaux et baillis devraient désormais considérer comme Normand tout mort inconnu dont l'*anglaiserie* ne pourrait être prouvée; telle est peut-être l'origine des enquêtes du coroner pour les décès accidentels et la constitution du jury qui rend son verdict sur le cas. Le coroner est un fonctionnaire éligible, son influence personnelle fait plus pour sa nomination que ses connaissances techniques; les jurés sont, d'excellentes gens, justes, animés des meilleures intentions, mais sans notions de médecine légale. Il y a parfois dans l'enquête et l'énoncé du verdict de singulières choses : on recueille sur la voie publique le cadavre d'un inconnu, les agents de police appelés comme témoins ne pouvant donner de détails d'aucune sorte, déclarent que l'*haleine* du défunt sentait l'eau-de-vie : cette explication satisfait tout le monde et on libelle le verdict de la sorte : mort par visite de Dieu accélérée par ingestion abusive d'alcool; une autre enquête fit reconnaître comme cause du décès « la morsure d'un chat noir ». En Ecosse, un coroner se défiant de sa perspicacité eut recours aux lumières d'un jeune étudiant en médecine en villégiature dans le pays : on avait retiré de la rivière une masse informe près de laquelle on amena l'expert improvisé; il délivre cette attestation : cadavre de femme adulte morte par submersion. On enterra la défunte avec les cérémonies ordinaires, mais il courut de mauvais bruits dans la localité, on parla de crime, de disparition inexplicable; un magistrat plus zélé que le coroner voulut une enquête sérieuse; accompagné d'un médecin légiste, il procéda à l'exhumation. Après l'ouverture de la bière on se trouva en présence... d'un cadavre de terre-neuve en putréfaction. Les journaux médicaux qui relatent ces faits font tous remarquer que si la légitimité de la procédure est irréprochable, il serait bon cependant qu'elle fût conduite par des personnes ayant sur la médecine et la

Le décret du 28 décembre 1885 et les Facultés de médecine (1).

Le décret promulgué le 28 décembre dernier était d'autant plus inattendu que les idées qui ont présidé à sa rédaction n'avaient encore été discutées ni dans les Facultés, ni dans la presse. Comme il ne tend à rien moins qu'à modifier profondément l'organisation de nos Facultés de médecine, il me paraît utile de l'examiner dans son origine, dans ses effets immédiats et dans ses conséquences probables.

Il a son origine réelle dans le sein de la *Société pour l'étude des questions d'enseignement supérieur* et les idées qu'il représente y ont été discutées en 1884 et 1885 dans de nombreuses séances. J'ai pris part à cette discussion, avec le regret de me trouver le seul représentant de l'ordre de la médecine; regret d'autant plus vif que les principes que je défends depuis vingt ans et que j'y ai soutenus sont absolument le contre-pied de ceux que professaient la très grande majorité de mes collègues appartenant aux Facultés de droit, des lettres, des sciences.

Dès sa fondation en 1878, la Société s'est surtout occupée de l'organisation des Universités étrangères et ses publications sont, on peut le dire, remplies à cet égard des plus précieux documents. Il était impossible que l'idée ne vînt pas à quelques-uns d'appliquer à notre pays cette organisation universitaire qu'on avait admirée à Edimbourg, lors du centenaire, qu'on voyait fonctionner en Allemagne, hélas! à Strasbourg même. On voulut, sans tenir compte ni du siècle écoulé depuis 1789, ni des changements apportés dans nos mœurs, dans nos habitudes par la création de notre Université de France, ni de la transformation de notre organisme universitaire, revenir en arrière et importer dans notre pays le groupement des Facultés en Universités. Il est vrai qu'en même temps, par une singulière contradiction, on se refusait à donner à ces Universités mort-nées, ce qui peut-être les eût fait vivre, non pas même l'autonomie absolue d'Oxford et de Cambrige, mais la large liberté que les mœurs, à défaut des lois, ont donnée aux Universités allemandes.

Je ne veux pas examiner la question dans toute son étendue; je ne veux pas davantage étudier si le régime nouvellement et brusquement créé convient ou non aux Facultés de droit, des lettres et des sciences; je ne connais pas ces Facultés, j'ignore leurs besoins, leurs désirs; je suis médecin, rien que médecin; j'ai visité la plupart des Ecoles de médecine de l'Europe, j'ai étudié sur place leur organisation, leur fonctionnement; je n'ai pas cessé depuis vingt-deux ans de m'occuper de ces questions qui m'intéressent, j'oserai presque dire me passionnent, et je ne veux pas sortir de ce sujet que je crois connaître. On a voulu importer en France l'organisation étrangère; mais le décret, le rapport qui le précède prouvent que, *pour ce qui concerne la médecine*, le conseil supérieur de l'instruction publique ne connaît pas suffisamment cette organisation (1).

Je ne puis que répéter ici aux promoteurs du décret, ce que j'ai dit au début de notre longue discussion à mes collègues de la Société : Faites si vous voulez des Universités, vous avez peut-être raison, mais à une condition, c'est que vous laisserez en dehors et à part les Facultés de médecine, qui sont des Ecoles professionnelles, qui ont des besoins absolument différents des autres Facultés, et que vous donnerez au groupement des institutions médicales, d'ordre si divers, la plus large autonomie, combinée avec l'unité de direction. On peut faire partout, même dans des villes de peu d'importance, des Facultés des lettres et des sciences, il ne faut pour cela que des bâtiments, une bibliothèque et des laboratoires. On ne peut créer de Faculté de médecine que dans les grands centres industriels, là où il y a des hôpitaux et une population ouvrière, c'est-à-dire indigente, pour les remplir. Que serait la Faculté de médecine de Paris si elle n'avait pas, comme annexe, cette grande école des hôpitaux où nos élèves puisent le meilleur de leur éducation médicale? Sans doute nos agrégés participent aux examens ; mais ce n'est plus comme agrégés, c'est comme médecins et chirurgiens des hôpitaux qu'ils concourent si puissamment avec nos autres collègues à l'instruction clinique de nos élèves. Il y a en France cinq Facultés de médecine et je ne crois pas que notre pays en comporte davantage. Si vous voulez des Universités dignes de ce nom, c'est-à-dire renfermant toutes les

(1) Nous aurons, sans doute, l'occasion de revenir sur le sujet traité aujourd'hui par M. Léon Le Fort, à propos des appréciations diverses qui ont été émises à Montpellier, Lyon ou dans d'autres Facultés, sur le décret du 28 décembre 1885. On comprendra qu'une question qui intéresse à un si haut degré l'avenir de notre enseignement ne puisse manquer de soulever bien des controverses. (*N. de la Réd.*)

(1) Lorsque à la fin de l'Empire, je fus appelé, ainsi que mon collègue M. Jaccoud, devant la célèbre Commission, dite « de la liberté de l'enseignement », le président, M. Guizot, inaugura l'enquête en m'adressant cette question: « Veuillez nous dire comment fonctionnent en Allemagne les établissements libres d'enseignement supérieur. » Je n'oublierai jamais la physionomie stupéfaite du président et des membres de la Commission en entendant mon exposé débuter par ces mots: « Il n'existe pas en Allemagne d'établissements libres d'enseignement supérieur. »

---

jurisprudence des notions moins sommaires que la plupart des coroners.

Les scandales dévoilés par la *Pall Mall Gazette* ont eu des conséquences inattendues pour le corps médical. Le Collège royal des médecins de Londres a dû juger la conduite d'un de ses membres dans l'affaire d'Elisa Armstrong. C'était comme on sait une jeune fille appartenant à une famille peu estimable de Londres; son père et sa mère, francs ivrognes tous les deux, n'avaient ni délicatesse ni sens moral. Une des Sociétés de protection de l'enfance, si nombreuses dans le Royaume-Uni, résolut de voir jusqu'à quel point les faits révélés par la feuille politique étaient exacts. Elisa fut donc achetée, conduite dans une maison mal famée, endormie par le chloroforme. L'expérience était décisive et la démonstration de l'indignité des parents faite; on leur enleva l'enfant. Sans doute les intentions étaient excellentes, mais la législation anglaise ne permet pas le rapt même dans un but louable : il y eut procès et enquête; un médecin, M. Heywood Smith, avait pris une part active à toute cette affaire, il avait vu la fillette dans la maison suspecte, le chloroforme lui avait été administré en sa présence; cette conduite fut jugée sévèrement par la plupart de ses confrères; sa moralité ne prêtait à aucun soupçon, il avait voulu s'associer à une bonne action, c'était certain; il n'en est pas moins vrai que l'administration d'un anesthésique dangereux dans une expérimentation faite sur l'homme est une pratique que réprouve la déontologie. C'est ce que la plupart des journaux ont mis en évidence. « Vous déclarez, dit M. H. Smith dans une réponse à la *Lancet*, que l'emploi du chloroforme n'est justifiable que dans un but thérapeutique. Permettez-moi de vous dire que cette assertion n'est pas conforme à ce qui se passe dans la pratique. Supposons qu'un examen délicat fût nécessaire, l'anesthésie devenait chose légitime. Simpson lui-même l'admet : « Quand certaines explorations, dit-il, sont indispensables et que par pudeur

Facultés, il faudra réduire à cinq vos Facultés de droit, des lettres et des sciences, ce que vous ne pourrez faire; ou doubler, tripler le chiffre des Facultés de médecine, ce qui est impossible. Votre système sera donc toujours un système bâtard.

Qu'importe aux Facultés de médecine la proximité des cours de philosophie, de littérature grecque ou romaine, de calcul différentiel et intégral, de droit romain ou de procédure? Est-ce que nos élèves iront suivre ces cours quand ils ont à peine le temps avec les séances à l'hôpital, dans les laboratoires et les salles de dissection, de suivre les cours de médecine? Et puis, quel moment choisit-on pour enlever à nos Facultés de médecine ce qu'elles ont conservé d'autonomie, pour les fusionner avec celles de droit et des lettres dans une pseudo-Université? Celui précisément où, par la force même des choses, en Angleterre, en Allemagne, en Russie, les Ecoles de médecine deviennent de plus en plus indépendantes des vieilles Universités. Est-ce qu'en Angleterre, c'est à Oxford ou à Cambridge qu'on étudie la médecine? est-ce même à l'Université de Londres? Non! C'est dans les Ecoles libres et indépendantes annexées aux hôpitaux de *Guy's*, *Saint-Thomas*, *Bartholomew's*, *London Hospital*, *King's College*, etc.

Est-ce seulement dans les Universités qu'on prend le titre professionnel qui donne droit à la pratique? Pas davantage. C'est le plus souvent devant le *Royal College of Surgeons*, vieille corporation, illustrée par Hunter, A. Cooper, Paget, Lawrence, Fergusson, etc., qui n'a rien de commun avec l'Université; c'est devant le *Royal College of Physicians* qui n'en dépend pas davantage.

Quelle est la grande Ecole de médecine de Saint-Pétersbourg? L'Académie médico-chirurgicale, qui relève du ministère de la guerre.

En Allemagne, chaque Université a sa Faculté de médecine, mais elle en est si indépendante en fait, qu'après avoir fréquenté pendant des semaines l'*Allgemeine Krankenhaus*, j'avoue que j'ignore encore où est située l'Université ou la Faculté de médecine de Vienne. Si je connais dans tous ses détours la *Charité*, j'ignorerais encore où est placée l'Université de Berlin, si je n'avais pas tenu, lors de mon dernier voyage, à aller, sur l'invitation de M. J. Ferry, alors ministre, m'y enquérir de la manière dont se perçoivent les droits de présence aux cours de médecine. Ne sait-on pas que bon nombre d'Universités allemandes se personnifient dans une seule Faculté qui prime en importance toutes les autres et que, pour beaucoup d'entre elles, le fameux groupement universitaire n'a pu vivifier des Facultés qui n'avaient pas leur raison d'être? Qu'on lise le livre si instructif de Billroth: *Ueber das Lehren und Lernen an den Universitäten der Deutschen Nation*, et l'on verra qu'il y avait lors de sa publication 88 élèves en médecine à Erlangen; 84 à Heibelberg; 72 à Iéna; 70 à Innsbruck; 66 à Freiburg; 64 à Giessen; 55 à Kiel et 34 à Rostock! J'ai dit que, pour ce qui concerne la médecine, le lien universitaire se relâchait de plus en plus; une seule chose suffirait à le montrer. Jadis il fallait pour se présenter au *Staats Prüfung*, examen qui avec le titre de *Artz*, donne le droit à la pratique professionnelle, avoir le titre universitaire de docteur; depuis la loi du 21 juillet et l'ordonnance du 11 novembre 1869, ce titre a cessé d'être exigé pour se présenter à l'examen d'état; mais il faut produire un certificat d'assiduité pendant deux semestres dans les cliniques médicale et chirurgicale, c'est-à-dire à l'hôpital.

D'ailleurs, est-ce que l'Allemagne, avec ses mœurs, son organisation, est comparable à la France? Si les professeurs de clinique s'y livrent à la pratique professionnelle, il est d'habitude que les autres s'en abstiennent. Leur profession, c'est l'enseignement; leurs ressources, ils les trouvent dans la rétribution des élèves qui suivent leurs cours plus ou moins rémunérés, suivant qu'il est *publicum*, *privatum* ou *privatissimum*. Qu'importe que ces professeurs aillent d'une Faculté à l'autre? ne seront-ils pas, s'ils ont du talent, suivis par les élèves?

Est-il possible à un homme au courant de l'état des choses de croire qu'on peut créer, à coups de décrets, une pareille organisation en France? Est-ce qu'on peut songer à faire rétribuer par les élèves des professeurs qui sont en même temps examinateurs? Qu'on fasse passer d'une Faculté à l'autre un professeur de lettres ou de sciences, cela est possible; mais qui peut songer à faire voyager ainsi un professeur de médecine? Est-ce que pour quelques-unes de nos Facultés, pour Paris surtout, nous n'avons pas, à côté de la situation d'agrégé ou de professeur, notre situation de médecin ou de chirurgien d'hôpital, situation enviée, acquise par le concours. Est-ce que nous n'avons pas la nécessité de remplacer par l'exercice de la profession les ressources que la rétribution scolaire apporte à nos collègues allemands? Combien trouvera-t-on de professeurs de médecine consentant à passer de Lyon à Bordeaux, de Nancy à Montpellier ou inversement? Combien trouvera-t-on d'agrégés de Paris, médecins ou chirurgiens des hôpi-

---

les malades refusent de s'y soumettre, l'anesthésie qui permet de ménager leur susceptibilité n'est point à coup sûr une pratique à dédaigner en obstétrique. »... Vous dites dans votre article que j'ai fait donner le chloroforme par une personne inexpérimentée, ce n'est pas exact : mon aide était au contraire une garde-malade fort capable de l'administrer en ma présence. »

Cette défense n'a pas convaincu tout le monde; le journal dans lequel elle a paru la fait suivre de réflexions assez sévères.

« Nous n'avons rien à voir, dit-il, avec les motifs qui ont guidé le docteur Heywood Smith : une seule chose nous intéresse, le discrédit qu'il peut jeter sur la profession. Il ne pouvait à aucun point de vue considérer la jeune Armstrong comme une malade. Dans ces conditions, c'est une règle générale adoptée parmi les médecins, qu'il ne faut jamais administrer les anesthésiques. On s'en sert quelquefois pour le diagnostic, quand on veut reconnaître un calcul vésical, par exemple. Le diagnostic n'est-il donc pas une partie intégrante du traitement? N'est-ce pas lui qui dirige toute la thérapeutique? On a eu des morts par le chloroforme dès la première inhalation. M. Smith ne nous dit même pas s'il a examiné le cœur. Il ne saurait donc justifier sa conduite. » Le Collège royal des médecins est entré dans ces vues, et a infligé un blâme au médecin peu judicieux.

Le mot discrédit, employé dans la circonstance, n'est certainement pas trop fort : l'émotion causée par ces débats a mis le public en défiance, et depuis trois mois deux praticiens parfaitement honorables ont été l'objet d'accusations indignes : un chirurgien de Leeds, renvoyé des fins de la plainte, et le docteur Bradley, de Chesterfield. Celui-ci n'a pas eu le même bonheur : aux assises de Leicester du mois de novembre dernier, il a été condamné à deux ans de prison pour tentative de viol sur une malade (*an attempt to commit a criminal assault*). Cette sentence a excité une

taux, disposés à accepter en province, même une place de professeur titulaire? Quant à songer à faire, sous forme d'avancement, la mutation, par décret, de la province sur Paris, je ne crois pas qu'on puisse regarder comme possible une pareille hypothèse.

Ce que ne comportent ni nos mœurs, ni notre organisation, les inspirateurs du décret du 28 décembre cherchent à l'imposer; le conseil supérieur l'a discuté, accepté, j'ai le droit de l'en rendre responsable et j'en use. Pour arriver à réaliser cette utopie des Universités françaises, il a cru devoir créer un Conseil général des Facultés par Académie, un Conseil par chaque Faculté, une Assemblée par chaque Faculté; mais comme il conserve superposés, annexés, sus ou sous-jacents à tout cela : le Conseil supérieur, la Commission permanente, le Comité consultatif, c'est, on peut le voir, sous prétexte d'unification, un singulier chaos de six Assemblées délibérantes.

Chaque Académie a son *Conseil général des Facultés;* tel est du moins le titre officiel; mais les Facultés n'y figurent pas seules, il y a aussi les Ecoles de plein exercice et les Ecoles préparatoires de médecine. Cependant toutes n'en font pas partie, car elles n'y figurent « qu'à la condition qu'elles soient dans le département où siège l'Académie ». Voilà donc exclues du Conseil et privées de l'influence vivifiante que doit, d'après le rapport, exercer la concentration universitaire, les Ecoles d'Angers et de Tours au bénéfice de celle de Rennes; celle de Limoges, au bénéfice de celle de Poitiers; celle de Rouen, au bénéfice de celle de Caen. Pauvres Ecoles, qu'ont-elles fait pour mériter cette défaveur qui frappe Amiens lui-même?

Par quel mécanisme le Conseil général va-t-il opérer ce miracle de ranimer en France le zèle pour les études et relever leur niveau? Nous allons peut-être le savoir en connaissant ses fonctions. Quelles sont-elles?

« *Il veille à établir entre les différentes Facultés et Écoles la cordination nécessaire au bien des études et aux intérêts des étudiants* » (art. 8). Seule la Faculté des sciences a des liens communs avec la Faculté de médecine et il peut être utile de les rapprocher surtout dans les Facultés provinciales; mais quel bien cela fera-t-il aux études médicales et aux intérêts de nos élèves, que le cours de droit civil, de philosophie ou de littérature grecque existe ou non et qu'il ait lieu à telle ou telle heure?

« *Il vise les programmes des cours et conférences de chaque établissement et s'assure qu'ils contiennent les matières exigées pour les examens* » (art. 8). Je cherche inutilement quelle peut être, sur le programme d'un cours de pathologie ou d'anatomie, la compétence d'un professeur de droit, de grec, de latin ou de mathématiques et réciproquement, et en quoi il est profitable aux études et aux étudiants en médecine que ce professeur puisse modifier le programme d'un enseignement dont il ignore le premier mot, alors que ce programme a été adopté par la réunion de tous les professeurs de la Faculté de médecine.

« *Il est appelé à donner son avis, lorsqu'une chaire devient vacante, sur le maintien, la suppression, ou la modification de cette chaire* » (art. 9). Heureusement, l'article ajoute « *après avis de la Faculté ou Ecole intéressée* ». Mais alors! ce fameux Conseil ne sera plus qu'une chambre d'enregistrement; s'il en était autrement, si son avis était contraire à celui de la Faculté intéressée, et qu'il fût suivi, cela ne serait plus seulement illogique, ce serait purement et simplement de l'anarchie.

C'est aussi « après avis de la Faculté intéressée » que le Conseil autorise les cours libres. Nous pouvons faire ici la même observation.

De par l'article 7 « *le Conseil général propose au ministre les règlements de la bibliothèque universitaire et, s'il y a lieu, des différentes sections de la bibliothèque; les bibliothécaires sont nommés par le ministre.* » « *La bibliothèque*, dit le rapport, *est au premier chef un de ces services communs par lesquels doivent s'unir les Facultés d'un même centre.* » Ceci n'est plus seulement un coup sensible porté à l'autonomie des Facultés, c'est presque une atteinte à leur propriété.

Pour quiconque est au courant de ce qui se passe, il fallait chercher à resserrer les liens quelque peu relâchés du corps professoral constituant la Faculté; intéresser le plus possible les professeurs au fonctionnement de l'Ecole; le décret fait tout le contraire. Il dissocie le corps des professeurs formant le conseil de la Faculté en y introduisant, de par le titre III, un certain nombre d'agrégés pour constituer un nouveau rouage qui s'appellera l'*assemblée de la Faculté.* Les agrégés ainsi adjoints sont « *les agrégés chargés d'un cours rétribué sur les fonds du budget, soit de la direction des travaux pratiques* ». Cette assemblée a pour fonction principale « *de délibérer sur toutes les questions qui se rapportent à l'enseignement de la Faculté, notamment sur les programmes des cours* ». Je n'aperçois pas l'avantage qu'il peut y avoir à ce que le programme des cours des profes-

---

légitime émotion dans tout le corps médical anglais. Les magistrats semblent avoir montré dans la circonstance une malveillance peu déguisée pour l'inculpé. La plaignante était une épileptique sujette à des hallucinations, ses allégations n'étaient rendues probables ni par une expertise, ni par des témoignages probants. « Les épreuves de la vie professionnelle, dit le *Brit. med. Journal*, dans un article du 19 décembre 1885, sont rendues plus lourdes encore par le sentiment des dangers que de tels faits font peser sur l'esprit des gens les plus prudents et les plus honnêtes. Ce cas n'est pas le premier du genre : tout récemment un autre s'est présenté devant la cour criminelle d'Aldershot, et l'accusation a été victorieusement réfutée; mais le péril est toujours menaçant, l'attaque est insidieuse, les moyens de défense sont souvent imparfaits. Ce qui aggrave encore les choses, c'est que l'accusation ne résulte pas toujours de la méchanceté pure et simple, mais souvent d'une illusion. »

Dans cette affaire, les médecins anglais ont fait preuve d'un rare sentiment de justice et d'une confraternité touchante. Malgré la sentence, pas une voix ne s'est élevée contre M. Bradley, pas un journal n'a laissé un soupçon sur son honorabilité. On l'a condamné, soit, c'est une simple erreur juridique. Le 11 décembre dernier, tous ses confrères lui ont offert un banquet et une somme de 400 guinées résultant d'une souscription faite entre eux.

La situation des médecins militaires est probablement meilleure dans l'armée anglaise que dans la plupart des autres armées européennes; il existe cependant certaines anomalies injustes et inexplicables. Tout récemment, dans un engagement contre les Dakoits de Birmanie, un chirurgien-major, M. Heath, enlève entre ses bras un lieutenant qui venait d'être blessé et le porte à l'ambulance; pendant le trajet, il fut frappé lui-même d'une balle et succomba. Il est impossible de rêver mort plus glorieuse pour un médecin et un soldat, et pourtant les règlements militaires sont souverainement injustes pour les officiers de santé : ils établissent

seurs titulaires soit discuté par les agrégés. Est-ce pour fortifier l'autorité des professeurs qu'on neutralise leur vote par celui de quelques agrégés; qu'on s'expose à ce qu'une décision prise par le Conseil formé des professeurs titulaires soit, par un déplacement de majorité, repoussée par l'Assemblée des professeurs et des agrégés réunis? « *L'Assemblée nomme le doyen.* » C'est un pas dans la voie démocratique, resterait à savoir s'il est bon. Toutefois on pourrait le comprendre si la totalité des agrégés participait au vote; mais cela n'est pas puisque les agrégés chargés de cours et de la direction des travaux pratiques font *seuls* partie de l'Assemblée que les autres en sont exclus.

Le titre V traite des professeurs et de l'enseignement. Je me borne à examiner l'article 39, le plus important de tous.

« *Les professeurs titulaires âgés de soixante-dix ans peuvent être maintenus en exercice hors cadre, après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique.*

» *La chaire qu'ils occupaient peut être déclarée vacante après avis de la section permanente, qui apprécie les conséquences d'ordre scientifique qui peuvent résulter de cette mesure.* »

Ainsi, à soixante-dix ans, l'heure de la retraite sonne pour les professeurs; sonne-t-elle pour tous? non pas; on pourra garder les uns et renvoyer les autres. Qui fera ce choix, sera-ce le grand conseil des Facultés? certes non! ce sera la commission permanente. Pourquoi cette exception?

Si soixante-dix ans doivent être l'âge de la retraite, que ce soit pour tous. Une loi, quelque dure qu'elle soit, vaut mieux que l'arbitraire; que le ministre ait le droit et la responsabilité de la mise à la retraite, rien de mieux; mais du moment où il s'agit de demander un avis sur l'état physique ou intellectuel d'un professeur, il eut paru plus logique de le demander au conseil des Facultés de son Académie, là où on connaît, plutôt qu'à la Commission permanente composée de personnes qui peuvent n'avoir jamais vu le professeur sur le sort duquel elles doivent se prononcer.

Le décret a oublié d'établir la procédure à suivre en matière de mise hors cadre. Qui prendra l'initiative de la proposition? Sera-ce le professeur qui s'amoindrira en la demandant, même si on la lui accorde? Sera-ce la Faculté qui la demandera pour lui? L'initiative appartiendra-t-elle à la commission permanente ou seulement au ministre? Le décret est muet à cet égard.

Ce n'est pas tout. Voilà un professeur âgé de soixante-dix ans; il est mis hors cadre, il continue son enseignement, bien qu'on lui donne un successeur. Si c'est le professeur d'anatomie, de médecine opératoire, il y aura donc simultanément deux cours d'anatomie, de médecine opératoire? Cela est possible, et abondance de bien nuit rarement. Mais si c'est un professeur de clinique, est-ce qu'on suppose que l'Assistance publique enlèvera un service à un médecin ou à un chirurgien des hôpitaux pour mettre à la disposition de la Faculté un nouveau service de clinique? Croire cela, c'est se faire de singulières illusions. Que fera-t-on? On n'en sait rien, car le décret se borne à dire que la commission permanente (toujours elle!) *appréciera les conséquences scientifiques* de la mise hors cadre. Enfin. cet article se termine par une énigme impossible à deviner.

Les professeurs sont mis à la retraite à soixante-dix ans; « *cette disposition n'est applicable aux professeurs membres de l'Institut qu'à l'âge de soixante-quinze ans* ». Je supposais que si l'on met les professeurs à la retraite à soixante-dix ans, c'est parce qu'en général on a perdu à cet âge de ses forces physiques et quelquefois de sa vigueur intellectuelle. Certes, l'Institut est composé de l'élite de nos savants de tout ordre, d'hommes éminents à tous égards; mais en quoi, par quel mécanisme physiologique, la qualité de membre de l'Institut préserve-t-elle des rhumatismes, de la goutte, de la surdité, des maux et des infirmités que l'âge peut amener à sa suite? Les inspirateurs du décret auraient bien fait de nous le dire!

J'ai dit que, loin de rattacher les Facultés de médecine aux Facultés des lettres et de droit, il fallait les en séparer. J'ai dit que je professais depuis vingt ans des principes absolument opposés à ceux qui triomphent aujourd'hui. Je demande à les exposer brièvement, ce qui me permettra de montrer à quel point les inspirateurs du décret, qui croient imiter l'Allemagne, ignorent, pour ce qui concerne la médecine, ce qui se passe au delà du Rhin.

En France, l'enseignement et la pratique de la médecine sont répartis entre trois ministères différents. L'enseignement appartient au ministère de l'instruction publique, pourvu qu'il soit donné dans les Facultés et Ecoles et dans les services de clinique qui en dépendent; car, s'il est donné dans les services ordinaires des hôpitaux, il relève alors du ministre de l'intérieur qui a la direction des établissements hospitaliers. De telle sorte qu'aujourd'hui, pour pouvoir orga-

---

une distinction blessante entre les combattants et les non-combattants. Le journal rapportant le fait que nous venons de mentionner fait une supposition qui met leur contradiction en évidence : « Si, dit-il, les deux officiers avaient eu le bonheur de se remettre de leurs blessures, sans pouvoir pourtant reprendre leur service, on eût envoyé le lieutenant en demi-solde pendant un an; puis, au bout de ce temps, on l'eût mis à la retraite entière pour infirmités contractées au service. Et le médecin? Il eût été congédié sans plus de formes, sans indemnité, parce que la loi n'en accorde pas aux officiers non combattants. A-t-il donc déployé moins de bravoure, moins de dévouement que son camarade? »

La frayeur peut-elle diminuer la responsabilité en cas de délit? Il est peu probable que cette question ait jamais été posée. On s'en est occupé ces derniers temps à propos de la condamnation d'un clergyman pour voies de fait envers un constable; si la sentence était dure, il faut avouer que le procédé était peu sacerdotal; c'est pour cela qu'on en a cherché l'explication dans les circonstances particulières où s'était produit le délit.

L'ecclésiastique sortait tranquillement le matin, sa canne de promenade à la main, lorsqu'un agent de police, ayant quelque chose à lui dire, lui frappa sur l'épaule. « Imbécile, dit-il en se retournant, vous m'avez fait peur. » Et pour rendre son exclamation plus touchante, il l'accompagna d'un coup de canne paradoxal sur la face du policier trop brusque. Le pauvre diable en eut le nez aux trois quarts écrasé. C'était un effet de la frayeur, un mouvement involontaire comparable au réflexe rotulien. Le tribunal a jugé qu'il n'était pas permis d'avoir de pareils réflexes dans la rue, surtout quand on est à côté d'un policeman. Et il a imposé à l'ecclésiastique trop impressionnable une retraite forcée de sept jours, pendant laquelle il aura tout le loisir d'écrire une éloquente homélie sur ce thème célèbre, il y a vingt-cinq ans, chez nous : « La main qui bénit ne doit pas frapper. »

Dr L. Thomas.

niser l'enseignement pratique de la médecine, le stage hospitalier, la Faculté de Paris est impuissante, le ministère de l'instruction publique est impuissant et on en est réduit à réunir une commission mixte dont les membres, quoique tous médecins, quoique ayant à discuter une question d'enseignement médical public, sont désignés les uns par le ministère de l'instruction publique, les autres par le ministère de l'intérieur. Ils se mettront d'accord, s'ils le peuvent. Qu'il s'agisse d'une épidémie à combattre, d'une question d'hygiène publique à étudier, cette fois c'est le ministre du commerce que cela regarde. Cette singulière organisation stérilise les efforts en les disséminant, amène l'impuissance et arrête le progrès.

Au lieu de rapprocher l'enseignement de la médecine de celui des lettres et du droit, il fallait séparer cet enseignement si distinct de tous les autres et grouper autour de lui, réunis en un seul faisceau, toutes les institutions médicales aujourd'hui si éparses. Puisqu'on voulait imiter l'Allemagne, il fallait non pas imiter l'Allemagne du siècle dernier en lui empruntant quelques vieilles traditions qui, pour ce qui concerne la médecine, ne subsistent que par respect pour le passé, mais l'Allemagne moderne, celle des quarante dernières années qui ont métamorphosé dans leur organisation l'enseignement et la pratique de la médecine. Notre ministère de l'instruction publique ne saurait ignorer qu'il s'appellerait en Allemagne : ministère de l'instruction publique, des cultes et des affaires médicales (*Medicinal-Angelegenheiten*). Est-ce que le fait même de cette mention de la médecine dans le titre du ministère ne montre pas surabondamment qu'en Allemagne la médecine est distincte des sciences, des lettres et du droit? La médecine militaire relève naturellement du ministère de la guerre, et la médecine vétérinaire, qui doit s'occuper des épizooties, a été depuis l'ordonnance du 27 avril 1872 rattachée au ministère de l'agriculture. Mais depuis l'ordonnance royale du 22 juin 1849, tout ce qui concerne la médecine : enseignement, examen d'état, exercice professionnel, hygiène publique et privée, police médicale et sanitaire, haute direction des hôpitaux, tout est concentré dans une même direction au ministère de l'instruction publique. Comme le veut la logique, deux commissions consultatives fonctionnent parallèlement. L'une, *la Députation scientifique*, a pour sphère d'activité, l'organisation de l'enseignement, le fonctionnement des examens pour le titre professionnel de *Arzt* et pour le *Physikat*. L'autre a dans ses attributions tout ce qui concerne la médecine en tant que pratique, l'hygiène, la répartition des médecins dans les services publics, la haute direction sur les établissements hospitaliers officiels et privés, la statistique médicale, etc. Elle a pour représentant dans les provinces, le *Kreis-Physicus*, médecin d'un ordre élevé, ayant subi des examens spéciaux et qui a dans ses attributions tout ce qui concerne la médecine publique et la médecine légale.

Si l'on voulait emprunter quelque chose à l'Allemagne, voilà ce qu'il fallait lui prendre, parce que là est le progrès, parce qu'en modifiant cette belle et féconde organisation pour l'accorder avec nos mœurs et nos institutions, on eût mis l'ordre et la lumière dans la confusion au milieu de laquelle nous sommes plongés.

Léon Le Fort,

Un des vice-présidents de la Société d'enseignement supérieur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Contribution a l'étude de la pneumonie infectieuse. Le microcoque pneumonique et la pneumonie traumatique, par le docteur André Petit, chef de clinique de la Faculté.

I

Depuis que Jürgensen, le premier, a nettement formulé l'opinion d'après laquelle la pneumonie fibrineuse doit être classée parmi les maladies infectieuses, cette doctrine n'a cessé d'être à l'ordre du jour, aussi bien en France qu'à l'étranger. Les recherches cliniques et histologiques, les expériences de laboratoire sur les animaux se sont succédé sans interruption, et la littérature médicale possède déjà sur cette importante question, vieille à peine de quelques années, un dossier volumineux. Les travaux publiés sur la nature épidémique ou infectieuse de la pneumonie ont été, d'ailleurs, dans ces derniers temps, l'objet de revues critiques fort complètes, parmi lesquelles nous citerons en particulier celle de H. Barth, dans la *Revue des sciences médicales*, en octobre 1884, et celle de Dreyfus-Brisac, dans le n° du 22 février 1884, de la *Gazette hebdomadaire*; l'an dernier, enfin, le professeur G. Sée a examiné les pièces du procès dans son livre sur les *maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon*, et Bricon, dans le *Progrès médical* (n°s 8 et 9, 1885), a résumé l'état actuel de la question.

Aussi, notre intention n'est nullement d'entreprendre à notre tour un travail d'ensemble sur la matière, mais seulement d'apporter dans le débat un document nouveau, nous le pensons du moins, et de contribuer pour notre part à élucider une question de pathogénie qui reste, malgré tout, encore obscure et non résolue.

La découverte faite presque simultanément par Friedländer et par Talamon, d'un micro-organisme spécial à la pneumonie fibrineuse, semblait avoir dès le début terminé la discussion, le pneumococcus remplissant à l'égard de la pneumonie le rôle pathogène spécifique que remplit à l'égard de la tuberculose le bacille de Koch; mais on sait les réserves prudentes faites par les auteurs eux-mêmes dans leurs affirmations, et les doutes qui ont surgi depuis dans l'esprit de bien des expérimentateurs sur la spécificité absolue de ce micrococcus. Nous n'avons pas à rappeler que la démonstration rigoureuse de cette spécificité reste encore à établir, et que jusqu'ici deux grands arguments ont servi à ses adversaires pour la combattre : l'absence de caractères morphologiques ou de réactions colorantes spéciales, propres au seul pneumococcus, et d'autre part l'inconstance, la variabilité des résultats obtenus par sa culture et son inoculation aux animaux.

La capsule incolore enveloppant le pneumococcus, signalée par Günther dans les préparations obtenues avec le violet de gentiane, puis par Matray, et considérée tout d'abord comme caractéristique par ces auteurs et par Friedländer lui-même, ne peut conserver aujourd'hui une semblable valeur selon Frnäkel et Sergius Platonow. Ce dernier observateur a, en effet, signalé (*Deutsche med. Zeitung*, 19 février 1885) l'existence d'une capsule gélatineuse identique autour des organismes les plus divers, provenant pour la plupart des crachats, et l'on s'accorde même assez généralement aujourd'hui pour ne voir dans cette zone périphérique incolore qu'une apparence illusoire résultant du procédé de technique colorante et dépendant, sans doute, de la coagulation et de la rétraction du liquide exsudatif dans lequel se trouve le pneumococcus (Cornil et Babès, *Les bactéries*, 1885, p. 354).

Enfin, Platonow aurait rencontré un diplococcus elliptique, ne différant en rien, d'après lui, du pneumococcus de Fried

länder, dans plusieurs cas de dilatation bronchique, dans un cas de rétrécissement syphilitique des bronches, dans l'œdème pulmonaire, le coryza chronique, etc. La forme de clou affectée par la culture du pneumococcus sur la gélatine, et signalée par Friedländer, n'aurait pas une importance plus grande pour spécialiser le microbe pneumonique.

Quoi qu'il en soit de l'exactitude absolue de ces faits, ils établissent tout au moins que la constatation du pneumococcus est sujette à quelques causes d'erreur.

D'autre part, les inoculations de cultures pures aux animaux sont loin d'avoir fourni, même entre les mains de chaque observateur, des résultats toujours identiques : tantôt on a vu se développer la pneumonie fibrineuse type, tantôt on n'a déterminé aucune lésion, tantôt enfin des pleurésies, des péricardites, des péritonites ont accompagné la pneumonie ou se sont montrées isolées ; dans quelques cas (Talamon), les animaux sont morts sans offrir de lésions organiques, mais leur sang renfermait une grande quantité du coccus lancéolé. Nous ne voulons pas insister sur les diverses raisons que l'on pourrait sans doute invoquer pour rendre compte de ces résultats si dissemblables ; telle n'est point notre tâche et nous devons nous borner à signaler le fait.

La conséquence inévitable, on le conçoit, de cette inconstance dans les effetsde l'inoculation a été de faire rejeter par un grand nombre l'influence pathogénique du diplococcus de Friedländer ou de Talamon à l'égard de la pneumonie : c'est, a-t-on dit, un micrococcus banal, sans valeur définie, qui se rencontre dans les voies respiratoires au même titre que tant d'autres micro-organismes, parce que les bronches sont le *grand aboutissant* de tous les microbes répandus dans l'air atmosphérique. D'autres, plus éclectiques, ont conservé la conviction du rôle pathogénique que joue le pneumococcus, au moins dans certains cas, dans certaines formes de pneumonie (Leichenstern et Liebermeister), et ont incriminé, à juste raison peut-être, le procédé opératoire comme responsable de bien des insuccès expérimentaux ; d'autres, enfin, sont restés partisans déclarés de la spécificité absolue du micrococcus pneumonique.

Les théories, plus ou moins solidement étayées, n'ont pas fait défaut pour interpréter le mode intime de l'action pathogène du pneumococcus : production d'une fièvre infectieuse à détermination pulmonaire ; développement d'une affection locale, pneumonique, de nature infectieuse ; influence du terrain sur lequel la *graine* est venue germer (Afanassiew, *in* Cornil et Babès, *loc. cit.*, p. 354 et 356) ; nécessité d'un catarrhe antérieur, d'une congestion produite par le coup de froid ; rôle spécial, restreint, du pneumococcus, considéré comme agent fibrinogène « faisant une inflammation fibrineuse, comme le microbe pyogène de Pasteur fait une inflammation purulente ». Cette dernière hypothèse, émise par Talamon, permettrait, sans doute, d'expliquer les assertions de Leyden, qui incline à réunir dans un même groupe la pneumonie fibrineuse, la méningite exsudative et la méningite cérébro-spinale, tant à cause de la similitude des exsudats, que de la constatation faite par lui dans ces mêmes exsudats d'un micrococcus qu'il déclare identique.

Quoi qu'il en soit de toutes ces discussions, un fait paraît aujourd'hui se dégager nettement au milieu des multiples incertitudes dont s'accompagne encore la question de la pneumonie parasitaire, nous voulons parler de la présence *constante* du pneumococcus dans l'exsudat de la pneumonie fibrineuse aiguë (Cornil et Babès, *loc. cit.*, p. 355) ; c'est là, d'ailleurs, un fait dont la vérification est des plus faciles, et contre lequel ne s'élève aucune des observations histologiques pratiquées jusqu'à ce jour.

Ce premier point établi, il restait à rechercher si l'on rencontre le même micro-organisme, micrococcus pour les uns, bacille d'une espèce particulière pour les autres, dans les divers cas de broncho-pneumonie. Ici l'accord, sur la question de fait elle-même, ne nous semble pas moins complet, et nous trouvons les affirmations les plus concordantes émises par les auteurs, qui se sont efforcés d'élucider la question. En effet, en 1884, le professeur Cornil fit connaître à la Société anatomique le résultat de ses recherches relatives à la broncho-pneumonie pseudo-lobaire de la rougeole, ainsi qu'à la broncho-pneumonie des typhoïdiques : il avait nettement constaté, dans les deux cas, l'existence du pneumococcus ovoïde de Friedländer. Des conclusions analogues relatives à la broncho-pneumonie de la rougeole ont été formulées également par Giacomo Lombroso. Dans un travail publié récemment (*Arch. de physiol.*, 15 novembre 1885), le docteur Massalongo (de Vérone), dont les recherches ont été entreprises dans le laboratoire de M. Cornil, dit avoir constamment trouvé le pneumococcus typique « chez les enfants dans toutes les broncho-pneumonies secondaires de la scarlatine, de la rougeole ou de la diphthérie, dont il a pu faire l'examen ». Il a constaté le pneumococcus dans les coupes du tissu pulmonaire et dans l'exsudat broncho-pneumonique, et a décelé dans plusieurs cas l'existence de la capsule d'enveloppe du micrococcus, contrairement aux affirmations de Darier (*Sur la broncho-pneumonie dans la diphthérie*. Th. de Paris, 1885), qui ne l'aurait jamais rencontrée. Enfin, Massalongo a trouvé également le pneumococcus chez un vieillard ayant succombé à une broncho-pneumonie.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ces faits, qu'il nous suffira d'avoir signalés, pas plus que sur la coexistence avec le pneumococcus des bactéries diverses propres aux maladies infectieuses primitives au cours desquelles la broncho-pneumonie s'est développée, et sur les interprétations pathogéniques mises en avant pour expliquer le rôle réciproque de ces micro-organismes multiples ; nous avons hâte d'arriver au point spécial qui fait l'objet de cette note et nous ne voulons retenir de ces trop longs préliminaires que l'existence du pneumococcus dans tous les cas d'exsudat fibrineux pneumonique : exsudat abondant lobaire, typique, dans la pneumonie fibrineuse aiguë classique ; exsudat moins riche, réparti d'une façon différente, lobulaire, mais constant, dans les broncho-pneumonies.

Reste enfin une dernière classe de pneumonies dans lesquelles l'étude histologique, au point de vue spécial de la présence du pneumococcus de Friedländer, présente un intérêt tout particulier, puisqu'on peut, en quelque sorte, voir dans les faits de ce genre une véritable épreuve de contrôle : le pneumococcus existe-t-il dans les pneumonies expérimentales ?

Ici les documents sont particulièrement rares, car, en dehors du travail de Massalongo, dont nous avons déjà parlé plus haut (*Contribution à l'étude expérimentale de la pneumonie et de la broncho-pneumonie, loc. cit.*), nous ne trouvons qu'une courte allusion à ce point spécial, sous forme d'hypothèse vague, dans l'ouvrage de Cornil (*loc. cit.*, p. 369) : « Ajoutons, dit l'auteur, que d'autres pneumonies sont sans nul doute dues aux corps étrangers et aux traumatismes ; elles s'accompagnent vraisemblablement aussi de la production de micro-organismes variés. » La question du micro-organisme spécifique n'est même pas abordée dans la thèse de M. Proust, sur la *pneumonie traumatique* (Paris, 1884).

Sans doute Balogh dit avoir rencontré des micro-organismes dans les broncho-pneumonies expérimentales, mais l'absence de toute description précise de leurs caractères histologiques enlève à cette assertion la plus grande partie de sa valeur.

Quant à Massalongo, il est plus précis et plus affirmatif dans l'énoncé de son opinion sur la matière ; après avoir institué un certain nombre d'expériences sur les animaux et avoir déterminé chez eux des broncho-pneumonies expérimentales, il arrive à la conclusion suivante : « Notre série d'expériences dé-

montre la *non-existence du pneumococcus* de M. Friedländer et de M. Talamon dans toutes les broncho-pneumonies expérimentales. Même dans les cas où la lésion pulmonaire obtenue avait une véritable forme lobaire, on a constaté l'absence du pneumococcus dans les poumons examinés immédiatement après la mort, aussi bien que dans ceux qui ont été étudiés quelques heures plus tard » (*loc. cit.*, p. 551).

II

Ayant eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de M. le professeur Potain, dont nous avons l'honneur d'être le chef de clinique, un cas de pneumonie traumatique des plus nets, l'occasion nous a paru précieuse pour rechercher si, en pareille circonstance, on trouve dans l'exsudat pulmonaire, et dans l'expectoration du malade, le pneumococcus type de la pneumonie fibrineuse.

Voici, résumée aussi succinctement que possible, l'observation de notre malade: Le nommé Ma..., journalier, âgé de vingt-quatre ans, montait un seau d'eau au premier étage de l'usine dans laquelle il était alors employé, le dimanche matin 11 octobre 1885; tout à coup il glissa sur l'angle d'une marche et fit uue chute dans laquelle le côté droit du thorax vint heurter violemment contre le bord du seau qu'il tenait à la main. Lorsqu'il se fut relevé, il éprouvait une douleur assez violente dans la région du thorax, qui avait été le siège de la contusion; mais il n'avait alors aucun malaise, il était bien portant, avait travaillé tous les jours précédents comme à son ordinaire et, en particulier, n'avait aucun trouble des fonctions respiratoires, pas de toux, pas d'expectoration. D'ailleurs, il n'avait jamais eu d'affection broncho-pulmonaire, il n'était pas sujet à s'enrhumer, il ne présentait pas d'antécédent suspect au point de vue de la tuberculose, ainsi que nous pûmes nous en convaincre quelques jours plus tard.

Il garda la chambre dans la journée du 11 octobre à cause de la gêne très marquée que lui causait sa douleur thoracique, et fut pris, dans l'après-midi, quelques heures seulement après sa chute, de vomissements, accompagnés bientôt d'une gêne respiratoire manifeste et progressive; il eut un frisson assez violent, qui se répéta dans la soirée. En même temps, se montra une céphalalgie pénible, et apparut une toux peu fréquente, qui amena l'expectoration de quelques crachats mousseux sanguinolents.

La nuit suivante, le malade eut de l'insomnie et éprouva une sensation de chaleur fébrile très accusée. Dans la journée du lundi 12 octobre, il eut une épistaxis et un peu de diarrhée.

La souffrance thoracique persistant; le malaise général, l'anorexie, la soif augmentant les jours suivants; la toux, bien que peu fréquente et n'occasionnant, au dire du malade, qu'une très rare expectoration, restant pénible et douloureuse, Ma... se présenta à la consultation, à l'hôpital Necker, le jeudi matin 15 octobre. Il fut admis à l'hôpital et couché au lit n° 13 de la salle Saint-Luc.

Le 16 octobre, à la visite, le malade est oppressé, mais il se plaint peu de sa dyspnée et insiste surtout sur la douleur vive qu'il éprouve dans le côté droit du thorax. La toux est rare; l'expectoration nulle. La langue est large, humide, saburrale. Température, 39°,2; pouls, 120. A l'examen du thorax, on ne constate ni déformation, ni ecchymose au niveau du point où a porté la contusion, c'est-à-dire un peu en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate droite. La percussion ne révèle, en avant, qu'un peu de tympanisme sous la clavicule droite; en arrière, du même côté, matité incomplète dans le tiers moyen du thorax, s'étendant vers la partie latérale du tronc: à ce niveau, respiration faible sans souffle, râles crépitants fins, abondants. Dans les secousses de toux, et au moment de l'inspiration profonde qui leur succède, on entend un souffle tubaire et l'on perçoit la crépitation jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Rien d'anormal du côté gauche. Les autres organes paraissent sains.

Le diagnostic de pneumonie s'impose évidemment et l'origine de l'affection semble devoir être rattachée au traumatisme à la suite duquel les accidents se sont développés chez un homme robuste, jouissant à ce moment d'une santé parfaite. En conséquence, M. le professeur Potain admet l'existence d'une pneumonie traumatique et institue un traitement approprié : ipéca, ventouses scarifiées, etc.

Le lendemain, 17 octobre, la température axillaire est de 39°,8, le pouls bat 100 pulsations. Respiration faible dans toute l'étendue du côté droit. Matité offrant les mêmes limites que la veille. Souffle tubaire à partir de l'épine de l'omoplate; crépitation fine et sèche dans toute la fosse sous-épineuse; bronchophonie. Légère exagération des vibrations thoraciques dans la région correspondant à la zone de matité. L'expectoration est toujours nulle.

Désireux de rechercher si dans un cas de pneumonie traumatique aussi net, l'exsudat pulmonaire renferme les micro-organismes qui ont été signalés dans la pneumonie fibrineuse aiguë, en un mot, s'il renferme le pneumococcus capsulé ou non, M. Potain pratique avec la seringue de Pravaz une ponction au centre de la zone de matité afin d'extraire quelques gouttes du liquide composant l'exsudat intra-alvéolaire et de le soumettre à l'examen histologique. Cette ponction, faite avec toutes les précautions de l'antisepsie la plus rigoureuse, est à peine perçue par le malade et ne s'accompagne chez lui d'aucun phénomène particulier; mais elle ne fournit d'ailleurs qu'une très minime quantité d'un liquide séreux, opalescent, dans lequel l'examen histologique ne révéla que quelques cellules lymphatiques et quelques granulations albumineuses. Sans doute ce liquide provenait, en partie au moins, d'un léger exsudat pleural, et l'aiguille de la seringue de Pravaz n'était pas parvenue jusque dans le poumon; peut-être aussi était-il resté entre le piston de la seringue et le fond du corps de pompe quelques gouttelettes de la solution phéniquée forte dans laquelle toutes les parties de l'instrument avaient été plongées avant de procéder à la ponction.

Le soir, la température atteignit 40 degrés.

Le lendemain matin, 18 octobre (huitième jour de la maladie), le thermomètre marquait 39°,8, mais le pouls s'était élevé à 146 pulsations. L'oppression était plus grande, bien que le malade ne s'en plaignît pas, même lorsqu'on attirait son attention sur ce point. Les signes stéthoscopiques n'étaient pas modifiés; la crépitation était peut-être un peu moins fine et moins sèche. On prescrit de l'alcool. Température du soir, 39°,5. Le 19, température, 39°,2; pouls, 142; 44 respirations par minute. Crépitation humide, et souffle d'intensité médiocre avec prédominance à la partie externe de la zone de matité, qui s'est légèrement étendue dans tous les sens, et occupe presque toute la moitié inférieure de la région thoracique postérieure droite. Assourdissement des bruits du cœur.

On constata, ce même jour, deux phénomènes nouveaux sur lesquels nous devons insister plus particulièrement : le malade a expectoré deux ou trois crachats visqueux, brunâtres, peu aérés, adhérant fortement au fond du crachoir; d'autre part, les urines renferment de l'albumine en quantité très appréciable.

Les crachats furent confiés à M. le docteur Degenne, chef de laboratoire, pour procéder à l'examen histologique; il a bien voulu nous montrer les préparations qu'il a obtenues et nous a remis la note suivante : « Crachats visqueux, de couleur brun jaunâtre, présentant quelques stries sanguines et purulentes. Diverses parties de ces crachats ont été étalées sur des lamelles, desséchées légèrement à la lampe, puis colorées par le violet de gentiane. Les lamelles restèrent immergées pendant vingt-quatre heures dans le bain colorant, puis furent traitées par la méthode de Gram, décolorées par

l'alcool absolu et montées dans le baume du Canada. Ces préparations, examinées à l'aide de l'objectif à immersion homogène 1/12ᵉ de Verick, ont montré les détails suivants : outre les éléments constitutifs du crachat (cellules de pus, globules sanguins, tractus fibrineux, etc.); on constate la présence de nombreuses bactéries, les unes indifférentes au point de vue spécial de la recherche actuelle, les autres caractéristiques de la pneumonie. On voit d'abord une quantité considérable de micrococques assez petits, parfaitement arrondis, réunis en amas ou isolés : ces micrococques se rencontrent dans un grand nombre de crachats autres que ceux de la pneumonie et n'ont par conséquent ici aucune importance. Mais à côté d'eux on voit, en moins grand nombre, il est vrai, des micrococques plus volumineux, de forme ovoïde, tantôt isolés, le plus souvent réunis deux à deux; on note, en outre, tant autour des micrococques ovoïdes isolés qu'autour des diplocoques, la présence d'une capsule parfaitement nette. Quelques-uns de ces micrococques sont cependant dépourvus de capsule. « Ces bactéries ovoïdes, ajoute M. Degenne, nous ont paru suffisamment nettes pour que nous puissions dire que les crachats examinés sont dus à une pneumonie de même nature que la pneumonie lobaire commune. »

Nous ne voulons pas nous arrêter plus longtemps, pour le moment du moins, sur cette importante constatation du pneumococcus typique de Friedländer dans l'expectoration de notre malade, et nous avons hâte de terminer ce qui se rapporte à l'observation clinique.

(*A suivre*)

CORRESPONDANCE

Traitement des prostatites aiguës par les lavements d'eau très chaude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL RECLUS, RÉDACTEUR DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Mon cher confrère,

Vous avez publié, au commencement de l'année courante, un article sur le traitement des prostatites aiguës par les lavements d'eau très chaude. Votre travail contenait trois observations; je viens en ajouter une quatrième, qui me semble, comme les vôtres, démontrer l'efficacité de cette méthode si simple.

Un jeune homme de vingt-cinq ans me consulte, le 15 janvier 1885, pour une rétention d'urine complète depuis dix-huit heures. Elle a pour cause une blennorrhagie contractée un mois auparavant. Il accuse une douleur gravative avec irradiation vers la verge et surtout vers le rectum. Le ténesme est des plus pénibles, et le toucher permet de constater un gonflement énorme de la prostate.

Je prescrivis un bain à 36 degrés et l'application de huit sangsues au périnée; j'ajoute 60 centigrammes de sulfate de quinine et je fais des essais de cathétérisme, répétés infructueusement plus tard par mon confrère Musgrave-Eloy. A ce moment la rétention datait de trente heures, et la vessie remontait jusqu'à l'ombilic. Nous pratiquons la ponction hypogastrique, et nous laissons s'écouler 1300 grammes d'urine.

Une détente se produit, mais la rétention continue, et le lendemain de même que le surlendemain je dus pratiquer une nouvelle ponction. La prostate est toujours aussi grosse et les douleurs aussi vives. Je venais de lire votre travail sur l'emploi de l'eau chaude dans les prostatites aiguës, j'en tentai l'expérience. Je prescris un lavement d'eau très chaude qui détermine une selle abondante; le ténesme et la douleur s'apaisent.

Le lendemain, nouveaux lavements matin et soir; calme consécutif très net, et le toucher rectal révèle un certain degré de souplesse dans la prostate, beaucoup moins tendue que les jours précédents. Malheureusement la rétention est toujours complète, et les ponctions sont encore nécessaires pendant sept jours. A ce moment, après un lavement qui, comme toujours, provoqua chez le malade le plus grand bien-être, quelques gouttes d'urine sont rejetées spontanément.

Peu à peu la miction a fini par se rétablir; j'examine de nouveau la prostate, qui a diminué des trois quarts; elle est souple, sa forme est normale et ne tombe ni dans l'ampoule rectale, ni dans l'urèthre, puisque l'urine s'écoule facilement. Au bout d'un mois la guérison est complète. Nous avions échappé aux complications redoutables qu'aurait pu entraîner la suppuration, conjurée, je le crois, par les lavements d'eau très chaude.

Dʳ Aris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Nouvelle méthode directe pour l'étude de la chaleur animale. Note de M. *Desplats* — Ce sont les travaux récents de M. d'Arsonval et de M. Ch. Richet sur la chaleur animale qui ont suggéré à l'auteur l'idée d'entreprendre ses recherches. La méthode dont il s'est servi est celle du calorimètre à eau de M. Berthelot. Après avoir décrit les différentes parties de l'appareil, lequel ne peut être employé que pour de petits animaux, M. Desplats rend compte des nombreuses expériences qu'il a entreprises sur des rats, des cobayes et des moineaux, soit laissés à l'état normal, soit intoxiqués par l'oxyde de carbone et par l'alcool, et fait connaître les résultats obtenus :

1° A poids égal et par heure, les oiseaux dégagent trois fois plus de chaleur que les mammifères; 2° ils absorbent trois fois plus d'oxygène et dégagent trois fois plus d'acide carbonique; 3° l'intoxication par l'oxyde de carbone ou par l'alcool en injection sous-cutanée diminue sensiblement la production de chaleur, ainsi que la quantité d'acide carbonique exhalé et d'oxygène absorbé; 4° d'où il résulte que l'oxyde de carbone et l'alcool ne brûlent point dans l'organisme et ne contribuent pas à produire la chaleur animale.

Effets, au point de vue de la propagation de la tuberculose pulmonaire, de l'admission dans les hôpitaux généraux d'individus atteints de cette maladie. Note de M. *Leudet*. — M. Leudet a dépouillé les observations écrites de 16094 malades adultes des deux sexes, soignés dans une division médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, de 1854 à 1885, se divisant en 13466 admis une seule fois à l'hôpital, et 2628 admis de deux à vingt-neuf fois. Ce travail avait pour but de déterminer la fréquence du développement ultérieur de la tuberculose pulmonaire chez ces 2628 individus, ayant séjourné à diverses reprises dans un milieu où ils se trouvaient en contact avec les malades tuberculeux. Le milieu dans lequel ces individus ont séjourné était contaminé, car la proportion du nombre des malades atteints de tuberculose au total des individus admis, pendant trente et un ans, a été 2813 sur 16094 ou de 17 pour 100. En déduisant du chiffre de 2628, représentant la totalité des individus admis plusieurs fois, ceux qui sont entrés plusieurs fois pour la tuberculose, et ceux qui ont présenté, lors de leurs admissions successives, une seule et même maladie, on constate que 1208 individus sont entrés pour des affections diverses, et que de ces 1208 individus, 277 sont devenus tuberculeux, c'est-à-dire 22,9 pour 100. Par conséquent, la proportion des individus devenus tuberculeux après avoir présenté, lors des admissions successives, des maladies variées, ne dépasse que d'une proportion de 5,9 pour 100 la proportion du chiffre des admissions pour tuberculose, au nombre de la totalité des admissions. On en peut conclure que la propagation de la tuberculose pulmonaire par contagion, dans les hôpitaux, n'est pas démontrée, qu'elle est au moins restreinte.

Dans la seconde partie de cette étude, M. Leudet a recherché les conditions d'aptitude à la contagion, en divisant les états morbides suivant leur aptitude à la tuberculose.

Dans le premier groupe (maladies donnant une aptitude *extrême* à la tuberculose pulmonaire), la fréquence de la tuberculose pulmonaire consécutive est exprimée par les proportions suivantes : pleurésie, 73,7 pour 100; glycosurie, 66 pour 100; fièvre synoque, 23 pour 100.

Dans le deuxième groupe, celui des maladies donnant une aptitude *fâcheuse* à la tuberculose pulmonaire, on trouve : la syphilis tertiaire, 22 pour 100; la fièvre typhoïde, 22 pour 100; l'érysipèle, 17 pour 100; les maladies de la moelle épinière, 17 pour 100; la variole, 16,6 pour 100.

Dans le troisième groupe, celui des maladies donnant une aptitude *moyenne* à la tuberculose pulmonaire, sont : l'alcoolisme, 15 pour 100; le paludisme, 14 pour 100; la pneumonie, 13 pour 100; les maladies de l'utérus et annexes, 13 pour 100; les rhumatismes, 12 pour 100; l'hystérie, 9 pour 100.

Un quatrième groupe comprend les maladies présentant une aptitude *minime* à la tuberculose pulmonaire, ce sont : les maladies du tube digestif, 7 pour 100; les maladies des reins, 5 pour 100; la bronchite, l'emphysème pulmonaire, 4 pour 100; les maladies du cœur, 4 pour 100; les maladies du cerveau, 2 pour 100.

Académie de médecine.

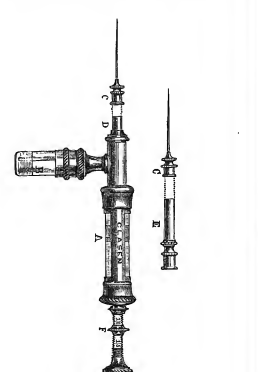
SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le ministre du commerce et de l'industrie transmet un Rapport lu par M. *Brouardel* au Comité consultatif d'hygiène publique de France et adopté par celui-ci sur des accidents graves survenus dans le département de l'Aveyron en 1885 à la suite de vaccinations pratiquées dans la commune d'Aspières. (*Commission de vaccine.*)

MM. les docteurs *Motet* et *Laugier* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

M. le docteur *Paulet*, médecin inspecteur de l'armée, demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (*Chirurgie*).

M. le docteur *de Welling* envoie le relevé des vaccinations qu'il a pratiquées en 1885, au siège de la Société protectrice de l'enfance à Rouen. (*Commission de vaccine.*)



M. le docteur *Gaudaubert* adresse un Mémoire sur la loi du 23 décembre 1874 et la mortalité des enfants du premier âge. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

MM. *Villain* et *Bascou* envoient leur *Manuel de l'inspection des viandes*, pour le concours du prix Vernois en 1886. (Inscrit sous le n° 4.)

MM. *Clasen, Cudardog* et *Cie* soumettent à l'Académie un nouveau modèle de *seringue à injections sous-cutanées*. Dans cet instrument le piston n'est plus en contact avec le liquide à injecter. Un petit réservoir B est destiné à recevoir le liquide à injecter. L'extrémité D de la seringue est, en outre, munie d'une rallonge mobile E, sur laquelle on fixe l'aiguille dans tous les cas où la manœuvre de l'opérateur pourrait être gênée par le réservoir.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Desplats* (de Lille), une brochure intitulée : *Utilité de la médication antipyrétique (kaïrine, thalline, antipyrine)* ; 2° de la part de M. le docteur *Jeannel* (de Toulouse), deux mémoires imprimés sur des sujets de *chirurgie;* 3° au nom de M. le docteur *Troquart* (de Bordeaux), une brochure sur *les tumeurs de l'urèthre chez la femme.*

M. *Le Roy de Méricourt* présente : 1° au nom de M. le docteur *Mahé*, un *Mémoire sur les épidémies de peste bubonique depuis trente années* (1855-1885); 2° de la part de M. le docteur *Mourson*, un mémoire imprimé, ayant pour titre : *De la fièvre typhoïde dans la marine et dans les pays chauds ;* 3° au nom de M. le docteur *Rouvier*, une brochure ayant pour titre : *Des injections intraveineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra.*

M. *Léon Colin* dépose un mémoire de M. le docteur *Ceschwind*, sur *la transmission, l'incubation et la prophylaxie de la rougeole.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Rochard* présente un *Rapport sur l'épidémie cholérique de la Guadeloupe en* 1885-1886, par M. le docteur *Walther.*

M. *Béclard* fait don de 350 volumes, plus de 1800 brochures et 60 volumes périodiques et dictionnaires de médecins. Parmi ces ouvrages se trouvent 115 Exposés de titres de candidats à l'Académie et à la Faculté.

A ce propos, l'Académie, sur la proposition de M. le Président, émet le vœu que les candidats déposent désormais, à destination de la bibliothèque, au moins un exemplaire de l'Exposé de leurs titres et travaux scientifiques.

Raccourcissement méthodique des os des membres. — M. *Polaillon* lit un rapport de M. le docteur *Martel* (de Saint-Malo) concernant le raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles. Il s'agit de l'observation d'un cas de fracture des deux os de la jambe droite avec large plaie contuse des parties molles, produite chez un charretier, âgé de trente-deux ans, par le passage d'une roue de tombereau. Deux mois environ après l'accident, les bords de la plaie étaient largement échancrés par l'élimination des eschares et laissaient voir les fragments osseux, en partie recouverts de bourgeons charnus et en partie dénudés. Il était évident que la plaie était trop étendue pour que la cicatrisation fût possible, même après l'élimination ou la résection des parties nécrosées. Il y a un an, M. Martel réséqua le fragment supérieur et le fragment inférieur du tibia sur une longueur de 75 millimètres, en ayant soin de donner à la section osseuse une direction oblique en bas et en dedans; puis il réséqua le péroné dans une égale étendue. Les deux sections obliques du tibia ayant été mises en contact par le tassement des parties molles, furent ensuite suturées avec un gros fil d'argent; lavage minutieux de la plaie avec de l'eau phéniquée, drainage et pansement avec de la charpie phéniquée, immobilisation du membre dans une gouttière de gutta-percha. Au bout d'un mois toute la plaie était comblée par des bourgeons charnus de bonne nature; le fil de la suture osseuse fut alors enlevé; au bout de trois mois la consolidation était obtenue. Mais, après guérison, et malgré la forme normale du membre, la jambe se présentait avec un raccourcissement de 7 à 8 centimètres. La cicatrice, très régulière, avait environ 15 centimètres de longueur; linéaire dans sa plus grande étendue, elle présentait à sa partie moyenne un élargissement avec adhérence au squelette; celui-ci ne faisait aucune saillie. Le pied avait repris progressivement sa mobilité et supportait sans douleur le poids du corps. La marche s'exécutait sans canne et sans soutien, grâce à une épaisse semelle de liège placée dans la chaussure.

La résection pratiquée par M. Martel diffère de toutes les résections précédentes et même de toutes les résections connues, par son but, sinon par son manuel opératoire.

Enlever un segment du squelette d'un membre pour éviter l'amputation dans les cas où la destruction des parties molles ne permet pas d'espérer la guérison, est une idée nouvelle, et le succès de l'opération prouve que cette idée est réalisable et recule encore les limites de la chirurgie conservatrice.

Choléra en Bretagne. — Depuis le milieu de septembre 1884 règne dans le département du Finistère une épidémie de choléra qui paraît aujourd'hui terminée. M. *Proust*, accompagné de M. le docteur *Charrin*, vient d'être envoyé en mission pour étudier cette épidémie et proposer les mesures propres à en empêcher le renouvellement.

Le choléra est apparu à Concarneau le 18 septembre ; il paraît y avoir été importé par des pêcheurs de thon venant d'Espagne ; au 2 février il y avait causé 35 décès sur une population de 5191 habitants. Puis il se montra le 1er octobre au Guilvinec, où il fit jusqu'au 24 décembre 71 victimes sur 1968 habitants; à Audierne, du 25 octobre au 15 janvier, on compta 144 décès sur 1700 habitants : à Kerhuon, du 27 octobre au 30 novembre, 15 décès sur 1242 habitants; à Brest, du 3 novembre au 1er février, 39 décès; à Douarnenez, du 13 novembre au 6 février, 65 décès sur 9809 habitants; à Quimper, du 27 novembre au 30 janvier, 35 décès sur 15000 habitants, et dans l'île de Sein, du 4 décembre au 24 janvier, 24 décès sur une population de 792 personnes.— La maladie a été successivement importée dans toutes ces localités,sans qu'il y ait eu la moindre constitution médicale dite prémonitoire; en général, elle a surtout sévi parmi les classes les plus misérables de la population et dans des maisons des plus insalubres, se localisant dans certains quartiers et présentant le caractère des épidémies de maisons. Les personnes frappées appartenaient presque toutes à la classe pauvre, un grand nombre étaient des alcooliques; les corps de troupes out été épargnés, en raison de la surveillance spéciale à laquelle ils avaient été soumis et des mesures d'hygiène disciplinairement exécutées. Quant à l'influence de l'eau, elle a joué un rôle évident dans la propagation de la maladie au Guilvinec; cette action paraît probable à Quimper et pour un quartier de Douarnenez; elle a été nulle à Audierne et surtout à Concarneau. Le sol d'ailleurs présente en général, dans ces pays, une perméabilité très grande sur une faible profondeur avec un support imperméable et les conditions d'écoulement à sa surface sont des plus mauvaises. De plus, il n'y a presque jamais de cabinets d'aisances dans les maisons; on trouve, dans quelques-unes d'entre elles, des sortes de tinettes appelées *bailles*, qui ne sont pas couvertes le plus ordinairement, ou munies d'une occlusion imparfaite; habituellement les matières sont projetées sur le sol devant les maisons et vont infecter la nappe souterraine.

Comme dans la plupart des épidémies cholériques, ce sont les villes et les villages offrant les conditions hygiéniques les plus déplorables qui ont été les plus frappés par l'épidémie : au Guilvinec, où ces conditions sont plus particulièrement défavorables, le choléra a sévi, à diverses reprises, avec intensité, tandis qu'il a toujours épargné Le Chiagat, village situé en face, dont les conditions sont bien supérieures, tant pour le sol que pour l'alimentation en eau potable. Un certain nombre de mesures ont été prises pour combattre l'épidémie; on a cherché partout à désinfecter les matières ; mais l'isolement, à part ce qui a été fait à Quimper, n'a été pratiqué nulle part, et, sauf à Douarnenez, les tentatives de désinfection des chambres ont été nulles ou très imparfaites. M. Proust estime qu'il est nécessaire de prescrire immédiatement l'isolement et la désinfection des locaux contaminés, puis d'exiger une surveillance rigoureuse au moment de l'encombrement qui aura lieu à Audierne et au Guilvinec à l'époque de la pêche. Des mesures ultérieures viseraient plus spécialement l'usage d'eau pure, la supression des puits, l'entretien des rues et la création de fosses d'aisances.

Ptomaïnes, leucomaïnes et microbes. — Reprenant la discussion soulevée dans la dernière séance (voy. p. 94), M. *Armand Gautier* est d'accord avec M. Peter pour admettre que l'organisme animal fabrique incessamment des matières vénéneuses et que leur imparfaite élimination, aussi bien que leur destruction incomplète par l'oxygène du sang, est la cause de cette auto-infection ou auto-typhisation qui, le plus souvent, débute sur un point de l'organisme pour se généraliser ensuite, grâce à l'action du poison sur les centres nerveux. Mais il ne pense pas que l'on puisse déduire de ses propres recherches la conséquence de la *spontanéité* de la maladie dans le très grand nombre de cas où nous la voyons se transmettre par contagion, directe ou indirecte, de l'organisme malade à l'organisme sain en plein fonctionnement physiologique normal; encore moins admettra-t-on cette spontanéité dans le cas où il est bien certain que le contage est un de ces ferments cellulaires dont nous connaissons aujourd'hui, grâce aux beaux travaux de M. Pasteur, la constitution, l'organisation et l'évolution, ferment par lequel apparaît, et sans lequel ne se produit pas la maladie spécifique. L'organisme ne crée pas spontanément le charbon infectieux, le choléra des poules, le rouget, la lèpre, etc.; la variole, la scarlatine et les diverses fièvres éruptives ne sont pas créées spontanément dans l'économie, sans qu'il s'y introduise un agent virulent, spécifique, et, par conséquent, organisé, quoique dans ces cas cet agent n'ait pas été généralement isolé. Que ce soit une cellule ou un protoplasme organisé, peu importe, car la forme cellulaire n'est pas nécessairement liée à l'organisation. La syphilis ne peut résulter d'une transformation morbide spontanée de nos cellules, en dehors de tout contac d'un organisme étranger *spécifiquement modifié*.

Il importe de distinguer les ptomaïnes des leucomaïnes; celles-ci sont produites par nos cellules normales, *en pleine santé*, comme sont produits l'urée et l'acide carbonique, tandis que, si les ptomaïnes ou bases putréfactives sont aussi fabriquées par des cellules, celles-ci dans ce cas sont étrangères à l'organisme. Pas de ptomaïnes sans cellules, par conséquent, pas d'empoisonnement possible par ces ptomaïnes, qui n'ait comme origine et agent incessamment producteur un microbe, généralement anaérobie, cause première de l'infection. Sans doute on peut passer par une pente insensible des phénomènes du botulisme à ceux du choléra indien; mais, puisque dans les deux cas il y a eu production de matière infectante qui ne saurait provenir ni de la destruction spontanée des albuminoïdes, ni du dédoublement de ces substances altérables par un ferment soluble ou diastase qui n'existe pas, il faut qu'il y ait comme agent spécifique une cellule, un microbe infectieux.

Assurément il existe un grand nombre de maladies dont la cause est en nous-mêmes et il serait absurde et dangereux de croire qu'il faut toujours admettre l'introduction des microbes dans l'économie animale lorsqu'éclate la maladie; M. Pasteur n'a jamais tiré cette conséquence de ses recherches. La goutte, l'arthritisme et ses nombreuses manifestations, le rhumatisme aigu et l'ensemble des dyscrasies acides, l'anémie avec ses accidents si variés, le diabète et les autres maladies résultant d'oxydations incomplètes, la fièvre de famine et les autres maladies par ralentissement de la nutrition, la pneumonie et la pleurésie franches, la fièvre traumatique avec plaies contuses sans déchirures des enveloppes extérieures, le clou de rue, enfin toutes les maladies si nombreuses qui résultent d'une atteinte au système nerveux et qui, par son intermédiaire, frappent la sensibilité, la motilité, la nutrition, l'intelligence, sont des maladies, fébriles ou non, dont les causes premières sont en nous.

M. Gautier ajoute qu'il a passé près de dix années à s'a-

percevoir que ces cellules pathogéniques, que M. Pasteur nous a appris à connaître, à différencier et à cultiver : virus, contages, ferments figurés ou microbes, sont, relativement à elles, comme des cellules normales constituées et vivant physiologiquement, et qu'il était, par conséquent, logique de rechercher si ces cellules de nos tissus produiraient, comme le font les bactéries et les vibrions, des alcaloïdes vénéneux, même en présence de l'oxygène qui semble les baigner abondamment. On n'avait pas jusqu'ici démontré que les grands animaux fabriquassent normalement des *alcaloïdes* véritables, encore moins qu'une partie de nos tissus pût vivre en dehors de l'influence de l'oxygène de l'air. Nous vivons en partie anaérobiquement, c'est-à-dire putréfactivement, le calcul de l'oxygène total consommé et rejeté dans nos excrétions en permet la démonstration expérimentale fondée sur la production incessante de ces alcaloïdes vénéneux physiologiques auxquels il a donné le nom de *leucomaïne*.

La vieille médecine traditionnelle, suivant les expressions de M. Peter, avait déduit de l'observation pure des maladies la conséquence qu'il existe en nous des causes perpétuelles d'infection, d'auto-typhisation, que la maladie n'est généralement qu'un empoisonnement, dont l'origine est l'être vivant lui-même et que l'altération chimique des phénomènes de nutrition, de désassimilation, d'oxydation, d'excrétion, suffit à expliquer dans bien des cas l'établissement de l'état morbide. La découverte de M. Gautier aura donné à son tour, à ces anciennes conceptions, un nouveau et solide point d'appui.

M. *Léon Le Fort* ne pense pas, comme M. Peter, que la découverte, par M. Gautier, des leucomaïnes oxydables et azotées nous soustrairait à ce qu'on a appelé la tyrannie des microbes ; il estime, pour son compte, qu'elle montre combien la doctrine microbienne a nié à tort la genèse primitive. En réalité, il peut naître primitivement dans l'organisme une complication chirurgicale, qui fait naître à son tour un principe morbide transmissible ; cette théorie, que M. Le Fort soutient depuis 1865, en s'appuyant sur des arguments tirés de la clinique, trouve sa confirmation dans la découverte de M. Gautier ; celle-ci anéantit les objections qui lui avaient été opposées. En effet, ce n'est pas des entités morbides transmissibles, rougeole, scarlatine, variole, que M. Le Fort parle, mais de maladies compliquant d'autres affections préexistantes et ne pouvant exister sans elles, telles que l'infection purulente accompagnant une plaie, une phlébite ; l'infection puerpérale au cours ou à la suite de l'accouchement ou des règles ; l'érysipèle, la septicémie, l'infection putride, succédant à des plaies.

M. Gautier a montré la production, en de telles circonstances, de produits toxiques, de nature alcaloïdique, ptomaïnes et leucomaïnes. La clinique avait déjà découvert, dans les plaies septiques, un poison particulier, auquel Bergmann, en 1868, donna le nom de sepsine ; ce poison ne peut-il naître dans certaines conditions, comme l'infection purulente de l'érysipèle? Voyons les faits.

L'érysipèle est concomitant de causes locales, des bourgeons, un frottement, le froid, des irritants quelconques. Ou il est dû à un microbe ne pouvant agir que dans ces conditions, ou à une leucomaïne spéciale, provenant d'auto-infection. Mais, quand il n'y a pas de contagion possible, comme par exemple, dans une maison isolée, au milieu d'excellentes conditions extérieures, deux hypothèses peuvent être faites, celle d'un long séjour des microbes à l'état latent ou d'une génération primitive. Prenons, pour exemple, la septicémie survenue dans un cas de fractures compliquées à la suite d'un accident de chemin de fer ; faut-il admettre que les roues qui ont broyé le membre dans cet accident étaient imprégnées de microbes ; ou bien que la dépression morale ou un état spécial des os ont déterminé la septicémie? D'ailleurs cette complication n'apparaît-elle pas plus facilement dans certains milieux, tels que celui des villes ; certaines plaies ne la produisent-elles pas plus aisément? Serait-ce que le microbe préfère tantôt les os, tantôt les veines? En fait, s'il est impossible de repousser l'hypothèse d'un microbe, germe contage, qui seul peut expliquer la contagion, il faut bien, lorsqu'on remonte à l'origine de celle-ci, reconnaître la formation primitive de ce microbe lui-même.

C'est surtout à propos de la fièvre puerpérale que le problème se pose nettement. M. Le Fort cite le cas d'une petite épidémie de cette affection qu'il a eu l'occasion d'observer l'an dernier chez des femmes soignées par une même sage-femme ; la maladie débuta chez une femme qui avait, à la cuisse, une fistule, suppurant depuis longtemps ; elle ne cessa, après avoir fait six victimes, que lorsque la sage-femme qui la colportait renonça momentanément à la clientèle. Il serait à tout le moins singulier de vouloir prétendre que la fièvre puerpérale a été déterminée chez la première femme par un dépôt latent de microbes dans un pays où n'existait aucune affection de ce genre depuis un temps immémorial ; n'est-il pas plus juste de reconnaître qu'elle s'est produite à la suite de modifications dues à l'état puerpéral influencé par l'état pathologique antérieur? C'est alors que l'on conçoit que des produits du genre des leucomaïnes de M. Gautier aient pu se former.

On objecte, il est vrai, que l'hypothèse d'une telle génération spontanée ne saurait aujourd'hui se comprendre. C'est qu'il ne faut pas être trop exclusif ; en réalité rien ne se crée, mais tout se transforme ; les cellules, sous des influences morbides particulières, se groupent, se régénèrent et se reproduisent. Il en résulte, dans ces circonstances, des poisons tels que ceux que la chimie a révélés à M. Gautier, poisons organiques que l'observation clinique avait elle-même révélés.

Pour M. *Verneuil*, la femme, atteinte la première de fièvre puerpérale dans la petite épidémie rapportée par M. Léon Le Fort, devait porter en elle, à l'état latent, le germe de la maladie. On voit en effet les microbes producteurs de telle ou telle maladie infectieuse vivre et se maintenir à l'état latent pendant de longues années dans l'organisme. Les travaux de l'Ecole de Lyon ont bien démontré ce fait. Tout récemment M. Verneuil a observé un jeune homme de vingt ans qui, à diverses reprises, d'abord à l'âge de huit ans, puis à l'âge de douze ans et encore huit ans plus tard, mais sans aucune manifestation dans les intervalles, a eu des poussées d'ostéomyélite dans des régions éloignées les unes des autres ; à l'ouverture de l'abcès incisé avec toutes les précautions de rigueur, on trouva en abondance le streptococcus aureus, caractéristique de la maladie et dont les cultures la reproduisent. L'organisme peut être ainsi habité d'une manière latente par des germes infectieux.

L'expression de « latente » ne paraît pas convenir, suivant M. *Trélat*, pour des microbes qui manifestent leur présence par une série d'accidents successifs. Il faut d'ailleurs bien distinguer, dans une question aussi obscure, entre les microbes qui, comme ceux de l'ostéomyélite et ceux de la tuberculose, procèdent, dans un temps plus ou moins éloigné, par poussées de colonisations migratrices et ceux qui, à l'exemple des bacilles de l'érysipèle, du charbon, etc., agissent d'emblée, d'une seule poussée, produisant un état morbide, se terminant promptement, soit par la mort, soit par une guérison définitive?

M. *Léon Le Fort* se demande comment la première malade atteinte de fièvre puerpérale, dans l'épidémie dont il a parlé, aurait pu conserver pendant longtemps, sans en éprouver d'accidents, le germe de son affection, d'autant qu'elle n'avait pu le prendre du dehors. Ou il existait dans l'atmosphère ambiante, ce qu'il n'est pas permis de supposer d'après les conditions spéciales au fait en lui-même ; ou bien

l'état général plus mauvais de la malade a déterminé un état morbide, propre au développement du germe infectieux, né primitivement chez elle; cette dernière hypothèse est la seule admissible. — Tel est aussi l'avis de M. *Peter*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP, PRÉSIDENT.

Installation du nouveau Bureau. — Résection des trois quarts externes de la clavicule : M. Gillette. — De l'opération césarienne et de l'opération de Porro (Rapport : M. Lucas-Championnière). — Présentation de malade : M. Humbert. — Lectures : MM. Le Beo, Delorme, Routier.

M. *Duplay*, président sortant, invite M. *Horteloup*, président pour l'année 1886, et M. *Delens*, secrétaire, à prendre place au bureau.

M. *Horteloup* remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à présider leurs travaux.

— M. *Després*, au nom de M. Thomas (de Tours), demande à la Société de participer à la souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire de Bretonneau, Trousseau et Velpeau, que se propose d'élever la capitale de la Touraine. A cet effet, une commission est nommée, se composant de MM. Trélat, Horteloup, Berger.

— M. *Gillette* présente un malade, âgé de vingt-six ans, chez lequel il a pratiqué la résection des trois quarts externes de la clavicule. Ce malade, pâle, amaigri, phthisique et syphilitique, portait autour de la clavicule plusieurs trajets fistuleux, conduisant sur une surface tomenteuse, molle, saignant facilement, correspondant au squelette de la région. L'os fut facilement mis à nu, isolé et réséqué dans ses trois quarts externes. Il était atteint, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce que montre M. Gillette, d'ostéite, et dans son intérieur se trouve un petit séquestre mobile. Le malade a parfaitement guéri; l'os ne s'est reproduit que dans une petite étendue, du côté interne; les mouvements du bras ont conservé toute leur amplitude.

M. *Trélat*, à ce sujet, rappelle quelle est actuellement sa ligne de conduite vis-à-vis des affections osseuses. Il met l'os à nu par une incision des parties molles et du périoste; alors deux cas peuvent se présenter : s'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse, que révèle l'examen de l'os à l'aide d'une tréphine, qui s'y enfonce sans difficulté, il racle l'os à la curette tranchante et l'évide avec la gouge. Se trouve-t-il en présence d'une ostéomyélite avec séquestre, il fait sauter les ponts séparant les cloaques, enlève les parties nécrosées et panse la cavité avec la gaze iodoformée. Il croit que le malade de M. Gillette était atteint d'ostéomyélite; l'aspect éburné de l'os en est la preuve.

M. *Le Dentu* attire l'attention de la Société sur ce fait que les mouvements de l'articulation de l'épaule ont conservé toute leur intégrité. Il en était de même chez un malade à qui il a enlevé l'année dernière les deux tiers externes de la clavicule. C'est là une remarque importante à faire et qui doit entrer en ligne de compte dans le pronostic des résections de cet os.

— M. *Lucas-Championnière* lit un rapport sur un travail de M. Délaissement (de Saint-Quentin) sur l'opération de Porro. La malade, qui en a été le point de départ, était une femme de vingt-deux ans, rachitique, ayant un bassin considérablement rétréci. Elle se présenta à M. Délaissement au huitième mois de sa grossesse. Le chirurgien, hésitant un moment entre l'opération césarienne et l'opération de Porro, choisit cette dernière. Il mit ainsi au monde un enfant de 3500 grammes, qui vécut, et vit la mère se rétablir très promptement. M. Délaissement, enthousiasmé de son succès, proclame la supériorité de l'opération de Porro sur l'opération césarienne et recommande l'incision de Muller qui, grâce à sa longueur, permet pour ainsi dire d'opérer en dehors de la cavité abdominale. M. Lucas-Championnière pense qu'il est difficile de se prononcer sur la valeur de l'une et de l'autre opération. Après les avoir pratiquées toutes les deux, il a, à un moment donné, pensé que l'opération césarienne devait être préférée à l'opération de Porro; mais depuis, sous l'influence des conclusions d'un travail d'un de ses élèves, il est revenu de cette opinion, et il pencherait plutôt maintenant vers l'opération de Porro. Aucune conclusion absolue d'ailleurs ne peut être formulée; le choix de l'opération dépendra du milieu, du chirurgien et des circonstances. A la campagne, par exemple, l'opération césarienne doit être préférée, en raison de sa facilité et du milieu salubre où l'on opère; en ville, l'opération de Porro présente les avantages de se prêter à une antisepsie parfaite.

— M. *Humbert* présente un malade qui a eu une hémisection de la moelle, causée par la pénétration dans le canal rachidien d'un stylet au niveau de la septième vertèbre cervicale. A la suite de cet accident, il a été atteint de paralysie de la motilité dans le membre inférieur du même côté et d'anesthésie dans le membre du côté opposé, phénomènes dont il ne reste plus aujourd'hui que des traces.

M. *Berger* pense qu'au lieu d'une hémisection de la moelle il n'y a eu chez ce malade qu'une compression de l'axe médullaire. En effet, dans les observations qu'il a relevées, à l'occasion de son rapport sur le récent travail de M. Kirmisson, il a trouvé que tous les malades atteints d'hémisection de la moelle avaient succombé plus ou moins rapidement.

— M. *Le Bec* lit une observation de tumeur fibro-kystique de l'utérus enclavée dans le ligament large. Extirpation. Guérison.

— M. *Delorme* lit un travail sur le raclage des gros nerfs de l'économie au contact des collections purulentes froides.

— M. *Routier* lit une observation de trépanation du crâne pour des accès épileptiformes consécutifs à une ancienne fracture du crâne. Guérison.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

A propos de l'expérience de Galvani : M. Ch. Richet. Discussion : M. d'Arsonval. — Acoumètre vibrant : M. Gellé. — Origine du périchondre et du périoste : M. Retterer. — Centres respiratoires de la moelle : M. Wertheimer. — Seringue hypodermique stérilisable : M. Straus.

M. *Ch. Richet* reconnaît que, pour que le succès de l'expérience indiquée par lui dans une précédente séance (reproduction de l'expérience de Galvani) soit assuré, il faut, comme l'a fait remarquer M. d'Arsonval, que la surface de contact des métaux (platine et mercure) soit *humide*.

— M. *d'Arsonval* insiste sur l'importance de cette condition e ajoute que, pour répéter l'expérience de Galvani dans toute sa rigueur, il serait plus simple de constituer l'excitateur sur lequel repose le nerf, par deux crochets formés de métaux différents (cuivre et fer, par exemple), le nerf remplacerait le liquide dans cette sorte de couple voltaïque. Il fait remarquer aussi que les résistances interposées dans le circuit doivent être constituées par des liquides impolarisables (sulfate de cuivre avec conducteurs en fil de cuivre); les spirales de fil de cuivre, en effet, n'étant pas dépourvues

de *self-induction*, quelle qu'en soit la résistance, augmentent l'excitation, au lieu de l'affaiblir.

— M. *Gellé*, ayant constaté que le bruit de la montre qu'on fait passer rapidement au-devant de l'oreille cesse d'être perçu à un certain degré de vitesse de translation, phénomène facile à observer dans les cas pathologiques et même à l'état normal, a cherché à déterminer cette vitesse de passage; il a pensé qu'on en pouvait déduire la durée d'excitation du nerf acoustique qui est nécessaire à la perception. L'acuité auditive peut être, en effet, exprimée par le chiffre qui indique cette durée.

Dans le but de déterminer cette mesure, il emploie une lame d'acier, de 60 centimètres de long sur 5 de large, qu'il place de champ et fixe par l'une de ses extrémités entre les mors d'un étau ; l'autre extrémité est munie d'un téléphone actionné par un trembleur qu'on intercale dans un courant de pile. Le son choisi est à la limite de la perception auditive du sujet; l'oreille est placée à une distance fixe de la membrane du téléphone. En faisant vibrer la lame préalablement écartée de son point de repère, on fait passer au-devant de l'oreille le téléphone et le son qu'il produit avec une vitesse qui varie suivant l'écart donné à la lame vibrante : en pratiquant une série d'essais on obtient rapidement l'indication de la vitesse voulue pour que le sujet sourd arrive à la limite de la perception.

— M. *Retterer* résume ses recherches sur l'origine des éléments constituant le périchondre et le périoste et sur l'évolution et le rôle de ces membranes. En désignant sous le nom de *squelettogènes* les tissus pouvant élaborer soit du cartilage, soit de l'os, on voit que le tissu conjonctif produit dans un premier stade des éléments cellulaires, arrondis ou polyédriques, formant la couche chondrogène, non vasculaire à l'origine et donnant naissance à la charpente cartilagineuse des vertébrés. Il produit, dans un deuxième stade, par l'intermédiaire du périchondre devenu périoste, ou bien dans une membrane conjonctive fasciculée, jouant le même rôle, une couche ostéogène. Celle-ci représente un état plus avancé du tissu cellulaire: au lieu d'éléments restant arrondis ou polyédriques, les cellules passent rapidement à la forme de corpuscules étoilés, dont le corps cellulaire élabore la substance préosseuse en englobant corps et prolongements cellulaires.

— M. *Wertheimer* adresse une note sur les centres respiratoires de la moelle épinière. Il a vu qu'on peut assister au retour des mouvements respiratoires du tronc, même chez un animal adulte, dont la moelle a été sectionnée entre l'atlas et l'axis, à la condition d'attendre que l'excitabilité de la moelle soit revenue: quand on suspend alors la respiration artificielle, cette excitabilité est mise en jeu sous l'influence du sang asphyxique. On peut s'assurer ainsi que la moelle n'est pas seulement le centre d'origine, purement anatomique des nerfs qui vont se distribuer aux muscles respirateurs, mais aussi le centre physiologique des mouvements rythmiques de ces muscles.

— M. *Straus* présente, de la part de M. Collin, une seringue hypodermique, facile à stériliser, grâce à la constitution spéciale du piston qu'on taille dans un morceau de moelle de sureau et qui se trouve serré à volonté entre deux rondelles métalliques: la moelle de sureau permet la stérilisation, soit par la chaleur sèche, soit par l'eau bouillante.

— A cinq heures et demie, la Société se réunit en comité secret pour la lecture du rapport sur les titres des candidats à une place de membre titulaire.

— A l'occasion du *Compte rendu* de la séance du 29 janvier (p. 81), dans lequel se trouve analysée une communication de M. Dupuy, M. le docteur Mandon, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, nous écrit que les conclusions de M. Dupuy sont d'accord avec celles de son mémoire sur la carbonisation, mémoire où le rôle multiple de l'acide carbonique du sang est démontré aux points de vue physiologique, pathologique et thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Les nouvelles médications, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. — Paris. O. Doin, 1886.

Ce livre, qui fait suite aux remarquables leçons de clinique thérapeutique, précédemment publiées par notre savant confrère, résume une série de conférences faites durant l'année scolaire 1884-1885 à l'hôpital Cochin. M. Dujardin-Beaumetz, en remerciant l'administration de lui avoir ouvert un laboratoire qui lui permet aujourd'hui de faire marcher de pair les recherches expérimentales et les études cliniques et de perfectionner ainsi l'enseignement de la thérapeutique, ne pouvait ajouter que ce grand progrès était dû à ses incessants efforts et au zèle dont il a fait preuve en inaugurant, à titre privé, des leçons qui, en d'autres pays, lui auraient rapidement assuré une chaire officielle. Libéralement ouvert à tous ceux qui veulent s'adonner aux travaux de thérapeutique expérimentale, le laboratoire de l'hôpital Cochin a déjà rendu et rendra encore les plus signalés services. Il n'était que juste de le dire publiquement.

Dans une première leçon, M. Dujardin-Beaumetz signale les progrès accomplis en thérapeutique depuis cinquante ans et s'élève contre le dédain systématique de ceux qui, s'attachant surtout à faire ressortir l'intérêt des études anatomo-pathologiques ou chirurgicales, dénient à la thérapeutique son rang dans les sciences médicales et son utilité toujours croissante. Il montre que les découvertes de l'anesthésie chirurgicale, des médicaments hypnotiques, de la méthode des injections sous-cutanées, des antiseptiques, du salicylate de soude, etc., etc., ne sont point dues à un empirisme irréfléchi, mais sont le résultat d'études longuement poursuivies et scientifiquement conduites.

M. Dujardin-Beaumetz aurait pu ajouter que si la découverte de nouveaux agents thérapeutiques a fait progresser l'art de guérir, les doctrines médicales et le mode d'administration des médicaments même les plus connus se sont perfectionnés en même temps, et que, connaissant mieux l'action pathogénique des causes morbides, on arrive plus aisément chaque jour à en enrayer les effets. Les chapitres qui suivent montrent bien, en effet, que l'étude attentive des maladies et celle de l'action des médicaments contribuent à mieux assurer la guérison alors même que l'on n'emploie que des agents thérapeutiques depuis longtemps connus, mais trop souvent encore mal administrés. Tout n'est point nouveau, en effet, dans les nouvelles médications. Je n'en citerai comme exemple que le chapitre consacré à la médication intestinale antiseptique. C'est à l'aide du charbon (associé souvent, il est vrai, à l'iodoforme) que l'on arrive à combattre la putridité de l'intestin et par conséquent la stercorémie. Encore faut-il savoir administrer le charbon!

On lira, avec le plus vif intérêt tout ce que dit l'auteur au sujet de la médication pulmonaire antiseptique, et nous aurons sans doute un jour ou l'autre, en publiant sur ce sujet des observations que nous recueillons nous-même depuis bien des années, l'occasion de faire voir tous les bénéfices que l'on peut tirer, dans le traitement de certaines maladies pulmonaires, telles que la coqueluche ou la tuberculose, des inhalations médicamenteuses. Nous ne voulons ici que signaler les sages réserves avec lesquelles l'auteur, qui n'est pas cependant ennemi du progrès, non plus que des nouveautés en thérapeutique, accueille certaines tentatives audacieuses, comme, par exemple, l'injection directe dans le parenchyme pulmonaire de solutions antivirulentes. « Je pense, dit-il, qu'elles sont plus dangereuses

qu'utiles. » Point n'est besoin d'insister pour le faire comprendre.

L'étude des nouveaux médicaments antithermiques est traitée non seulement avec le plus grand soin, mais encore avec un sage esprit critique. L'hyperthermie n'est pas l'ennemie, dit M. Dujardin-Beaumetz. Nous avons rappelé récemment que telle commence à être, après bien des exagérations en sens contraire, l'opinion de la plupart des médecins. Nous n'avons plus à parler ici de l'étude des nouveaux hypnotiques que l'auteur a surtout contribué à mieux faire connaître. Celle des anesthésiques locaux, et en particulier de la cocaïne, termine l'ouvrage. Les livres de notre savant et laborieux confrère sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'en faire ressortir longuement l'intérêt. Nous nous contenterons donc de dire que cet appendice à ses premières leçons mérite l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux études de thérapeutique.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

AVIS. — Pour ce qui concerne la Faculté de médecine de Paris voir au verso de la couverture.

Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose.

Deuxième liste.

MM. le docteur Hérard, médecin de l'Hôtel-Dieu	200 fr.
le docteur Bitot, professeur à la Faculté de Bordeaux	100
le docteur Diday, médecin des hôpitaux de Lyon	100
Le Chatellier, ingénieur	100
le docteur Charles Monod, chirurgien des hôpitaux	100
le docteur Nepveu, chef de clinique chirurgicale	100
le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux	100
le docteur Gabriel Coupard	50
Gandillot, lieutenant d'artillerie	20
Floquet, pharmacien	10
Total	880 fr.
Première liste	4270 fr.
Total général	5150 fr.

Faculté de médecine de Paris —*Legs Jeunesse.*—M. Jeunesse Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; 2° une somme de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. En 1886, il y aura lieu de décerner le prix annuel de 1500 francs.

Prix. — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner le prix Chateauvillard, d'une valeur de 2000 francs, à M. le docteur Testut, pour son ouvrage intitulé : *Des anomalies musculaires chez l'homme.* Deux mentions très honorables sont accordées : 1° à M. le docteur Redard, pour son *Traité de thermométrie médicale;* 2° à M. le docteur Gellé, pour sou livre sur *Les maladies de l'oreille.*

Association générale des médecins de France : Société centrale. — L'assemblée générale des membres de la *Société centrale* s'est réunie dimanche dernier sous la présidence de M. Lannelongue, qui, après avoir rappelé les services rendus à l'œuvre par son éminent prédécesseur, M. Gosselin, a annoncé que le chiffre des pensions avait été élevé à la somme de 600 francs. C'est peu encore. C'est beaucoup étant données les ressources de la Société. Celle-ci, en effet, a de nombreuses charges, et ses ressources, ainsi que l'a montré son dévoué trésorier, M le docteur A. Brun, ne s'augmentent pas, comme on serait en droit de l'espérer. Il faut faire appel au zèle des retardataires pour assurer à la Société centrale les moyens de faire mieux à l'avenir. L'administration de l'Association générale peut, depuis de longues années, servir de modèle à toutes les Sociétés financières; les libéralités de ses dignitaires, et surtout celles de ses présidents, ont été plus grandes qu'il n'était possible de l'espérer. Ce qui lui manque, c'est un plus grand nombre d'adhésions. Espérons que l'on arrivera peu à peu à bien comprendre que la multiplicité des œuvres de confraternité médicale est plus nuisible qu'utile, et qu'il vaut infiniment mieux se grouper sous la direction d'une Société honnêtement administrée que d'éparpiller ses forces.

M. Piogey, secrétaire général, a fait connaître la situation de la Société et rappelé le nombre de ses membres décédés dans l'année 1885, et l'on a proclamé ensuite les noms des douze nouveaux membres élus pour faire partie de la commission administrative : MM. Bazy, Borgier, Jules Carrière, Dehenne, Ernest Desnos Dubuc, Albert Josias, Lanquetin, Le Coin, Oulmont, Pfeiffer et Rodet.

Inauguration de la statue de Claude Bernard. — Dimanche dernier avait lieu, devant une assemblée de savants, professeurs du Collège de France, du Muséum, de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences de Paris, l'inauguration de la statue élevée à la mémoire de Claude Bernard. Ce monument, dû à M. Guillaume, membre de l'Institut, est digne, par la simplicité et en même temps la grandeur de l'attitude méditative du savant qu'il représente, de rappeler à jamais la figure si noble et si sympathique de notre illustre physiologiste. Les principales œuvres de Claude Bernard et les fonctions qu'il a remplies sont gravées sur une feuille de bronze. Sur le socle de pierre on a inscrit cette inscription : « A Claude Bernard, ses collègues, ses amis, ses disciples. »

M. Paul Bert, président du comité d'organisation, a ouvert la séance en remerciant tous ceux qui lui ont prêté leur concours. M. Berthelot, au nom du Collège de France, a esquissé la vie de son éminent collègue; M. Chauveau a loué les vertus de l'homme privé, qu'il avait connu à son ermitage de Saint-Julien; M. Dastre a, dans un langage très élevé et d'une émotion communicative, rappelé, au nom des derniers élèves de Claude Bernard, ce qu'avait été ce maître dont l'enseignement a été si utile; enfin, après M. Frémy, qui n'a dit que quelques mots au nom du Muséum, M. Renan a remercié l'assistance.

Nouveaux journaux. — Nous avons reçu le premier numéro des *Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*, rédigé par MM. A. Lacassagne, H. Garraud et H. Coutagne, de Lyon. Ce journal, qui paraît tous les deux mois, est destiné à assurer, la réforme progressive du droit pénal et la modification des articles du Code reconnus peu en rapport avec les lois qui règlent le milieu physique et social où l'homme évolue. Tout permet d'espérer le succès de l'œuvre que cette revue se propose de réaliser.

— Nous avons reçu également le premier numéro des *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, publiée sous la direction de MM. Charpentier, Simon Duplay, Bernutz, Guéniot, Porak, Siredey, Polaillon et Doléris. Les noms des directeurs de ce nouveau recueil affirment son autorité et sa valeur. Nous ne manquerons pas de signaler, au fur et à mesure de leur apparition, les principaux travaux qu'il fera connaître.

— Le premier numéro des *Archives slaves de biologie* dirigées par MM. Maurice Mendelssohn et Charles Richet, montre qu'il s'agit bien non d'un simple recueil de faits, mais d'un des organes les plus sérieux et les plus largement conçus des sciences biologiques.

— Enfin nous devons signaler aussi le *Bulletin de l'Association générale des étudiants de Paris*, qui compte déjà près de 600 adhérents, et qui s'est installée récemment, 41, rue des Ecoles, où sa bibliothèque s'enrichit chaque jour de dons nouveaux. On ne saurait trop encourager cette forme nouvelle de la vie scolaire, à laquelle dix-neuf Facultés ou Ecoles participent jusqu'à ce jour. Le Conseil municipal a accordé à l'Association générale des étudiants une subvention de 2000 francs, et le ministre de l'instruction publique s'est inscrit comme membre perpétuel avec une cotisation de 200 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5033. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine et Société de chirurgie : Les ptomaïnes et la doctrine microbienne.

Au fur et à mesure qu'elle se développe, la discussion provoquée par la communication de M. A. Gautier s'élargit et tend à embrasser dans son ensemble toute la doctrine microbienne. Chacun à son tour, et quoiqu'ils se soient placés à des points de vue bien différents, MM. A. Guérin, Peter et Cornil se sont en effet surtout préoccupés de rechercher la part qu'il convenait de faire à la prédisposition organique d'une part et d'autre part aux agents parasitaires dans la genèse des maladies infectieuses. Plusieurs académiciens, et en particulier M. Verneuil, ayant demandé la parole, nous attendrons encore pour résumer les arguments qui, dans cette dernière séance, nous ont paru les plus frappants.

Nous ne voulons aujourd'hui que rapprocher de la discussion académique celle qui a eu lieu le 10 février dernier à la *Société de chirurgie*. La tuberculose, dont il est impossible aujourd'hui de nier la nature microbienne, se localise souvent dans les os, les articulations, les organes génito-urinaires et en particulier la vessie et l'épididyme, etc. Elle ne se généralise que dans des circonstances difficiles à préciser, comme l'a bien fait remarquer M. Trélat, et qui paraissent dépendre non de l'activité virulente du microbe pathogène, mais bien de la détérioration organique du terrain sur lequel ce microbe pourra diriger et faire évoluer des colonies nouvelles d'agents infectieux. Or, lorsque la maladie se généralise, elle prend le plus souvent une forme clinique toute spéciale qui diffère plus encore d'une phthisie commune que la pneumonie des diabétiques ou des alcooliques ne diffère de la pneumonie franche. Que de fois, en effet, voit-on, à la suite d'une épididymite tuberculeuse, d'une tumeur blanche du genou ou d'une adénite cervicale suppurée, se développer brusquement et évoluer rapidement une tuberculose miliaire aiguë qui semble se généraliser d'autant plus vite que la lésion primitive était restée plus longtemps localisée ? N'est-ce point une nouvelle preuve, puisque dans tous les cas le bacille est le même, que la question du terrain morbide reste prédominante, et cette généralisation parfois si rapide, sous l'influence d'une maladie fébrile, de la débilité causée par la grossesse ou l'allaitement ou encore d'un traumatisme nouveau, ne peut-elle être rapprochée de ces cas où un simple refroidissement donne à l'organisme une aptitude toute spéciale à l'envahissement parasitaire? L'étude des formes si variées, au point de vue clinique, de la tuberculose pulmonaire, est l'une de celles qui éclaire le plus cette pathogénie des maladies microbiennes. C'est pourquoi, en attendant que nous puissions résumer la discussion de l'Académie de médecine, nous avons cru devoir appeler l'attention du lecteur sur celle qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie et qu'on trouvera résumée p. 125.

L. L.

La revision de la législation sur l'exercice de la médecine.
(Premier article.)

La revision de la loi du 19 ventôse an XI est à l'ordre du jour de la Chambre des députés, où elle fait en ce moment l'objet des délibérations d'une Commission spéciale. Parviendra-t-elle à sortir de l'enceinte parlementaire à l'état de législation nouvelle, conforme aux légitimes aspirations et à la juste considération que le corps médical est en droit d'espérer de la réforme des conditions apportées il y a quatre-vingt-trois ans à l'exercice de sa profession ? Tant de tentatives en ce sens ont déjà échoué, que le doute est permis. Toutefois les circonstances n'ont jamais été meilleures qu'au début de cette législature, en présence de propositions déjà étudiées et en partie réalisées par la Chambre précédente, reprises aujourd'hui par les mêmes députés. Il nous semble qu'il ne serait pas sans intérêt pour les organes du corps médical d'apporter leur concours à cette bonne volonté, peu ordinaire ; à ce titre, nous nous permettons d'examiner brièvement la proposition de loi déposée par M. Chevandier (de la Drôme) et plusieurs de ses collègues ; cette dernière

s'inspire d'ailleurs de celle que M. Lunier avait fait adopter par l'Association générale des médecins de France, et de la proposition étudiée avec beaucoup de soin par une Commission du *Concours médical ;* elle résume, pour ainsi dire, les plus récentes revendications du corps médical.

Mais, avant d'en commencer l'examen, nous devons déclarer que nous passerons sous silence tout ce qui concerne dans cette proposition l'enseignement de la médecine. Il paraît en effet certain que le Gouvernement en obtiendra la disjonction, la jurisprudence constante du Ministère de l'Instruction publique impliquant une certaine mobilité à cet égard; les conditions d'études et de scolarité pour la médecine ne sauraient être immuables, et c'est par voie de réglementation et non par des lois qu'elles doivent être régies, sous bénéfice de l'avis autorisé des conseils compétents.

Allégée de cette partie, la proposition de M. Chevandier apporte à la législation existante des modifications relatives à l'officiat, à l'exercice de la médecine par les médecins français et étrangers, à l'exercice illégal de la médecine et aux pénalités qui en doivent être la conséquence. Nous passerons successivement en revue ces divers points.

I. Aux termes des trois premiers articles de cette proposition, il n'y aurait plus qu'un seul ordre de médecins en France, les docteurs en médecine ; les officiers de santé existant actuellement auraient néanmoins le droit d'exercice sur tout le territoire de la République et des facilités leur seraient accordées pour obtenir le grade de docteur en médecine. A en juger par les réclamations que les médecins n'ont cessé d'adresser depuis longtemps et surtout depuis le Congrès de 1847, la nécessité de la suppression des officiers de santé semble en effet être devenue une sorte de Charte, d'article de foi. Voyons cependant quelles seraient les conséquences de cette mesure, et si elle serait vraiment bien justifiée. Nous avons, pour nous guider, les recherches consignées dans un rapport, que nous avons eu l'honneur de signer avec M. le professeur Brouardel, et que le Comité consultatif d'hygiène publique de France a adopté il y a quelques jours.

En premier lieu, il importe d'établir le nombre actuel des médecins en France et leur répartition : en 1847, il y avait 18099 médecins exerçant en France (sans l'Algérie), dont 10643 docteurs et 7456 officiers de santé; en 1866, il y avait 16828 médecins, dont 11254 docteurs et 5568 officiers de santé; en 1876, 14376 médecins, dont 10743 docteurs et 3633 officiers de santé, et en 1881 (dernière année de recensement officiel) 14846 médecins, dont 11643 docteurs et 3203 officiers de santé. En comparant le nombre des médecins au chiffre de la population, on trouve : en 1866 (population : 35408847 habitants), 1 médecin sur 2104 habitants, dont 1 docteur sur 3146 habitants et 1 officier de santé sur 6353 habitants; en 1876 (population : 36905788 habitants), 1 médecin sur 2568 habitants, dont 1 docteur sur 3807 habitants et 1 officier de santé sur 10158 habitants; en 1881 (population: 37672048 habitants), 1 médecin sur 2536 habitants, dont 1 docteur sur 3235 habitants et 1 officier de santé sur 11761 habitants. Ainsi, le nombre total des praticiens décroît presque régulièrement en France; mais, tandis que le nombre des docteurs en médecine reste à peu près stationnaire, puisqu'il n'a augmenté que de 1000 en quarante ans, le chiffre des officiers de santé diminue considérablement, entraînant à lui seul l'abaissement du chiffre des praticiens.

Quant à la répartition du corps médical dans les départements, nous voyons qu'en 1876 il y avait 3484 communes, et 3645 en 1881, où exerçaient des docteurs en médecine; 2111 communes en 1876, et 1914 en 1881, où n'exerçaient que des officiers de santé ; 746 communes en 1876, et 743 en 1881, où exerçaient à la fois des docteurs et des officiers de santé; 29697 communes enfin en 1876 et 29795 en 1881, où ne résidaient ni docteurs, ni officiers de santé. D'où il résulte que les cinq sixièmes des communes en France n'ont aucun médecin; si l'on remarque qu'il existe 4613 communes ayant 1500 âmes et au-dessus et que les praticiens affluent surtout dans les villes, on ne peut inférer que les soins médicaux font défaut dans un grand nombre de localités; d'ailleurs, nous venons de le voir, dans deux mille communes environ n'exercent que des officiers de santé. Serait-ce que ceux-ci habitent surtout les campagnes? Qu'on en juge : dans le département de la Seine on comptait, en 1881, 1 docteur sur 1414 habitants, et 1 officier de santé sur 15286 habitants; dans le Finistère, où les villes sont peu nombreuses et peu peuplées, il y avait à la même époque 1 docteur sur 6554 habitants, et 1 officier de santé sur 37870 habitants.

D'autre part, l'étude de la répartition proportionnelle des docteurs en médecine et des officiers de santé nous apprend que, si en 1866 il y avait en France treize départements dans lesquels il existait proportionnellement plus d'officiers de santé que de docteurs en médecine, ou au moins un nombre égal, il n'y en avait plus que sept en 1876 et trois seulement en 1883. Or, dans ces treize départements, sauf le Nord, le nombre total des docteurs et des officiers de santé a considérablement diminué de 1866 à 1881; il s'est seulement et très faiblement relevé de 1876 à 1881 dans l'Aisne, l'Aube, l'Ille-et-Vilaine et le Pas-de-Calais, le Nord mis à part. Pour ce dernier département, le chiffre de la population a subi un accroissement tel, pendant cette période, qu'en réalité le nombre proportionnel des médecins y est à peu près resté stationnaire, comme on peut s'en convaincre par une étude attentive de ses variations.

Si le nombre des médecins et surtout celui des officiers de santé diminuent, cela tiendrait peut-être à un moins grand nombre d'inscriptions prises et de diplômes conférés? Il n'en est rien, car le tableau des diplômes montre, au contraire, l'accroissement de ceux-ci, tant pour le doctorat que pour l'officiat, si l'on prend comme terme de comparaison un certain nombre d'années. Toutefois il faut reconnaître, d'après les chiffres officiels les plus récents, que le nombre de ces diplômes est arrivé à un maximum qu'il ne paraît pas devoir dépasser; la population totale des Facultés et Écoles de médecine n'éprouvera pas de modifications importantes d'ici à plusieurs années ; en d'autres termes, il n'en sortira pas plus de docteurs et d'officiers de santé qu'elles n'en reçoivent aujourd'hui.

La suppression des officiers de santé aurait-elle du moins pour conséquence une augmentation du nombre des docteurs en médecine? Et si cette augmentation ne se montrait pas de suite parmi les médecins en exercice, serait-elle préparée pour un avenir prochain par un accroissement des étudiants briguant le doctorat? M. Gavarret et M. Brouardel ont fait à ce sujet uue remarque qui est de la plus haute importance. On sait que les candidats à l'officiat doivent, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les élé-

ments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial (art. 2 du décret du 3 août 1883); au contraire, les aspirants au doctorat doivent produire le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique (art. 2 du décret du 20 juin 1878). Ainsi, la nécessité du baccalauréat est imposée seulement à ces derniers; c'est-à-dire que, si l'éducation scientifique exigée de tous ceux qui entreprennent l'étude de la médecine est à peu près égale, une instruction littéraire plus développée est demandée aux candidats au doctorat. Aussi, les uns et les autres se recrutent-ils dans des milieux très différents; les aspirants à l'officiat appartiennent, en général, à des familles d'artisans, de commerçants, de petits propriétaires agricoles, de contremaîtres, etc.; et c'est des départements industriels ou agricoles que viennent en plus grand nombre les futurs officiers de santé.

Supprimer l'officiat aurait donc pour conséquence la diminution prochaine du quart des praticiens actuels, en même temps que la carrière médicale se trouverait fermée à toute cette classe de la population, de plus en plus nombreuse, qui doit ou désire se borner aux études de l'enseignement secondaire, ou qui ne voit plus d'avantages à l'étude approfondie des langues anciennes. Et comme le nombre des médecins est assurément des plus insuffisants en France, dans la plupart des départements, les charlatans et médicastres de toutes couleurs et de tous costumes ne tarderaient pas à occuper une place qui leur serait si libéralement abandonnée. La santé publique serait vraiment compromise dans nombre de localités et dans beaucoup de parties étendues du territoire. Du reste, il n'est que juste de faire remarquer que si les officiers de santé, maintenus à titre provisoire depuis 1803, manquaient pour la plupart d'une instruction professionnelle suffisante, il n'en est plus de même aujourd'hui. Aux termes du décret du 3 août 1883, ils doivent faire des travaux pratiques pendant trois années, avoir quatre ans de stage hospitalier et subir, outre trois examens de fin d'année, trois examens définitifs, parmi lesquels des épreuves pratiques de dissection et de médecine opératoire. Leur instruction professionnelle est ainsi devenue très suffisante pour l'exercice de la médecine tout au moins; ce ne sont plus les « demi-médecins » qu'on a tant raillés.

Sans doute on s'était autrefois leurré de l'espoir que les officiers de santé habiteraient surtout les campagnes; mais à l'exemple des docteurs, ils n'ont pas tardé à affluer là où la clientèle s'offre plus abondante et plus riche, et il est sans conteste qu'ils y font souvent une concurrence sérieuse aux docteurs. Est-ce une raison suffisante pour les supprimer, sans crainte de faire courir à la santé publique les risques dont nous venons de parler? Nous ne le pensons pas. La réforme d'un tel état de choses réside dans l'organisation, depuis si longtemps attendue, des services d'hygiène, des services d'assistance médicale, de façon à pouvoir maintenir par des émoluments suffisants pour l'existence les praticiens de tous ordres là où ils sont nécessaires. Tant qu'un tel résultat n'aura pas été atteint, les officiers de santé seront nécessairement maintenus; aucun gouvernement n'oserait prendre la responsabilité d'une telle amputation du corps médical. Nous ne saurions en conséquence approuver, par ces divers motifs, la proposition contraire de M. Chevandier.

(*A suivre.*) A.-J. Martin.

Les nouveaux procédés d'exploration de la cavité utérine.

Il est intéressant d'établir un parallèle entre l'exploration du conduit vaginal et celle de la cavité utérine. Ici et là nous trouvons deux étapes, deux périodes : l'exploration digitale et l'exploration oculaire.

Pour le vagin, il est probable que, de toute antiquité, l'exploration digitale a été pratiquée; les premiers médecins, les premiers observateurs, ont dû se servir de ce moyen de diagnostic si simple et si fertile en informations. Hippocrate, le seul auteur qui puisse nous renseigner sur les débuts de la médecine, nous montre ce procédé d'exploration très usité de son temps.

L'exploration du vagin à l'aide de l'œil ne vient que beaucoup plus tard; elle naît avec le spéculum. Or le premier spéculum, le plus ancien que nous connaissions, a été trouvé dans les ruines de Pompéi, et date vraisemblablement du commencement de notre ère. Si nous rappelons cette date, c'est simplement pour fixer les deux étapes digitale et oculaire de l'exploration vaginale. Arrivons à la cavité utérine.

I

C'est aussi le doigt d'abord, l'œil ensuite dont on se sert pour examiner cette cavité. Ces deux méthodes sont tout nouvellement nées, au moins en ce qui concerne l'exploration de l'utérus en dehors de l'état de gestation; l'une, en effet, date de 1885, l'autre de 1886, et elles sont dues au professeur Vulliet (de Genève).

Mais, dira-t-on, n'y a-t-il pas nombre d'années que dans des cas de fibromes ou de cancer on a introduit un ou plusieurs doigts dans l'utérus pour éclairer le diagnostic? Nous en convenons, mais ce n'était là qu'un accident, et nulle part nous n'avons vu élevés au rang de méthode les deux modes d'exploration intra-utérine que le professeur Vulliet emploie couramment à Genève et qui viennent d'être exposés par son assistant M. Betrix (*Nouvelles Archives de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1886).

Nous avons volontairement omis de parler du cathétérisme utérin qui ne fournit que des renseignements très incomplets et qui ne peut être mis en parallèle des deux modes que nous allons décrire.

1° *Exploration digitale.* — Le procédé a été décrit dans le numéro d'avril des *Archives de tocologie*, 1885. Il consiste à dilater préalablement le col de l'utérus à l'aide d'éponges préparées antiseptiques. Ces éponges sont obtenues de la manière suivante : on les fait tremper dans une solution éthérée d'iodoforme pendant plusieurs jours. On les retire, l'éther s'évapore rapidement, laissant dans toute la périphérie de l'éponge, jusqu'à une profondeur de 1 à 2 millimètres, des cristaux d'iodoforme très visibles sur une coupe. On procède ensuite à la compression. L'éponge une fois séchée et polie, on la conserve dans des flacons bouchés à l'émeri, enfoncé dans de la poudre d'iodoforme. Si le canal utérin est trop étroit pour admettre le cône d'éponge, on l'élargit graduellement à l'aide de bougies, ou en ayant recours à la dilatation forcée par le dilatateur à branches. Pour arriver à l'introduction du doigt, il faut que la dilatation soit largement suffisante; sans quoi, si le doigt est comprimé comme dans un gant, sa sensibilité s'émousse sous l'influence de cette

pression circulaire; il est bientôt paralysé et insensible dans l'intérieur de la cavité utérine. Avec une dilatation suffisante ces inconvénients disparaissent. L'orifice convenablement ouvert, la femme est soumise à l'anesthésie chloroformique, on saisit le col utérin avec des pinces à griffes, et on l'amène au voisinage de l'orifice vulvaire. L'utérus ainsi abaissé et béant, on l'explore avec le doigt presque aussi facilement que la cavité vaginale.

Cette exploration, destinée surtout à reconnaître la présence de fibromes dans l'intérieur de la paroi utérine, a conduit l'auteur à une thérapeutique opératoire ingénieuse. Elle consiste, l'extrémité du doigt étant sur le fibrome interstitiel, à conduire à ce niveau un bistouri boutonné. On incise, sous la protection du doigt, la paroi utérine, sur la tumeur, à une profondeur de un centimètre et dans l'étendue du fibrome. La tumeur mise à nu par cette incision libératrice, est petit à petit chassée par la paroi musculaire jusque dans l'intérieur de la cavité utérine. Le fibrome interstitiel se transforme bientôt en polype sous-muqueux, que l'utérus, continuant son travail d'expulsion, ne tarde pas à chasser complètement de l'intérieur des organes génitaux. C'est une sorte d'accouchement en deux temps; le fibrome est d'abord chassé de l'intérieur de la paroi, il est ensuite expulsé de l'intérieur de la cavité utérine.

2° *Exploration oculaire.* — L'idée était hardie; voici comment Vulliet l'a mise à exécution. De même que pour l'exploration digitale il fallait d'abord ouvrir la porte utérine, mais ici il importait d'avoir une ouverture très large. On commence la dilatation avec une sonde utérine, une bougie uréthrale, un dilatateur à branche, etc. Cette dilatation préparatoire étant obtenue, on fait dans l'intérieur de la cavité utérine un tamponnement rappelant beaucoup celui qu'on exécute dans le vagin pour les cas de placenta prævia par exemple. On se sert à cet effet de tampons iodoformés, variant comme grosseur d'un pois à une amande. On les porte à l'entrée de l'orifice externe au moyen de pinces à pansement recourbées ou coudées, longues et très minces; de là on les pousse petit à petit dans l'intérieur de la cavité utérine, avec une tige métallique résistante ayant la courbure et le volume de la sonde à lavage utérin. Les tampons doivent franchir l'orifice externe et pénétrer complètement dans la cavité. Dès la première séance on peut introduire trois ou quatre tampons dans l'intérieur de l'utérus. On laisse le tout en place vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on recommence le tamponnement, en comblant de nouveau la cavité utérine agrandie. De la sorte, par une série d'opérations semblables, on arrive à une dilatation suffisante pour permettre au regard, à l'aide d'un spéculum assez profondément introduit, et la femme placée, pour plus de commodité, dans la position genu-pectorale, à voir la plus grande étendue de la muqueuse utérine.

Cette dilatation se fait sans accidents en un temps variable (trois à trente-cinq jours, en moyenne quinze jours). Les seuls inconvénients observés sont une légère élévation de température pendant un ou deux jours, sans frisson; dans un cas il y a eu des nausées analogues à celles du début de la grossesse. Le fait est intéressant au point de vue de la pathogénie des mouvements de la grossesse, il tendrait à démontrer qu'ils sont dus à la distension de l'utérus, puisque celle qu'on produit à l'aide de tampons fournit de semblables résultats. Au lieu de tampons, on peut employer des tiges de laminaria, quand on veut obtenir une dilatation plus rapide. Mais ce moyen est bien inférieur au précédent, car, s'il est plus rapide, il est en revanche beaucoup plus dangereux; il expose à des accidents graves, et l'asepsie n'est pas son fait.

M. Vulliet a appliqué sa méthode d'exploration oculaire à de nombreux cas de cancer de l'utérus, à trois cas de polypes fibreux intra-pariétaux faisant saillie dans la matrice, à deux fibro-myomes volumineux, et à deux endométrites. Il a pu obtenir la photographie et le moulage de certaines cavités utérines. Toutefois la photographie n'a fourni que des images très incomplètes, vu la difficulté de l'éclairage.

II

Ces deux méthodes d'exploration intra-utérine sont des plus intéressantes. Quel peut être leur avenir? A toute nouveauté scientifique, conduisant à une révolution thérapeutique, l'esprit est toujours tenté de répondre par le doute, par la crainte. Jusqu'à présent on ne pénétrait dans l'intérieur de l'utérus qu'avec de grandes précautions; nombre de médecins se refusaient à toute thérapeutique intra-utérine active. A en croire M. Vulliet, on pourrait maintenant agir dans l'intérieur de l'utérus presque aussi facilement et impunément que dans la cavité vaginale.

Malgré l'autorité du professeur de Genève, il est naturel qu'on demande un peu à réfléchir. Il faut s'habituer à cette idée de tolérance utérine, savoir si elle est aussi grande que le dit l'auteur, et voir aussi si entre les mains d'autres gynécologues les résultats seront aussi heureux. Nous aimons à croire que l'épreuve sera favorable aux deux méthodes précédentes; reste à résoudre la question des avantages qu'elles peuvent fournir au point de vue thérapeutique. L'exploration digitale, permettant d'aller cueillir des fibromes utérins alors qu'ils sont interstitiels, sera une véritable conquête si elle constitue une méthode thérapeutique sûre et sans dangers sérieux. Quant à l'exploration oculaire, ses avantages thérapeutiques nous semblent bien vagues.

Avantages diagnostiques : voir un fibrome, à quoi bon, quand on peut le toucher? voir une ulcération : est-il bien important, pour guérir une ulcération intra-utérine, de la voir, de connaître sa forme, et pour une si petite lésion qu'on guérit bien avec les méthodes thérapeutiques actuelles, est-il besoin d'avoir recours à une intervention aussi sérieuse?

Avantages thérapeutiques : on peut, à l'aide de la méthode de Vulliet, appliquer un traitement direct et local à l'aide de la vue. — Pour les tumeurs, c'est inutile; pour les affections de la muqueuse, pareille intervention, nous le répétons, ne nous semble pas indispensable.

Quand, à côté de ces faibles avantages, on met en présence toutes les précautions à prendre pour faire semblable exploration; quand, pour arriver à la dilatation suffisante, il faut, ainsi que le dit l'auteur, jusqu'à trente-cinq jours, on comprend que l'hésitation soit permise. De nouveaux résultats sont seuls susceptibles de lever les doutes.

Auvard.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Contribution a l'étude de la pneumonie infectieuse. Le microcoque pneumonique et la pneumonie traumatique, par le docteur André Petit, chef de clinique de la Faculté.

(Fin. — Voy. le numéro 7).

Depuis le 20 jusqu'au 24 octobre, l'état général demeura sensiblement le même, la température oscilla entre 39°,2 et 40°,2, le pouls entre 120 et 138 pulsations; les mouvements respiratoires étaient, en moyenne, de 40 par minute; l'expectoration nulle. Il se montra, le 21, une diarrhée assez abondante qui persista jusqu'au dernier jour, et l'analyse des urines permit de constater une augmentation assez sensible de la quantité d'albumine qu'elles renfermaient. Les signes locaux ne subirent pas d'ailleurs de modifications bien importantes; cependant le souffle tubaire diminua d'intensité, pour s'éteindre tout à fait, même pendant les grandes inspirations; la crépitation pulmonaire devint plus humide, à bulles plus grosses et plus rares.

Dans la nuit du 23 au 24 octobre, le malade eut un peu de délire; et le matin du 24, on constatait une gêne plus considérable de la respiration (48 respirations par minute); la langue était sèche et fuligineuse, la peau couverte de sueur; il était facile de prévoir une terminaison fatale à très bref délai. Le malade succomba en effet, dans l'après-midi.

L'autopsie a été pratiquée par M. Suchard, chef des travaux anatomiques.

Nous n'avons pas l'intention de donner ici la description minutieuse de tous les organes, ce qui nous entraînerait trop loin; mais nous insisterons plus particulièrement sur les lésions constatées au niveau des organes thoraciques.

Le péricarde n'offre aucune trace d'inflammation ancienne ou récente; le myocarde paraît sain, au moins à l'œil nu; il n'existe pas d'endocardite, aucune lésion valvulaire.

La plèvre du côté gauche est saine; le poumon de ce côté, légèrement emphysémateux, n'offre aucune lésion importante, aucun tubercule; les bronches correspondantes, remplies de mucus, ne sont pas altérées.

Du côté droit, le poumon se trouve relié à la plèvre pariétale, au niveau de son sommet et de son bord postérieur, par des brides fibrineuses faciles à déchirer, occupant un espace de 5 centimètres environ. Tout le lobe supérieur, le bord postérieur et la face inférieure de ce poumon sont couverts d'un exsudat fibrineux blanchâtre se détachant avec la plus grande facilité; lorsqu'on décolle cet exsudat, on remarque à la surface de la plèvre viscérale un certain nombre de petits points rouges, saignants, qui ne sont autre chose que des vaisseaux de nouvelle formation rompus par arrachement.

Lorsqu'on incise le poumon, on trouve dans le lobe supérieur un noyau de pneumonie grise, du volume d'un petit œuf, occupant le sommet de l'organe et arrivant jusqu'à sa surface; autour de ce noyau existe une zone d'hépatisation rouge des plus nettes. Un autre noyau analogue mais beaucoup plus petit (environ du volume d'une noisette) se montre dans les portions inférieures du lobe supérieur; enfin, un troisième noyau semblable, gros comme une noix, siège dans l'épaisseur du lobe moyen, vers son bord postérieur; ces noyaux sont enchâssés dans un parenchyme pulmonaire en hépatisation rouge, avec large zone périphérique de congestion. Le bord antérieur de ce poumon est manifestement emphysémateux. En raclant la surface de section des noyaux de pneumonie grise on obtient un liquide composé presque exclusivement de pus, dans lequel nagent de petits grumeaux; le tissu qui compose ces noyaux d'hépatisation grise tombe rapidement au fond de l'eau.

Il n'existe pas d'infarctus, pas de coagulations dans les branches de l'artère pulmonaire. Les tuyaux bronchiques sont remplis de muco-pus rougeâtre. En aucun point il n'existe de tubercules.

Les autres organes, et en particulier les reins et la rate, ne paraissent pas altérés, à l'œil nu, d'une façon bien appréciable; disons cependant que le foie présente à la coupe l'aspect assez net de la dégénérescence graisseuse. L'intestin n'offre aucune lésion importante. Le cerveau est sain, ainsi que les méninges.

En résumé, il s'agit de trois noyaux de pneumonie parvenus, à leur centre, à la période de l'hépatisation grise, et entourés d'un tissu pulmonaire fortement congestionné. Ce sont des noyaux de pneumonie fibrineuse semblables à ceux que l'on rencontre dans certaines broncho-pneumonies. Les parties grises sont infiltrées de pus mélangé à de la fibrine en dégénérescence granulo-graisseuse; les parties rouges présentent une congestion très intense de tous les vaisseaux, et dans ces points les alvéoles sont remplis de globules blancs et d'hématies englobées dans un réticulum fibrineux. Les cellules épithéliales des alvéoles, dans les points où on les retrouve encore, ont subi des phénomènes de gonflement, de division, de multiplication permettant d'affirmer qu'elles ont pris part à l'inflammation, ainsi que cela se produit dans la plupart des cas.

Les parties hépatisées du parenchyme pulmonaire ont été examinées histologiquement, au point de vue de la recherche des micro-organismes, par M. Vignal, dans le laboratoire de Ranvier au Collège de France. Dans tous les points sur lesquels ont porté les coupes, ainsi que dans les produits du raclage du tissu lésé, il a constaté avec la plus grande netteté l'existence du pneumococcus de Friedländer, généralement entouré de sa capsule. Les préparations obtenues ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Ajoutons enfin, pour terminer cette trop longue description, que le foie présentait, surtout à la périphérie des lobules, une dégénérescence granulo-graisseuse telle qu'on la rencontre dans presque toutes les affections fébriles.

D'autre part, on trouvait, dans les reins, les tubes sécréteurs dilatés, remplis de substance colloïde; les cellules de ces tubes étaient les unes creusées de vacuoles, les autres remplies de granulations et de gouttelettes graisseuses; les vaisseaux de tout l'organe étaient chargés de sang. On voit qu'il s'agit d'une néphrite aiguë diffuse caractérisée par des lésions semblables à celles que l'on a décrites dans les déterminations rénales des pyrexies infectieuses.

III

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur cette observation, nous voyons qu'elle peut se résumer en quelques mots permettant de mieux suivre les grandes lignes, de mieux saisir les points principaux de ce fait clinique.

Un homme adulte, de bonne santé antérieure, fait pendant son travail une chute dans laquelle il se contusionne violemment un point assez limité du thorax. Le jour même il est pris de malaise et l'on voit évoluer, dans la région pulmonaire correspondant à la contusion, un foyer de pneumonie; cette affection revêt une allure grave, se comporte comme une maladie infectieuse, s'accompagnant d'un état typhoïde avec production de diarrhée et d'albuminurie, et la mort survient le quatorzième jour.

L'autopsie révèle un foyer de pneumonie à forme un peu particulière dans les parties supérieures du poumon droit, et du côté du foie et des reins des lésions accompagnant ordinairement les pyrexies infectieuses. En outre, on constate au niveau des points hépatisés du poumon l'existence de

micro-organismes, trouvés également pendant la vie dans les rares produits d'expectoration qu'il a été donné d'examiner : il s'agit du pneumococcus décrit par Friedländer.

Ce fait soulève, il nous semble, un certain nombre de questions intéressantes, que nous croyons devoir discuter tout au moins, s'il ne nous est pas donné de les résoudre.

Tout d'abord, est-il bien nécessaire d'accumuler les arguments pour établir que cet homme a présenté à notre observation une pneumonie d'origine traumatique? Nous ne le pensons pas. Le début, en plein état de santé, si nettement consécutif à la contusion thoracique, la localisation des lésions dans la région correspondante au traumatisme, la nature même de ces lésions, l'intégrité complète de l'autre poumon ne permettent pas un autre diagnostic; et d'ailleurs l'absence de tout tubercule ancien ou récent, de toute affection cardiaque, viendrait encore lever les dernières hésitations s'il en pouvait rester. Il s'agit bien d'une pneumonie traumatique; ceci n'a été mis en doute par personne.

Mais notre malade est-il mort du fait de sa pneumonie? La question peut paraître singulière, au premier abord, puisque nous sommes affirmatif sur le diagnostic de la lésion pulmonaire et que l'examen nécroscopique n'a fait que confirmer les notions recueillies par l'examen clinique. Aussi, n'est-ce point un doute que nous voulons émettre sur la nature même de l'affection à laquelle notre malade a succombé; mais nous pensons qu'il est utile, dans un cas semblable, de discuter la cause prochaine de la terminaison fatale. En effet, la lésion du parenchyme pulmonaire n'était pas assez étendue, nous dirions volontiers pas assez grave, pour entraîner la mort, tout au moins dans les conditions où elle s'est produite; or, si nous tenons compte de l'état général, surtout pendant les six ou sept derniers jours, si nous nous rappelons l'apparence typhoïde du malade, l'élévation du pouls et de la température, l'apparition de l'albuminurie, de la diarrhée, nous croyons être autorisé à dire que notre malade a succombé à une *maladie infectieuse*, qu'il est mort d'infection générale. Et d'ailleurs, les altérations hépatiques et rénales reconnues à l'autopsie ne viennent-elles pas fournir un appui à notre manière de voir, de même que l'intégrité relative de l'intestin, l'absence de toute lésion des plaques de Peyer éloigne toute idée d'infection typhoïde, de pneumo-typhus.

Mais, nous dira-t-on, puisqu'il s'agit d'une pneumonie traumatique, d'une lésion pulmonaire déterminée et localisée par une contusion, par une violence extérieure, où prenez-vous l'agent infectieux?

Nous serions assez tenté de répondre : l'agent infectieux c'est le pneumococcus; mais nous ne voulons pas trancher encore une question de si haute importance et nous ne pensons pas qu'il soit permis d'être aussi affirmatif avec un si mince bagage d'arguments; un fait ne prouve rien par lui-même, son interprétation est sujette à erreur, et il ne doit représenter qu'une pierre d'attente pour d'autres faits semblables confirmatifs ou contradictoires. Mais, si nous nous interdisons de donner une solution définitive, nous jugeons du moins faire œuvre utile en posant nettement les termes du problème.

Quelle est l'importance de la constatation du pneumococcus de Friedländer dans l'expectoration et dans l'exsudat fibrineux intra-alvéolaire de la pneumonie traumatique; constatation qui se dégage nettement du fait que nous avons étudié?

Deux hypothèses nous paraissent pouvoir être formulées en réponse à cette question. Dans la première, celle qui viendra de suite à l'esprit des adversaires de la nature parasitaire de la pneumonie, l'existence indéniable du pneumococcus dans la pneumonie traumatique fournit la preuve de la banalité de ce micrococcus, et condamne la théorie de la pneumonie infectieuse. Le même organisme auquel on attribuait le pouvoir de créer la pneumonie fibrineuse, ou les noyaux d'hépatisation des broncho-pneumonies, perd tout son prestige, puisqu'il se rencontre identique dans un foyer d'inflammation pulmonaire conséquence directe et manifeste du traumatisme. On trouve le pneumococcus dans l'exsudat des pneumonies, soit; mais c'est là un élément banal, sans aucune valeur pathogénétique.

Dans la seconde hypothèse, la présence du pneumococcus chez notre malade démontre qu'il ne peut se développer un noyau de pneumonie avec exsudat fibrineux sans que le micrococcus spécifique soit là pour produire la lésion, pour présider à son évolution : pas de pneumonie sans pneumococcus.

Mais alors, comment comprendre l'influence si nette du traumatisme? L'apparition de la lésion pulmonaire à la suite de la violence extérieure n'est-elle reliée à celle-ci que par une simple coïncidence? Cette interprétation des faits de pneumonie traumatique est, à coup sûr, inadmissible; et d'ailleurs il est aisé de trouver une explication plus rationnelle et qui puisse davantage satisfaire l'esprit.

Le traumatisme a pu agir de deux façons différentes; il a pu jouer le rôle qui a été attribué dans des circonstances analogues, au coup de froid, si souvent constaté par les divers observateurs comme circonstance étiologique de la pneumonie. C'est-à-dire qu'il a déterminé une congestion, une modification vitale du parenchyme pulmonaire et créé ainsi un terrain de culture pour le micrococcus pénétrant dans les voies respiratoires, ou séjournant depuis plus ou moins longtemps déjà dans les alvéoles où il avait été entraîné par l'air inspiré, mais où il demeurait à l'état latent faute d'un milieu propre à son évolution. Peut-être même est-ce dans ce fait du séjour à l'état latent, admis pour d'autres micro-organismes, qu'on pourrait trouver l'explication des affirmations de S. Platonow (*loc. cit.*) qui aurait constaté le pneumococcus dans l'expectoration d'individus atteints d'affections pulmonaires autres que la pneumonie.

Mais, dira-t-on, si la salive ou le mucus bronchique peuvent renfermer le pneumococcus en l'absence de toute lésion de pneumonie, la valeur de sa constatation dans l'expectoration devient absolument nulle. Nous ne le pensons pas, alors même que le fait serait parfaitement démontré en dehors de la pneumonie, car il y a là une question de quantité, et s'il est possible qu'un ou deux pneumococcus soient aperçus dans l'expectoration d'un bronchitique vulgaire par exemple, jamais on ne trouvera en pareil cas les nombreux diplocoques ovoïdes qui existaient dans les crachats de notre malade. Nous accordons, du reste, que l'examen histologique de l'expectoration puisse ne pas paraître toujours suffisamment convaincante, la bouche, le larynx, la trachée, les bronches étant le réceptacle de toutes les poussières de tous les organismes en suspension dans l'air que nous respirons; mais, lorsqu'à cet examen se joint celui de l'exsudat pulmonaire intra-alvéolaire, et que les résultats de celui-ci sont absolument confirmatifs du premier, il nous semble que la démonstration peut satisfaire les plus exigeants.

Mais, avons-nous dit, le traumatisme peut agir encore d'une autre façon, et celle-ci lui appartiendrait plus en propre, lui serait (qu'on nous passe l'expression) plus personnelle. Il peut, en effet, déterminer des ruptures alvéolaires, et créer ainsi une porte d'entrée au micro-organisme logé dans les alvéoles; la contusion thoracique remplace ainsi l'aiguille de la seringue de Pravaz des expérimentateurs. Ce n'est pas là, d'ailleurs, un fait qui puisse paraître aujourd'hui extraordinaire : la greffe des hydatides, l'auto-inoculation du bacille tuberculeux par le traumatisme ne sont plus à démontrer. Les travaux de Verneuil et de ses élèves nous ont habitués au rôle des traumatismes, et en particulier des simples contusions, au point de vue des auto-inoculations parasitaires et des accidents d'infection générale qui en sont parfois la conséquence.

Cette manière de voir semble s'accorder assez bien avec les faits cliniques que nous avons relevés : contusion violente ; légère expectoration sanglante immédiate ; formation de trois foyers principaux de pneumonie dans la région contuse, sans doute au niveau de trois ruptures du parenchyme, de trois portes d'entrée créée pour le micrococcus ; puis, infection générale consécutive au développement des accidents locaux dans les points d'inoculation ; et enfin terminaison fatale due à l'état infectieux.

Telle est la façon dont pourrait, selon nous, s'expliquer la succession des divers phénomènes sur lesquels nous avons insisté ; nous ne pouvons, d'ailleurs, que regretter une lacune dans notre observation, c'est le défaut d'examen histologique du rein au point de vue du micro-organisme : il eût été intéressant d'être fixé sur l'existence du micrococcus dans le parenchyme rénal, et l'on y eût puisé un argument de grande valeur en faveur de la *maladie infectieuse.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Aussitôt après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, qui d'ailleurs ne contenait aucune note ayant trait à la médecine, la séance a été levée en signe de deuil, pour rendre hommage à la mémoire de M. *Jules Jamin*, secrétaire perpétuel, dont les obsèques avaient eu lieu le jour même.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Riant* se porte oandidat à la placo déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, médecino légalo ot police médicale (*Renvoi à la section*) et présento plusiours ouvrages pour lo concours du prix Vernois en 1886. (Inscrit sous lo n° 5.)

M. le dooteur *Mahé*, médecin sanitairo de France à Constantinople, demando à êtro porté sur la listo des candidats au titre de oorrespondant national dans la première division (*Médecine*).

M. lo doctour *Beugnier-Corbeau* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (*Accepté.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *Bruno Lacombe*, magistrat, un *Discours sur le secret professionnel en médecine;* 2° de la part de MM. *Barral* et *Passy*, une *Enquête sur le crédit agricole;* 3° au nom de M. lo doctour *Cordillo Lazano* (do Madrid), deux ouvrages ayant pour titres : *Tratamiento de la pulmonia* et *Distracciones anticolericas*.

M. *Le Roy de Méricourt* dépose, de la part de M. lo docteur *Bourguet*, une étude imprimée *sur le choléra à Aix en* 1884 *et en* 1885.

M. *Larrey* offre : 1° au nom do M. le docteur *Fabre Tonnerre*, une série de *Rapports statistiques de la municipalité de Calcutta;* 2° de la part de M. le docteur *Werner* (de Markgröningen, Wurtemberg), une *Notice sur Jean-Dominique Larrey;* 3° une série de recueils périodiques publiés aux Etats-Unis sur les sciences médicales.

M. *Dujardin-Beaumetz* présento : 1° de la part de M. le docteur *Huchard*, un mémoire imprimé sur l'*uréthane;* 2° au nom de M. lo docteur *Couetoux*, une observation de *diphthérie* traitée avec succès par sa méthode particulière. — M. *Dujardin-Beaumetz* offre lo 12e fascicule du tome III de son *Dictionnaire de thérapeutique*.

M. *Marjolin* déposo, au nom de M. le docteur *Janot* (de Dercy, Aisne), un mémoire manuscrit relatant trois *Observations* de *grossesses triples*. (Commission : MM. *Blot*, *Tarnier* et *Charpentier*.)

M. *Empis* fait hommago d'un ouvrage de M. *Alphand*, ayant pour titre : *L'Art des jardins*.

M. *Proust* présente, de la part do M. le docteur *Mahé*, médecin sanitaire de Franco à Constantinople, un mémoire imprimé *sur la morche et l'extension du choléra asiatique des Indes orientales vers l'Occident depuis les dix dernières années* (1875-1884) *et sur quelques conséquences qui en résultent*.

Les ptomaïnes et la théorie microbienne. — La discussion, soulevée depuis plusieurs séances, sur les ptomaïnes, les leucomaïnes et les théories microbiennes se continue par un discours de M. *Alphonse Guérin*, dans lequel celui-ci s'efforce de ramener à de justes limites les appréciations formulées par les préopinants. Le médecin utilisera sans nul doute la notion des alcaloïdes cadavériques, ainsi que celle des alcaloïdes pouvant prendre naissance dans les tissus d'un animal qui jouit d'une bonne santé ; mais on ne saurait affirmer que la septicémie par des alcaloïdes ait ruiné la doctrine microbienne. Avant la découverte des ptomaïnes on ne pouvait expliquer la mort rapide qui est causée par le dépôt d'un morceau de cadavre dans les tissus d'un animal bien portant ; mais il y a des septicémies ne ressemblant en rien à l'empoisonnement par les ptomaïnes. Les circonstances dans lesquelles celles-ci se forment devaient se rencontrer très souvent dans les plaies telles qu'on les pansait encore récemment ; mais les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par les ptomaïnes ne se sont peut-être jamais offerts au regard du chirurgien. Il faut en conséquence expliquer tout autrement les septicémies, les infections putrides ou purulentes, débutant par de longs frissons, qui menacent surtout les opérés ; car ces manifestations morbides diffèrent complètement des phénomènes de stupeur et de paralysie musculaire, avec abolition de la contractilité, quelquefois des accès convulsifs, des troubles pupillaires, etc., qu'on observe chez les animaux empoisonnés par les ptomaïnes. M. Guérin tient à rappeler qu'il a été le premier à reconnaître et à proclamer que des ferments ou corpuscules animés de l'air puissent engendrer une maladie. Aussi croit-il de son devoir de ne pas laisser renverser l'édifice dont il a posé la première pierre. Il faut se garder de l'exagération dans un sens comme dans un autre ; les excès dans lesquels sont tombés certains partisans de la théorie microbienne ne doivent pas faire oublier l'influence évidente des germes et, d'autre part, la découverte des ptomaïnes et des leucomaïnes ne ruine pas celle-ci. Car les ptomaïnes ne sauraient expliquer, par exemple, l'érysipèle et l'infection purulente ; peut-être pourront-elles conduire à mieux comprendre le tétanos et l'érysipèle bronzé, maladie qui cause la mort des tissus comme le ferait une dose énorme de venin ; peut-être aussi éclaireront-elles d'un jour nouveau l'histoire de l'infection putride, si différente par ses symptômes comme par ses lésions anatomiques de l'infection purulente.

M. *Peter* désire s'élever de nouveau contre la tendance qu'on aurait aujourd'hui à considérer toutes les maladies comme d'origine parasitaire. C'est ainsi qu'on explique les affections considérées autrefois comme le plus essentiellement inflammatoires. La pneumonie, par exemple, qui se déclare si fréquemment sous l'influence d'un refroidissement, le rhumatisme, cette affection *a frigore* par excellence, on les décrit aujourd'hui comme des maladies infectieuses, caractérisées par des microbes et produites par ceux-ci. Et cela parce qu'on a trouvé des quantités de microcoques dans les poumons des malades atteints de pneumonie. C'est toujours le microbe qui, dans un cas, déterminerait une pneumonie franche, facile à guérir ; ou, dans un autre, une pneumonie typhoïde, presque fatalement mortelle ; ou enfin, une pneumonie qui, par sa gravité, est intermédiaire aux précédentes. N'est-il pas plus rationnel de reconnaître que le froid, cause générale de la maladie, aura agi avec une énergie variable suivant le sujet, suivant la prédisposition morbide de celui-ci ? De même, pour le rhumatisme et l'endocardite végétante dont on a voulu aussi faire une maladie parasitaire, comme si les microbes y pouvaient uniquement faire élection sur l'une des parties les plus profondes de l'économie, en un point essentiellement balayé par le courant sanguin. Ne vaut-il pas mieux admettre que les micro-organismes trouvés dans ces maladies ont été provoqués par les modifications vitales des tissus, à la manière dont se forment les leucomaïnes, agissant comme des ferments anaérobies ?

Il semble à M. Peter qu'il faille voir dans la présence de

ces micro-organismes les conséquences de la transformation en bactéries des granulations cellulaires, décrites par Béchamp sous le nom de microzymas, et dont ses expériences auraient démontré qu'ils seraient le premier état sous lequel se présente la bactérie. Les germes que l'on trouve au milieu des tissus vivants et malades ne seraient donc pas la cause, mais la conséquence de ces maladies, et si, par la suite, ces germes se rencontrent dans l'atmosphère, c'est justement parce que les corps organisés les y ont projetés par leurs exhalaisons. Certains partisans avérés des doctrines microbiennes n'admettent-ils pas en effet que le parasite peut n'être qu'indirectement nuisible, en ce sens qu'il ne l'est que grâce à la sécrétion d'une ptomaïne. Quant aux faits dont ont parlé MM. Léon Le Fort et Verneuil dans la dernière séance, ils démontrent que dans les cas signalés c'est l'état général, c'est l'organisme qui, comme toujours, a été la cause première de tout le mal, et non pas le microbe; celui-ci n'apparaît jamais qu'à la suite d'une modification spontanée de la cellule sous l'influence de l'état mauvais de l'organisme.

Intervenant à son tour dans la discussion, M. *Cornil* suit pas à pas l'argumentation de M. Peter. Il lui objecte tout d'abord, à propos de la pneumonie, qu'il ne faut pas confondre le caractère infectieux d'une maladie avec sa gravité; la pneumonie, la rougeole, la variole, etc., sont à n'en plus douter des maladies infectieuses; il ne s'ensuit pas qu'elles soient toujours graves; et les différences dans la gravité résident justement dans les conditions différentes de l'individu que M. Peter invoque pour expliquer la cause première du mal. Des cultures pures des microbes pneumoniques, lorsqu'elles ont été injectées avec toutes les précautions voulues à des animaux, provoquent fatalement chez ceux-ci l'apparition d'une pneumonie; tandis que l'action du froid n'est qu'une cause banale ne produisant pas plus la pneumonie que d'autres maladies et agissant précisément en faisant de l'organisme un terrain favorable au développement des microbes. De même, pour l'endocardite dont le siège est dans l'un des points de moindre résistance de l'économie, pour l'ostéomyélite dont le parasite se localise dans le tissu d'élection. Si les maladies infectieuses étaient uniquement liées à l'état général de l'économie, il ne devrait y en avoir qu'une, toujours la même. En réalité, les maladies sont différentes parce qu'elles ont pour causes des micro-organismes différents. De même, si l'on admettait les idées que M. Béchamp est seul à partager parmi les micrographes, il ne devrait y avoir qu'une seule espèce de bactérie, puisque, suivant lui, les granulations moléculaires, corps animés, se transformeraient, par le fait de leur évolution naturelle, en bactéries qui ne seraient autres que les bactéries de la putréfaction. Mais personne n'ignore qu'il n'en est pas ainsi; le nombre des bactéries est considérable et l'on en connaît déjà plus de cinquante espèces ayant leur autonomie propre, une action pathogène distincte, et dont l'étude constitue la bactériologie, science nouvelle que ne peut négliger ni méconnaître tout esprit véritablement scientifique. Enfin, M. Pasteur a nettement prouvé qu'aucun milieu intérieur de l'économie ne contient des microbes à l'état normal et que ceux-ci ne se rencontrent que sur les surfaces en rapport avec l'air extérieur. En résumé, la présence de ces organismes dans les maladies infectieuses suffit à prouver leur rôle dans le développement des maladies et, sans nier l'influence des milieux invoquée par l'ancienne école anatomo-pathologique, il faut bien reconnaître que l'école moderne, qui s'inspire autant de la physiologie que de l'anatomie pathologique, fournit une explication bien plus satisfaisante et bien plus rationnelle de la spécificité de ces mêmes maladies.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Pétition pour augmenter le nombre des services hospitaliers: M. Siredey (Discussion: MM. Legroux, Féréol, Hayem). — Pleurésie hémorrhagique. Cancer primitif de la plèvre: M. Dieulafoy. — Hystérie chez l'homme et paralysie par suggestion: M. Debove. — Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée: M. Du Castel.

M. *Siredey*, en présence de l'encombrement toujours croissant des services des hôpitaux, demande à ses collègues de rédiger, pour chaque hôpital, une pétition qu'il se chargera de remettre au directeur général de l'Assistance publique, afin qu'il puisse réclamer, avec plus d'autorité, auprès du Conseil municipal, les crédits nécessaires pour ouvrir de nouveaux services ou créer de nouveaux hospices. Ces établissements seraient destinés à recevoir tous les malades chroniques qui remplissent actuellement les lits des hôpitaux au détriment des vrais malades qu'on ne peut ainsi recevoir dans les salles.

M. *Legroux* demande qu'on joigne à la pétition des observations au sujet du nouveau mode d'admission des malades dans les hôpitaux. Depuis qu'on a supprimé la réception des malades au Bureau central, on donne chaque matin, dans chaque hôpital, un nombre de bulletins d'admission supérieur à celui des lits vacants, si bien que non seulement tous les services sont remplis de brancards, mais qu'on n'évite pas l'inconvénient qu'on voulait supprimer: il faut toujours expédier les malades reçus en trop dans les autres hôpitaux où existent des lits vacants, ou qui sont moins encombrés de brancards. Le directeur de chaque hôpital est obligé de télégraphier à l'administration centrale pour savoir sur quel point diriger les malades qu'il ne peut caser dans son établissement; cette répartition n'est souvent terminée qu'à une heure avancée de l'après-midi. Le progrès est plus que douteux; les malades étaient dans de meilleures conditions au Bureau central, et l'encombrement était moindre.

M. *Féréol* fait observer que ce système n'est pas nouveau, c'est un retour aux anciens errements. Il le croit d'ailleurs préférable dans l'intérêt des malades, qui ne sont plus forcés de faire un voyage au Bureau central, alors qu'on peut les en dispenser. On évite ainsi l'inconvénient de voir revenir le soir dans un service un malade qu'on avait refusé d'y admettre le matin. Seulement il faut prendre garde de ne pas encombrer les hôpitaux de malades chroniques; il ne faut recevoir que les malades *urgents*, et parmi eux on doit comprendre les phthisiques à une période avancée. M. Féréol s'associe pleinement, d'ailleurs, à la proposition de M. Siredey.

M. *Siredey* insiste sur les conditions déplorables d'hygiène créées dans les hôpitaux par l'encombrement; il existe, aujourd'hui, plus de deux cents brancards pour le seul hôpital Lariboisière. Il est impossible de faire de la médecine dans de pareilles conditions! Si l'on renvoie quelques malades, *pour cause d'encombrement*, le lendemain on trouve de nouveaux brancards en plus grand nombre encore!

M. *Hayem* pense, comme M. Féréol, que le nouveau système d'admission est préférable dans l'intérêt des malades, auxquels il évite le voyage au Bureau central, avec retour au même hôpital, ainsi que cela arrivait bien souvent. Mais il faudrait que, chaque matin, le médecin chargé de la consultation dans chaque hôpital fût informé du nombre de lits vacants dans l'établissement; dès lors, il ne recevrait que strictement le nombre de malades que l'on peut garder, et ainsi se trouveraient supprimés et les envois de malades dans d'autres hôpitaux éloignés, et l'encombrement des services.

— M. *Dieulafoy* donne lecture d'une note ayant pour titre: *Cancer primitif de la plèvre. Pleurésie hémorrhagique.* Il

relate l'observation d'un jeune garçon de vingt-trois ans, atteint de pleurésie hémorrhagique, et chez lequel on dut pratiquer trente-six fois la thoracentèse dans l'espace de six mois, retirant ainsi plus de 20 litres de liquide sanglant.— Il discute, à ce propos, le diagnostic différentiel entre l'hématome simple de la plèvre, la pleurésie hémorrhagique cancéreuse ou tuberculeuse, et insiste sur les raisons qui l'avaient porté, du vivant du malade, à soupçonner la pleurésie cancéreuse en dépit de l'âge du malade, de son aspect relativement satisfaisant et des symptômes généraux peu accentués (voy. *Gaz. hebd.*, n° 21, 1885). Le malade mourut le 5 janvier, et l'autopsie montra un cancer primitif de la plèvre diaphragmatique gauche, avec noyaux cancéreux secondaires dans le poumon du même côté, dans les trois premières vertèbres lombaires, la partie moyenne du sternum, les trois dernières fausses côtes gauches, et aussi dans le foie (1 noyau gros comme une noix), dans le rein gauche (2 noyaux gros comme une fève) et dans la cloison interventriculaire du cœur (1 noyau gros comme un grain de chènevis). En résumé : 1° le cancer de la plèvre peut exister chez les jeunes sujets (de dix à vingt-cinq ans); 2° la persistance et la reproduction rapide de l'épanchement, surtout lorsqu'il n'est pas fibrineux, est un signe à peu près certain de cancer. Cependant il existe quelques cas où le liquide hémorrhagique du cancer pleuro-pulmonaire peut être tari après quelques ponctions; 3° les pleurésies, franchement hémorrhagiques, ne deviennent pas purulentes, soit spontanément, soit après vingt, trente et quarante ponctions ; 4° le traitement de la pleurésie hémorrhagique consiste à retirer le liquide lorsqu'il est trop abondant; mais il ne faut intervenir qu'en cas de nécessité réelle et ne retirer que le *trop plein* de la plèvre. En effet, le liquide hémorrhagique étant parfois très riche en éléments du sang, la thoracentèse constitue une véritable saignée, et peut devenir, lorsqu'elle est trop répétée, une cause d'épuisement.

— M. *Debove* présente un homme hystérique, suggestionnable, dont M. Féréol et lui ont déjà entretenu la Société (voy. les séances du 27 novembre et du 18 décembre 1885). Il répète devant ses collègues un certain nombre d'expériences de suggestion, et démontre que la paraplégie dont ce malade a été atteint était bien une paralysie hystérique. (*Sera publié.*)

M. *Féréol* déclare qu'il est entièrement d'accord avec M. Debove au sujet de la nature *hystérique et suggestionnable* de cette paralysie, qu'il avait cru tout d'abord pouvoir rattacher à l'ataxie syphilitique à cause des antécédents du malade et de la suppression du réflexe rotulien. Mais ce réflexe ayant reparu sans que les autres accidents aient été modifiés, M. Féréol avait conçu des doutes sur la nature de la paraplégie et avait admis, avant même que le malade quittât son service pour obéir à l'impérieux besoin qui le poussait à aller retrouver M. Debove, une paralysie névropathique (le terme hystérique lui semble bien impropre lorsqu'il s'agit de l'homme). Il croyait d'ailleurs cette paraplégie spontanée, ignorant alors qu'elle avait été suggestionnée au patient par M. Debove. Voilà une nouvelle extension du cadre des paraplégies; il faudra à l'avenir savoir si les paraplégiques ont passé par le service de M. Debove, ce qui rendrait possible le diagnostic de paraplégie par suggestion.

— M. *Du Castel* lit un mémoire intitulé : *Traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée.* Il rappelle que cette médication, qu'il a préconisée il y a quatre ans, a été depuis lors expérimentée par divers médecins ayant eu à soigner des varioleux, entre autres par MM. Dreyfus-Brisac, Traill (de Lille), Rathery, Tenneson, Balzer, et que les conclusions de ces observateurs sont venues confirmer les heureux effets annoncés par lui-même à la suite de ses premières tentatives thérapeutiques. Cette médication consiste dans l'emploi des injections sous-cutanées d'éther, pratiquées deux fois par jour, et dans l'administration de l'extrait thébaïque à haute dose, en potion : 15 centigrammes pour les femmes, et 20 centigrammes pour les hommes. L'usage du perchlorure de fer, recommandé tout d'abord par M. Du Castel comme adjuvant de cette médication, n'a en réalité qu'une importance accessoire, il paraît cependant diminuer la dysphagie. Il s'est produit quelques variantes dans le mode d'emploi de ce traitement suivant les expérimentateurs; c'est ainsi qu'à l'éther en injections sous-cutanées M. Balzer préfère une potion éthérée; M. Tenneson, au lieu d'une potion d'extrait thébaïque permettant de fractionner les doses, a eu recours à deux pilules de dix centigrammes d'opium dans les vingt-quatre heures. Quoi qu'il en soit, tous les expérimentateurs s'accordent pour reconnaître que cette médication, si elle est employée dès le début, c'est-à-dire avant le troisième jour de l'éruption, diminue considérablement dans tous les cas la suppuration des pustules, et la supprime même à peu près complètement chez les sujets qui ont été vaccinés. Les pustules cornéennes semblent plus rares. On obtient ainsi une modification caractéristique dans l'aspect de l'éruption, qui semble dès lors constituée par des papules épaisses, parfois par de véritables tubercules assez persistants. On voit, en définitive, la variole avoir une tendance très nette à affecter les allures de la varioloïde. Il est assez difficile de savoir si c'est l'éther ou l'opium qui agit en pareil cas avec le plus d'efficacité; M. Du Castel est tenté d'attribuer peut-être à l'opium un rôle prépondérant, parce qu'il a remarqué que les malades qui vomissaient la potion opiacée étaient moins améliorés que les autres. Il recommande de faire les injections d'éther profondément, dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou même dans la masse musculaire, afin d'éviter les accidents douloureux et les eschares qui se produisent lorsque l'injection est faite dans l'épaisseur du derme. La statistique de la diminution de mortalité par l'emploi de ce traitement ne peut encore être fournie, puisqu'on l'a mis en œuvre dans les cas les plus dissemblables comme gravité, et souvent même alors que la maladie était déjà parvenue à une période trop avancée pour qu'on pût espérer le succès.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Intervention opératoire chez les tuberculeux, rapport : M. Chauvel (Discussion : MM. Desprès, Lucas-Championnière, Verneuil, Berger, Reclus, Pozzi, Polaillon, Le Fort, Trélat). — Laparotomie dans les kystes hydatiques du foie : M. Terrier. — Hystérectomie vaginale, présentation de pièces : M. Pozzi.— Septicémie à la suite d'une périostite dentaire : M. Poncet (de Cluny). — Présentation de malade : M. Poulet.

M. *Chauvel* lit un rapport sur un travail de M. Mabboux, médecin-major, intitulé : *Contribution à l'étude des conditions de l'intervention opératoire dans les manifestations locales de la tuberculose.* Cette question, souvent soulevée dans les Sociétés savantes, est loin d'être résolue. La pratique des anciens chirurgiens, celle de Velpeau, en particulier, tendait à supprimer les lésions suppuratives chroniques chez les tuberculeux ; la méthode de Bonnet, pour le traitement des tumeurs blanches, détourna l'attention des chirurgiens de cette question; les notions nouvelles sur la nature des suppurations chroniques des tuberculeux ont remis le problème à l'ordre du jour. Aujourd'hui on peut, à l'égard de leur pratique, classer en deux catégories bien tranchées les chirurgiens : les uns, très hardis, interviennent toujours, au début même de l'affection, qu'ils combattent le plus radicalement possible ; les autres ne font rien et

laissent évoluer les lésions. Est-il possible de s'en tenir à ces opinions extrêmes? Peut-on poser des règles précises, qui guideront la conduite du chirurgien dans un cas donné? C'est dans le but de contribuer à la solution de cette question, que M. Mabboux a rédigé son travail, qui repose sur deux observations. Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, ayant une tuberculose pulmonaire probable, qui présentait une carie du quatrième métatarsien à la suite de laquelle il se déclara une synovite fongueuse des gaines du pied. Le malade, très affaibli, fut amputé en pleine fièvre hectique, il n'en guérit pas moins très rapidement, et ses lésions pulmonaires, sont restées latentes après comme avant l'opération. La seconde observation a trait à un homme de vingt-quatre ans, ayant eu quelques années auparavant une hémoptysie, et qui vit se développer une arthrite du genou gauche à la suite d'un traumatisme. On fit d'abord une ponction, puis, la suppuration ayant envahi la jointure, on pratiqua l'arthrotomie et le raclage de la cavité articulaire; finalement il fallut en arriver à l'amputation. Le malade retira de cette intervention radicale une légère amélioration; la fièvre tomba, il reprit un peu d'appétit, mais succomba néanmoins quelques semaines après à une tuberculose généralisée. Ce dernier fait ne plaide certainement pas bien éloquemment en faveur des opérations chez les tuberculeux; cependant on doit en retenir cet enseignement que le traumatisme, loin d'avoir aggravé l'état général, semble avoir retenti favorablement sur la santé du malade en faisant disparaître la fièvre, en lui procurant le sommeil et l'appétit. Par contre la première observation est un argument pour la doctrine de l'intervention. M. Mabboux se déclare partisan des opérations chez les tuberculeux, et dans les cas de suppurations abondantes, épuisant les malades, la suppression de la cause d'épuisement leur rendra encore de grands services. Il formule dans les trois conclusions suivantes sa manière de voir à ce sujet: 1° l'existence de lésions viscérales n'est pas une contre-indication aux opérations chez les tuberculeux; 2° l'intervention peut empêcher les progrès de la tuberculisation; 3° en supprimant la suppuration, la douleur, toutes les causes d'affaiblissement, elle est encore très utile. Le rapporteur partage les opinions de M. Mabboux. Il rapporte le fait d'un vieux soldat phthisique atteint d'arthrite du genou qu'il a amputé, il y a deux ans, et dont la santé s'est maintenue bonne depuis cette époque. Peut-être arrivera-t-on, dans un avenir prochain, à se comporter vis-à-vis des tuberculoses locales comme on le fait pour les néoplasmes (sarcome, carcinome), c'est-à-dire en supprimant largement la partie malade, menace continuelle pour l'organisme. On ne peut pas en attendant établir de règles fixes sur la conduite à tenir vis-à-vis des manifestations locales externes de la tuberculose. Si l'on ne peut blâmer l'inaction de certains chirurgiens, on ne peut pas davantage blâmer la trop grande hardiesse de certains autres.

M. *Després*, après avoir protesté contre la valeur des signes tirés de la présence des bacilles dans les lésions des tuberculeux, se range à l'avis du rapporteur. On doit opérer ces malades, afin de le mettre en état de mieux résister à l'envahissement de la diathèse; on doit le faire d'autant plus volontiers que les anciens chirurgiens et que de nos jours encore un certain nombre, avec M. Richet par exemple, pensent que toutes les arthrites fongueuses ne sont pas tuberculeuses.

M. *Lucas-Championnière* estime que, bien que cette chirurgie des tuberculeux avancés soit peu intéressante, on doit cependant la faire, ne fût-ce que dans le seul but de permettre aux malades de mourir en paix. Dans les cas de lésions moins avancées il intervient encore et partage à ce sujet l'opinion exprimée par M. Ollier dans son récent *Traité des résections*, lorsqu'il déclare qu'un certain degré de tuberculose n'est pas une contre-indication aux opérations. On doit suivant les cas pratiquer l'amputation ou la résection complète ou partielle, et on est tout à fait surpris, lorsqu'on a suivi plusieurs de ces malades, de voir survenir une rapide amélioration, les malades engraisser et les hémoptysies même disparaître. Pour lui les accidents divers auxquels sont sujets les tuberculeux, n'éclatent pas plus après qu'avant l'intervention.

M. *Verneuil* croit aussi qu'il y a des opérations ultimes, auxquelles on doit consentir simplement pour offrir quelque consolation aux tuberculeux, et alors il faut intervenir largement; mais au début et dans le cours de l'évolution des manifestations locales de la tuberculose on doit pousser la conservation à l'extrême. L'orateur résume son opinion à cet égard de la façon suivante: très conservateur vis-à-vis des lésions commençantes, il est extrêmement radical lorsque les lésions sont avancées.

M. *Berger* a vu des malades chez lesquels les manifestations viscérales de la tuberculose ont rétrocédé après la suppression des foyers locaux de suppuration. Il cite, par exemple, le cas d'un vieux tuberculeux de Bicêtre, qu'il a amputé il y a deux ans et qui, depuis cette époque, a recouvré une très bonne santé. A son avis, le criterium du succès futur des opérations chez les tuberculeux, c'est la réunion par première intention de la plaie opératoire. Pour arriver à ce résultat, il conseille d'opérer aussi loin que possible du foyer tuberculeux et de préférer à cet effet l'amputation à la résection.

M. *Reclus* cite, comme un fait tout à fait remarquable, l'observation suivante: Il pratique une amputation de Lisfranc chez un individu atteint de carie des métatarsiens et obtient une réunion par première intention; mais, après quelques semaines, les lèvres de la plaie se décollent et suppurent, et le malade s'amaigrit. M. Kirmisson vit alors le patient, conjointement avec M. Reclus, et ces deux chirurgiens mettent un moment en question l'amputation de la jambe; cependant ils n'intervinrent pas. Or cet individu a été revu il y a quelques jours par M. Reclus; le travail cicatriciel, après avoir repris dans ce moignon en apparence envahi par les fongosités tuberculeuses, a fourni un si beau résultat que M. Farabeuf en a fait prendre le moule pour le conserver comme un type de l'amputation de Lisfranc.

M. *Pozzi*, ne pouvant amputer la jambe au-dessus des lésions des parties molles, dans un cas d'arthrite tibio-tarsienne, tailla en plein tissu mou, fongueux; mais il eut le soin de gratter complètement les tissus malades et obtint ainsi une guérison complète et rapide. Pour lui, il faut sectionner le squelette loin du foyer tuberculeux; mais pour la section des parties molles il n'est pas nécessaire de s'éloigner autant du foyer malade.

M. *Richelot* a fait l'été dernier, dans le service de M. Terrier, une extirpation partielle de masses ganglionnaires tuberculeuses du cou. Il a obtenu un résultat tel que les ganglions qu'il n'avait pu extirper ont disparu.

M. *Polaillon* rappelle que le malade réséqué du poignet, qu'il a montré à la Société, a parfaitement guéri, bien que toutes les parties malades n'aient pas été enlevées.

M. *Le Fort* fait remarquer que ce n'est pas avec des cas particuliers qu'on peut juger la question de l'intervention opératoire chez les tuberculeux, c'est avec un ensemble de faits, avec une statistique bien faite. D'après celle qu'il a dressée, il y a une vingtaine d'années, et qui contient des observations de malades suivis et revus, il n'y a pas eu un seul cas de méningite à la suite de l'intervention pour les arthrites chroniques du genou; les autres articulations ont aussi fourni de bons résultats, quoique moins beaux. Toujours les opérations partielles se sont montrées inférieures

aux opérations totales. Pour M. Le Fort, il ne faut pas compter seulement avec la diathèse tuberculeuse pour expliquer l'épuisement des malades, mais encore avec les simples suppurations chroniques, surtout lorsqu'elles ont les os pour point de départ.

M. *Trélat* constate qu'aujourd'hui les membres de la Société de chirurgie sont plus enclins à opérer les tuberculeux qu'ils ne l'étaient il y a deux ou trois ans, lors de la discussion à ce sujet. Pour lui, son opinion n'a pas varié depuis cette époque; il l'a exprimée au dernier Congrès de chirurgie, et un certain nombre de chirurgiens, MM. Socin (de Bâle), Bœckel entre autres, ont dans cette assemblée partagé sa manière de voir. Il faut, en présence d'un foyer tuberculeux accessible aux moyens chirurgicaux, enlever tout ce qui est malade; il faut en un mot faire une opération complète, opération qui, complète au point de vue de la lésion tuberculeuse, peut bien entendu n'être que partielle vis-à-vis d'une jointure ou d'une partie du corps donnée. La question délicate est de savoir jusqu'où s'étend la maladie et s'il n'y a pas de foyer latent à côté; c'est à la résoudre que doivent s'appliquer tous les efforts du clinicien. On ne peut mettre en opposition pas plus qu'en parallèle l'amputation et la résection dans le traitement des arthrites tuberculeuses, l'une et l'autre ont leurs indications, l'une et l'autre, pourvu qu'elles soient opportunes, donnent d'excellents résultats.

— M. *Terrier* communique une observation de kyste hydatique de la face inférieure du foie traité par la laparotomie. La tumeur avait le volume d'un gros kyste de l'ovaire, mais on sentait très bien son pédicule hépatique et le diagnostic en avait été fait avant même la ponction exploratrice. La paroi abdominale ayant été incisée, on trouva une énorme poche, renfermant soixante-deux hydatides, adhérente de toutes parts à la partie abdominale, à l'épiploon, à l'intestin. Ces adhérences furent disséquées avec soin et le large pédicule du kyste mis à nu, puis on en réséqua une grande partie et on sutura la portion restante à la paroi abdominale, comme on le fait pour les opérations incomplètes de kyste de l'ovaire. Pendant les premiers jours, il s'écoula une grande quantité de bile, d'abord inodore, puis bientôt répendant une odeur de putréfaction insupportable, odeur qui disparut sous l'influence de lavages antiseptiques répétés. Au bout de deux mois la guérison était complète. En présence de ce cas particulier, de cet énorme kyste adhérent par tous les points de sa superficie aux organes voisins, M. Terrier se demande si véritablement il a lieu de songer à un autre mode de traitement que celui qu'il a employé? Que pourraient contre un semblable kyste la ponction simple ou double, suivant le dernier procédé de M. Verneuil, la ponction avec la flèche de Canquoin de M. Tillaux, ou même l'incision?

M. *Reclus* rapporte très brièvement une observation d'opération de kyste hydatique du foie, qu'il se propose de communiquer prochainement dans tous ses détails. Un malade présente des symptômes non douteux de kyste hydatique du foie; M. Reclus fait sur la tumeur une incision de 21 centimètres et tombe sur le tissu même du foie, qu'il incise petit à petit jusqu'à ce qu'il rencontre la poche, d'où s'échappent neuf litres de liquide hydatique. Il suture, après évacuation de la poche, les parois de la tumeur aux lèvres de l'incision abdominale, et le malade peut être considéré aujourd'hui comme définitivement guéri, sans avoir présenté d'autres accidents que l'exhalation durant quelques jours d'un liquide répandant une horrible odeur de vieux chenil.

— M. *Pozzi* présente deux pièces pathologiques d'utérus qu'il a enlevés par l'hystérectomie vaginale. La première provient d'une femme de quarante-sept ans, ayant depuis vingt mois des pertes sanguines fétides et un utérus remontant à mi-hauteur entre le pubis et l'ombilic. Au toucher, le col paraissait absolument sain et on porta le diagnostic; cancer primitif du corps. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée, non sans de très grandes difficultés en raison du volume de l'utérus, et la malade, très affaiblie par ses pertes antérieures, succomba le troisième jour après l'opération. La pièce anatomique montra qu'il ne s'agissait pas d'un cancer du col, mais d'une métrite hyperplasique interstitielle avec un petit polype dans l'épaisseur des parois. La seconde pièce appartenait à une jeune femme de vingt-trois ans, atteinte d'épithélioma du col. L'hystérectomie vaginale fut très facile, et comme les deux ovaires se présentèrent au moment de la ligature des ligaments larges, on les enleva. La malade s'est rapidement rétablie.

— M. *Guéniot* rappelle que M. Tillaux a rapporté à la Société, en 1868, une observation en tout semblable au premier fait de M. Pozzi. Considérant que le cancer de l'utérus se développe surtout de haut en bas, c'est-à-dire qu'il a plus de tendance à gagner du côté du vagin que du corps de l'organe, M. Guéniot se demande si, au lieu de chercher à faire remonter l'acte chirurgical le plus haut possible du côté du fond de l'utérus, il ne serait pas plus logique de descendre sur les parties supérieures du vagin.

— M. *Poncet* (Val-de-Grâce) présente une observation et des préparations microscopiques relatives à un cas de mort par carie et périostite dentaire.

Le malade, homme de quarante-six ans, sous-officier à la garde républicaine, fatigué et alcoolique, était entré à l'hôpital dix jours après le début de l'affection. Il portait à l'angle de la mâchoire une fluxion dentaire non fluctuante et présentait déjà à son entrée tous les signes d'un empoisonnement putride. Le lendemain, il survint aux deux avant-bras un œdème mou, étendu, sur toute la face externe et surmonté à droite de vésicules larges, remplies de sérosité citrine.

La malade mourut quarante-huit heures après.

L'autopsie démontra la présence de petits abcès lenticulaires sous le maxillaire droit et le long du sterno-mastoïdien dans la moitié supérieure. L'œdème des avant-bras était susaponévrotique et purulent dans les loges graisseuses cellulaires. La rate était ramollie, en bouillie. Le foie, légèrement sclérosé et graisseux. Le cœur contenait de gros caillots dans le ventricule droit.

Rien dans la description des empoisonnements purulents ou putrides ne se rapporte à ces œdèmes séreux des avant-bras: ce ne sont ni des abcès métastatiques, ni des érysipèles, ni des œdèmes malins, puisqu'il n'existait pas d'induration.

Ces foyers métastatiques œdémateux contenaient des microbes en quantité; ils étaient absolument constitués par des micrococci fourmillant au milieu des globules blancs, ainsi que les préparations histologiques l'ont démontré.

M. Poncet, dans les caillots du cœur, a retrouvé ces mêmes microbes, répandus en véritables colonies. Les caillots s'étant formés avant la mort, les microbes avaient eu le temps de s'y développer en cultures, dépassant en surface 1/10e de millimètre. Sur une coupe de 1 centimètre carré il en existait plus d'une trentaine. Ils offraient alors la forme de leptothrix, et les colonies au milieu de la fibrine étaient constituées par l'enchevêtrement de ces longues traînées de microcoques.

En somme, ce malade a succombé à l'infection putride microbienne partie d'une carie dentaire. Ces œdèmes, non décrits dans les traités classiques, sont d'un pronostic grave et doivent prendre place à côté des abcès métastatiques de la résorption purulente. Ils sont constitués par des amas de microcoques, qui se trouvent à un état plus avancé de développement dans les caillots du cœur.

— M. *Poulet* présente un malade chez lequel il a pratiqué la laparotomie, pour un volumineux kyste hydatique du foie. La guérison est aujourd'hui absolument complète.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT PRÉSIDENT PERPÉTUEL.

Mode de développement des cavités articulaires chez les mammifères : M. Retterer. — Nouveau classement des alcaloïdes : M. Œchsner de Coninck. — Fatigue de l'accommodation auditive : M. Gellé. — Réflexe labial chez le chien : M. Dastre. — Causes d'erreur dans l'évaluation des retards du mouvement sur l'excitation corticale : M. Dupuy. — Discours d'adieu et démission de M. Paul Bert. — Réponse de M. Grimaux.

M. *Retterer* résume les résultats de ses recherches sur le mode de développement des cavités articulaires chez les mammifères. L'établissement de ces cavités n'est, en somme, que la conséquence de l'apparition séparée et distincte des segments cartilagineux et de la rencontre de deux couches chondrogènes évoluant l'une en regard de l'autre. Le squelette primitif n'est pas seulement la charpente primitive du plus grand nombre des vertébrés; son rôle important, longtemps méconnu, consiste dans la formation des cavités articulaires. Sur les mammifères, on voit, en effet, le cartilage précéder l'os partout où il se produira plus tard des mouvements entre les segments du squelette.

— M. *Œchsner de Coninck* propose une revision de la classification des alcaloïdes. Aux deux groupes adoptés des alcaloïdes naturels (alcaloïdes volatils non oxygénés et alcaloïdes fixes oxygénés), il ajoute le groupe des alcaloïdes *fixes* non oxygénés dont la *conessine* et l'*aribine* constituent deux termes bien connus. Procédant de même à l'égard des alcaloïdes artificiels, il les distingue en quatre groupes : les alcaloïdes volatils non oxygénés et oxygénés, les alcaloïdes fixes non oxygénés et oxygénés. Dans une troisième famille (qui rentrera vraisemblablement plus tard dans les deux précédentes) il range les alcaloïdes élaborés dans l'organisme, les *ptomaïnes*, qui sont des produits pathologiques ou de putréfaction; une quatrième famille comprend les alcaloïdes physiologiques de A. Gauthier, ou *leucomaïnes*.

— M. *Gellé* présente une interprétation de l'éclipse du son et de son retour qui s'observent chez les sujets sains, mais, à un degré très exagéré, chez les sourds. A la limite de la perception, dit-il, au voisinage de la zone silencieuse, la recherche de la sensation exige des efforts particuliers d'attention et d'adaptation. La fatigue de l'appareil de transmission et d'accommodation, plus facile à porter à l'état d'épuisement chez le malade, se trahit aussi chez l'individu sain.

— M. *Dastre* indique un nouveau réflexe moteur très localisé, et qui consiste dans l'élévation de la lèvre inférieure du chien quand on excite légèrement la muqueuse gingivale supérieure; ce mouvement est surtout déterminé par le peaucier du menton et s'accompagne du redressement des poils de la région. Le réflexe labial est de ceux qui persistent très longtemps au cours de l'anesthésie.

— M. *E. Dupuy* tire de ses expériences cette conclusion, que le retard du mouvement provoqué par l'excitation corticale n'est plus grand que celui du mouvement obtenu par l'excitation de la substance blanche (Franck et Pitres) que parce que, dans le premier cas, on applique les excitations à la surface de la pie-mère : cette membrane interviendrait comme un corps résistant capable d'exagérer le temps perdu du mouvement. L'auteur aurait obtenu une identité du retard en excitant l'écorce après ablation de la pie-mère et la substance blanche sous-jacente. Il n'indique pas la méthode employée pour contrôler ces mesures comparatives et ne présente aucun tracé chronographique.

— M. *P. Bert* fait ses adieux à la Société de biologie et lui remet sa démission de Président perpétuel. (Voy. son discours dans les *Bulletins* officiels de la Société.)

M. *Grimaux*, se faisant l'interprète de ses collègues, exprime au président les sentiments de la Société et lui offre les vœux qu'elle forme pour l'heureux succès de la tâche qu'il a entreprise.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la toxicité des matières organiques et salines de l'urine normale et fébrile, par les docteurs LÉPINE et AUBERT. — Donnant suite aux recherches qu'ils ont déjà poursuivies sur ce sujet, les auteurs ont institué de nouvelles expériences dans le double but : 1° de comparer, au point de vue de la toxicité, l'urine normale avec l'urine des typhiques, des pneumoniques, etc.; 2° de déterminer respectivement, dans l'urine normale et dans l'urine fébrile, la toxicité des matières salines et celle des matières organiques.

On prend deux chiens à peu près de même poids et autant que possible de même race; on infuse l'urine en nature dans la veine fémorale en notant les symptômes et la quantité injectée jusqu'au moment où survient la mort; puis on incinère une quantité plus considérable de la même urine, on dissout les cendres dans un volume d'eau égal au volume de l'urine incinérée, et l'on infuse cette solution dans le verre de l'autre chien. Or les effets observés sont bien différents, suivant qu'on opère avec de l'urine normale ou avec de l'urine fébrile.

« S'il faut, disent les auteurs, par kilogramme de chien, 60 centimètres cubes d'urine normale pour amener la mort, un volume de solution de cendres *peu supérieur* (65 centimètres cubes, par exemple) produira le même résultat; au contraire, s'il suffit de 25 centimètres cubes d'urine fébrile par kilogramme de chien pour tuer l'animal, il faudra un volume de solution de cendres de beaucoup supérieur (40 centimètres cubes, par exemple). En d'autres termes, la toxicité des cendres, dans l'urine normale, constitue au moins 85 pour 100 de la toxicité totale de l'urine (ce qui donne *par différence* pour ces matières organiques une toxicité inférieure à 15 pour 100), tandis que dans certaines urines fébriles la toxicité des cendres n'atteignait que 55 pour 100 de la toxicité totale (ce qui donne *par différence* pour les matières organiques une toxicité de 45 pour 100). »

La conséquence à tirer de cette expérience est que les urines fébriles renferment des principes de toxicité qui n'existent pas dans l'urine normale. On peut d'ailleurs extraire en partie ces principes au moyen de l'éther (recherches faites par l'un des auteurs en collaboration avec M. Guérin, et publiées dans le *Lyon médical*). D'autre part, les urines fébriles injectées dans les veines, chez le chien, déterminent d'autres symptômes que l'urine normale.

Nous engageons le lecteur à rapprocher ces expériences de celles qu'on doit à M. le professeur Bouchard. (*Gazette hebdomadaire*, 1884, p. 829.)

Contribution à l'étude du microbe de l'érysipèle, par le docteur Paul JOULLIÉ. — Après avoir rappelé les principaux travaux publiés sur ce sujet, notamment les expériences d'inoculation faites avec succès par Luckomsky, Neudorfer, Tillmans, Orth, Fehleisen, il en relate quelques-unes qui lui sont personnelles. Le sujet étant important et actuel, nous les résumons avec quelques détails.

L'auteur a d'abord examiné au microscope du pus d'érysipèle phlegmoneux. Au milieu de globules du pus et de globules du sang, il a observé des micrococcus isolés, associés deux à deux (diplococcus) et en chapelets d'une longueur assez faible (quatre ou cinq granulations au plus). Ils étaient animés de mouvements de rotation et de translation très évi-

dents. La plupart des préparations examinées correspondaient exactement aux descriptions et aux dessins donnés par M. Cornil. Dans toutes les préparations de pus ou de liquide de culture examinées, on a toujours observé le mouvement indiqué par Dupeyrat (thèse de Paris, 1881).

« J'ai fait le même jour, dit M. Joullié, une culture de ce pus dans du bouillon de Koch. Le lendemain, l'examen de préparations colorées (violet de méthyle) du même pus me permit d'observer les mêmes organismes que la veille colorés en bleu intense. Le tube ensemencé était trouble; le liquide qu'il contenait, examiné sans colorant, présenta une grande quantité de diplococcus et de chaînettes semblables à ceux déjà observés. Un second tube de bouillon fut ensemencé avec le liquide du premier. Je fis ainsi une série de cultures procédant les unes des autres, et chaque jour les anciennes et les nouvelles furent observées. Aux diplococcus et aux chaînettes des premiers jours succédèrent des chapelets de granulations, qui chaque jour devenaient de plus en plus longs, à mesure que les diplococcus et les granulations isolées disparaissaient. Peu à peu des bâtonnets se montrèrent, d'abord rares, puis plus nombreux; les chapelets disparaissaient à leur tour, et finalement on n'observait plus que les bâtonnets, dont le nombre avait augmenté. Quelques-uns de ces derniers étaient bout à bout et paraissaient résulter de l'allongement des micrococcus formant les chapelets et de la dissociation de ces derniers. Ces résultats furent constants. Il semble donc, d'après cela, que le microbe en question n'a pas une forme unique (sphérique), mais qu'il est susceptible de subir une sorte d'évolution durant laquelle sa forme peut changer.

» Ne voulant pas nous en tenir à une seule nature de pus, nous avons examiné aussi du pus de bonne nature que nous avons recueilli chez un enfant amputé d'un bras. Nous avons observé dans ce pus des micro-organismes en tout identiques à ceux qui avaient été observés dans le pus érysipélateux. Les cultures successives qui ont été faites ont présenté absolument les mêmes transformations, pour arriver aux mêmes résultats. Il faut donc admettre que les formes et les transformations observées chez le microbe de l'érysipèle ne lui sont pas spéciales, et qu'il faut chercher ailleurs des caractères capables de le faire distinguer. »

En ce qui touche les inoculations, l'auteur a été moins heureux que ses devanciers. Deux cobayes ont été inoculés. Sur le premier, on a injecté 1 centimètre cube de liquide de culture. L'animal a eu de la fièvre pendant plusieurs jours; il s'est développé autour de la région injectée un abcès sous-cutané, avec œdème assez prononcé. L'abcès, ouvert après plusieurs jours, a laissé échapper du sang mêlé de pus, qui renfermait en abondance les mêmes éléments que le liquide de culture. L'auteur ne croit pas pouvoir affirmer cependant que c'était là réellement un érysipèle.

Quant au second cobaye, on s'est contenté de déposer sur une incision faite à la peau une petite quantité de pus érysipélateux. Aucun phénomène local ne se manifesta; cependant une culture faite avec le sang de cet animal donna des micro-organismes analogues à ceux de l'érysipèle. (*Gazette hebdomadaire de Montpellier*, 12 septembre 1885.)

Influence de la cocaïne, de l'atropine et de la caféine sur le cœur et les vaisseaux sanguins, par le docteur H.-G. Beyer. — De ses expériences l'auteur conclut : 1° la *cocaïne* agit d'une façon extrêmement rapide et uniforme sur le cœur; 2° à petites doses elle a sur cet organe un pouvoir stimulant; 3° à doses modérées elle a une influence inhibitoire sur les contractions ventriculaires; 4° à doses élevées elle produit l'arrêt en diastole, mais les mouvements peuvent reparaître dans la suite; 5° de faibles doses aussi bien que des doses élevées déterminent la contraction des vaisseaux sanguins en dehors de toute intervention du système nerveux central; 6° l'augmentation de la pression sanguine consécutive à l'administration de la cocaïne est due à l'action directe de cet agent sur le cœur et les vaisseaux, l'alcaloïde stimule le premier et resserre les seconds; la chute de la pression qu'on observe après son élévation s'explique par la continuation d'action de la cocaïne sur le cœur seulement, car l'influence constrictive sur les vaisseaux dure plus longtemps que l'influence stimulatrice sur les ventricules du cœur. L'*atropine* à certaines doses augmente le nombre des battements du cœur et le travail qu'il produit; elle exerce une influence inhibitoire sur les contractions du ventricule; elle produit d'abord la contraction, puis la dilatation des vaisseaux; la cocaïne agit sur les vaisseaux atropinisés dans le même sens que s'ils étaient normaux, c'est-à-dire qu'elle détermine leur contraction. La *caféine* à petites doses aussi bien qu'à doses élevées produit la dilatation des vaisseaux; une légère augmentation de la pression artérielle sous l'influence de la caféine doit, par conséquent, s'expliquer par son action stimulante sur le cœur lui-même. (*The American Journal of the medical sciences*, juillet 1885.)

Effets de la cocaïne dans le traitement des blessures de l'œil, par M. Lucien Howe. — L'auteur, après avoir produit artificiellement divers traumatismes (rupture de la conjonctive, abrasion de l'épithélium cornéen, brûlure de la conjonctive, iridectomie simple ou compliquée d'enclavement, cataracte traumatique) sur différents animaux (lapins, cochons d'Inde, chats), les a traités par la cocaïne, et est arrivé à tirer de ses nombreuses expériences les conclusions suivantes : 1° Dans les lésions de la conjonctive, la solution concentrée de chlorhydrate de cocaïne n'a aucun effet appréciable utile ou nuisible sur la guérison. Quand la solution n'est pas saturée, il se produit une légère hyperhémie additionnelle, qui persiste plus longtemps que dans l'autre œil, mais elle n'a d'ordinaire aucune importance pratique. 2° Dans les lésions de la cornée, elle a un effet utile, semblable à celui des autres mydriatiques, mais inférieur à celui de l'atropine. Les solutions non saturées déterminent une abrasion visible de l'épithélium, et, quoiqu'on renouvelle souvent les instillations, la guérison n'en est pas moins retardée. 3° Dans les plaies de l'iris, l'action mydriatique de la cocaïne est évidente; mais là encore elle est inférieure à l'atropine, et elle a une très petite influence sur la rupture des synéchies un peu solides. Les solutions non saturées ne semblent cependant pas entraver le processus réparateur, pas plus que lorsqu'on les emploie pour la conjonctive ou la cornée. En réalité, comme les solutions fortes possèdent des propriétés antiseptiques reconnues, c'est dans ce sens qu'elles paraissent avoir d'heureux effets. (*The New-York medical Journal*, 8 août 1885, p. 152.)

Néphrectomie, ses indications et ses contre-indications, par le docteur Samuel-W. Gross. — Les conclusions suivantes reposent sur une analyse de près de quatre cent cinquante cas d'extirpation du rein : 1° La néphrectomie lombaire offre plus de sécurité que la néphrectomie abdominale. 2° L'extirpation du rein est indiquée : *a.* dans les sarcomes chez les adultes; *b.* dans les néoplasmes bénins à tous les âges; *c.* au début de la dégénérescence tuberculeuse; *d.* dans les ruptures de l'uretère; *e.* dans les fistules uretérales. 3° On doit la pratiquer d'emblée sans attendre que les autres moyens aient échoué : *a.* dans les déchirures sous-cutanées du rein; *b.* dans la protusion du rein à travers une plaie de la région lombaire; *c.* dans les blessures récentes du rein ou des uretères survenues au cours de l'ovariotomie, de l'hystérectomie ou d'autres opérations; *d.* dans les affections suppurées, *e.* dans les hydronéphroses et les kystes; *f.* dans les calculs, lorsque l'un des deux reins est sain; *g.* enfin dans le rein flottant douloureux. 4° La néphrectomie est absolument contre-indiquée dans le sarcome chez les enfants, dans le carcinome à tout âge, à moins, peut-être, que l'affec-

tion puisse être diagnostiquée tout à fait à ses débuts, en dernier lieu dans la période avancée de la dégénérescence tuberculeuse. (*The American Journal of the medical sciences*, juillet 1885.)

BIBLIOGRAPHIE

La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par R. Tripier, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, et L. Bouveret, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon, avec tracés thermométriques et sphygmographiques (Paris, J.-B. Baillière, in-8° de 640 pages, 1886).

Si, depuis les travaux de Fr. Glénard, la méthode de Brand a été l'objet de très nombreuses publications et de discussions multipliées dans les Sociétés savantes, la littérature française ne possède aucune monographie où soient exposées d'une manière détaillée les méthodes de la médication réfrigérante dans la fièvre typhoïde. Cette lacune, MM. Tripier et Bouveret viennent de la combler. Nul mieux que les deux distingués médecins lyonnais n'était à même de mener cette œuvre à bonne fin, car depuis 1871, des milliers de typhiques ont été traités à Lyon par l'hydrothérapie. Ce sont des statistiques étendues, dont la signification absolument favorable ne paraît guère pouvoir prêter à controverse, ce sont des faits précis que produisent MM. Tripier et Bouveret: aussi leur travail ne prête-t-il guère à l'analyse.

Reléguant au second plan les questions de doctrine, ils se sont surtout attachés à nous donner une description minutieuse des procédés de la médication réfrigérante, dans les diverses conditions de la pratique médicale, pratique urbaine, rurale, hospitalière; ils passent successivement en revue toutes les formes de dothiénentérie, et les complications les plus fréquentes de cette maladie et nous montrent, faits en main, quels services peut rendre dans les cas les plus dissemblables la méthode de Brand.

Ce plaidoyer si chaleureux et si convaincu est-il de nature à entraîner toutes les convictions? Nous n'oserions l'affirmer. Mais en tout cas — et notre témoignage ne peut à coup sûr être suspecté — nous avons été singulièrement ébranlé dans nos convictions; nous ne serions nullement surpris que la publication de cet important ouvrage, remettant la question sur le tapis, encourageât les praticiens à expérimenter à nouveau cette médication, qui doit surtout sa défaveur aux doctrines régnantes en pathologie générale, sans parler des tentatives, si malheureuses d'ailleurs, que l'on fait aujourd'hui dans le sens des pratiques antipyrétiques ou parasiticides. Dans cette enquête on ne saurait prendre de meilleur guide que la monographie de MM. Tripier et Bouveret, véritable bréviaire, du moins pour la France, de la méthode hydrothérapique dans la fièvre typhoïde, monographie que son caractère éminemment pratique recommande à l'attention de tous les cliniciens.

L. D.-B.

De l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, législation pénale et jurisprudence, par M. G. Denis-Weil, juge suppléant au tribunal de la Seine. In-8° de 338 pages. Paris, 1886, Marchal et Billard.

L'ouvrage de M. Weil constitue, à proprement parler, ainsi qu'il le déclare lui-même dans la préface, une étude des règles qui régissent la médecine et la pharmacie, mais en tant seulement qu'elles se réfèrent au droit d'exercer la profession. Les peines qui sont prévues par les lois spéciales, et qui sont la sanction nécessaire de la contravention, y sont seulement examinées. Réduit à ces limites, cet ouvrage est assurément des plus intéressants; il est appelé à rendre de très grands services aux magistrats chargés d'appliquer les lois qui se réfèrent à l'exercice de la médecine et de la pharmacie; il fournit aussi des indications précises aux médecins et aux pharmaciens.

Suivant le procédé cher aux jurisconsultes, M. Weil a catalogué les diverses questions soulevées par les lois dont il a fait le sujet de son ouvrage, et à propos de chacune d'elles il a montré les solutions adoptées par la jurisprudence. Ce procédé a de nombreux avantages, en effet, car il rend les recherches faciles et groupe avec précision les renseignements qu'il importe de trouver réunis en présence de contestations à débattre. L'auteur s'est d'ailleurs gardé de faire une nomenclature plus ou moins aride des cas d'espèces et des arrêts dont ils ont été l'occasion; il y a joint une appréciation éclairée et des observations qui témoignent à la fois d'une instruction étendue et d'un sens juridique d'une rare distinction. Sans doute, son livre est surtout écrit pour les magistrats; les médecins et pharmaciens, astreints aux difficultés courantes de la pratique de leur art, n'y trouveront pas toutes les indications qu'ils souhaiteraient y trouver. Mais l'auteur n'en saurait être tenu responsable; la législation de l'an XI est si peu appropriée aux besoins actuels; elle a tellement vieilli au milieu des transformations incessantes de notre état social, qu'elle ne satisfait plus à la plupart des garanties indispensables aussi bien aux médecins et aux pharmaciens qu'aux malades. « La législation ne doit pas demeurer plus longtemps en retard sur les mœurs et la science », telle est l'opinion qui a guidé M. Weil dans son étude, et qui donne à celle-ci une portée toute particulière, bien digne de l'attention des législateurs et du corps médical et pharmaceutique.

A.-J. M.

VARIÉTÉS

Proposition de modifications a apporter dans les concours de fin d'année des internes en médecine, présentée par MM. Moutard-Martin et Nicaise, à M. le Directeur général de l'Assistance publique.

Monsieur le Directeur général,

Nous avons l'honneur, Monsieur le Directeur, d'appeler votre attention sur une question très importante, celle des concours de fin d'année, dits concours des médailles.

Depuis nombre d'années déjà, ces concours ont perdu de leur intérêt, ils sont devenus une simple formalité et ne sont pas pris au sérieux par la plupart des élèves; un trop petit nombre de candidats se disputent les médailles. Le concours, du reste, ne donne des avantages qu'à un seul candidat, à celui qui a la médaille d'or.

De plus, comme les élèves se spécialisent déjà pendant leur internat, il est rare que ceux qui se destinent à la chirurgie soient en état de conquérir la médaille, car la plupart des questions sont naturellement d'ordre médical, du moment où il n'y a qu'une médaille.

Dans ces conditions, est-il utile de conserver le concours des médailles? Chaque année les juges se plaignent du petit nombre d'élèves qui prennent part sérieusement à la lutte et se demandent s'il ne serait pas nécessaire de modifier le concours, soit en changeant la nature de ses épreuves, soit en augmentant le nombre des médailles, soit en donnant aux lauréats d'autres avantages que ceux qu'ils ont aujourd'hui.

Ces idées se retrouvent encore dans le discours prononcé en 1883 à la distribution des prix, par M. le docteur Déjerine, au nom du jury du concours des médailles.

Nous ajouterons que le privilège actuel de la médaille d'or est diversement apprécié. Il est tel, qu'il porte préjudice à deux internes que le lauréat a le droit de déplacer; nous savons que, d'après la lettre du règlement, le préjudice n'existe pas; mais en fait il en est autrement, puisque la coutume est admise que les internes retiennent leurs places d'avance pour leurs trois dernières années.

Il serait préférable de donner à la médaille d'or des avantages qui ne portassent préjudice à personne.

Après ces considérations, nous avons l'honneur de vous proposer, Monsieur le directeur :

De supprimer le concours de la médaille d'argent et de modifier celui de la médaille d'or. Le premier paragraphe de l'article 57 du règlement sur le service de santé, lequel est ainsi conçu : « Les élèves internes sont nommés pour deux ans ; mais, à l'expiration de ce délai, peuvent être seuls appelés à bénéficier d'une troisième et d'une quatrième année d'internat les élèves que le jury du concours aura jugés dignes de cette récompense » (Arrêté du 12 octobre 1842, n° 92422), serait remplacé par un article portant que les élèves internes sont nommés pour quatre années.

Le concours de la médaille d'or serait remplacé par un concours ayant lieu comme actuellement entre les internes de troisième et de quatrième année, concours qui aurait pour but l'obtention de bourses de voyages, de bourses d'études à l'étranger.

Il serait à souhaiter que ces bourses fussent au nombre de quatre par année : deux pour les internes en médecine, deux pour les internes en chirurgie.

Le mouvement scientifique de notre époque est si considérable, et en même temps si disséminé, que tous les progrès ne peuvent se réaliser dans un même pays ; d'où la nécessité pour chacun de connaître ce qui se fait à l'étranger, de voir quelles sont les idées, les méthodes des savants des pays voisins, quels sont leurs moyens matériels, leurs procédés, quels sont enfin les résultats auxquels ils arrivent, et quels sont, parmi ces derniers, ceux qui méritent de s'ajouter aux progrès réalisés par nos compatriotes.

Si, chaque année, l'administration de l'Assistance publique, qui s'est toujours montrée si favorable aux mesures qui peuvent favoriser les progrès de la médecine, voulant ainsi reconnaître les services qui lui sont rendus par le corps médical, si l'administration, disons-nous, envoyait chaque année à l'étranger quatre de ses internes désignés par un concours, elle rendrait un nouveau service à la science française et au pays, et prouverait une fois de plus sa sollicitude pour des progrès dont les malades sont les premiers à profiter.

Ces jeunes docteurs en revenant parmi nous vulgariseraient la science étrangère, et, comme le progrès n'est que le résultat de la mise en œuvre de tous les travaux accomplis par les savants des divers pays, nous serions, au bout de quelque temps, dans les meilleures conditions pour faire de la synthèse scientifique, et ce résultat serait dû à l'initiative de l'administration de l'Assistance publique.

Comme les élèves se spécialisent, avons-nous dit, dès leur internat, il est nécessaire de tenir compte de ce fait et de partager les bourses entre les internes en médecine et les internes en chirurgie.

Ces bourses devraient permettre à l'élève de faire à l'étranger, non pas un simple voyage, mais un séjour de deux ans, si l'on veut arriver au résultat que nous prévoyons plus haut. Le concours comporterait donc des épreuves communes à tous les candidats, puis des épreuves spéciales pour les internes en médecine, et d'autres pour les internes en chirurgie. Il y aurait alors un classement des internes en médecine et un autre des internes en chirurgie.

En terminant, nous vous demandons, Monsieur le directeur, la permission d'insister sur l'utilité qu'il y aurait à mettre ces réformes en pratique dès 1885.

Il serait nécessaire alors de donner à la question une prompte solution, afin que les élèves fussent prévenus de bonne heure des conditions nouvelles dans lesquelles ils vont se trouver.

Veuillez agréer, etc.

Signé : Moutard-Martin et Nicaise.

Paris, le 8 janvier 1884.

La question soulevée par notre projet n'a pas été étudiée en 1884 et aucun crédit n'a été inscrit au budget de 1885.

A propos du budget de l'Assistance publique pour 1886, M. le Directeur a regretté de n'avoir pu inscrire dans ce budget un crédit pour les bourses de voyage ; il avait dû éviter toute dépense nouvelle en augmentation sur le budget de l'année précédente, pour répondre aux observations de la Préfecture de la Seine.

Le Conseil de surveillance a pensé, au contraire, qu'il y avait lieu d'inscrire un crédit pour les bourses de voyage et a voté une somme de 9000 francs.

A notre grand étonnement, le Conseil municipal a rejeté le crédit ; je dis à notre étonnement, car nous croyons que le Conseil est favorable à cette réforme, qui a déjà été acceptée par le Conseil général pour ce qui concerne les internes des services d'aliénés, et cela sur la proposition de M. le docteur Bourneville.

Néanmoins, la question a fait quelques pas en avant, et nous avons vu avec plaisir M. Doléris, au nom du jury du concours de l'internat, soutenir dans son discours, publié dans le *Progrès médical* (1886, n° 7, p. 144), les idées qui ont été déjà soutenues par nous il y a deux ans. Nous pensons donc qu'il n'y a eu cette année qu'un malentendu, et nous espérons que l'année prochaine le Conseil municipal voudra bien donner, comme le Conseil de surveillance, un avis favorable sur cette question.

M.-M. et N.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LA GUÉRISON EXPÉRIMENTALE DE LA TUBERCULOSE.

Nous ne pouvons, on le comprend, répondre à toutes les lettres qui nous sont adressées, ni même remercier individuellement ceux de nos confrères qui ont bien voulu écrire à M. Verneuil ou nous envoyer, avec leur souscription, de si encourageants témoignages de sympathie. Et cependant il en est, comme celui de notre excellent confrère le docteur Zambaco (de Constantinople), auxquels nous aurions aimé à donner la publicité de la *Gazette hebdomadaire*. Mais il nous a semblé qu'il nous était permis de sortir de la réserve que nous nous sommes imposée en publiant la lettre que M. Pasteur vient d'écrire à M. Verneuil. Le patronage de notre illustre maître est si précieux pour l'œuvre dont nous espérons le succès que nous lui devons un hommage exceptionnel de gratitude et de respect.

Paris, 15 février 1886.

A M. le docteur Verneuil.

Mon cher collègue,

Voici ma modeste obole. Acceptez-la, je vous prie, comme une preuve sensible que je m'associe de tout cœur à votre œuvre excellente. Permettez-moi d'ajouter que je suis très heureux de vous donner un témoignage personnel de sympathie. Vous êtes un des grands convertis aux idées qui ont fini par conquérir, en peu d'années, dans le monde entier, tous les esprits non prévenus. Laissons quelques rétrogrades tenter de réhabiliter la plus surannée des doctrines médicales, celle de la spontanéité des maladies virulentes et contagieuses. Si désespérés que soient leurs efforts, ils n'empêcheront pas les jeunes générations de marcher vers la lumière grandissante des doctrines microbiennes.

Avec l'expression de toute ma sympathie et de mes sentiments les plus dévoués.

Signé : L. Pasteur.

Nous tenons aussi, à reproduire, avant de publier notre 3e liste de souscription, la note que notre ami M. Laborde a fait paraître dans le dernier numéro de la *Tribune médicale*. Elle prouve que l'administration hospitalière s'intéresse au sujet qui nous préoccupe. Elle nous permet d'espérer que son concours ne nous fera pas défaut.

« Depuis plusieurs années, dit M. Laborde, le Conseil municipal réclame la création d'hôpitaux maritimes pour les phthisiques et les enfants scrofuleux.

» D'accord avec l'Administration, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a sagement pensé qu'avant d'élever, à grands frais, un nouvel établissement, dans le genre de l'hôpital

de Berck, il convenait d'expérimenter plusieurs points de notre littoral maritime. Il a été également d'avis que l'expérience devait s'étendre à des stations de montagnes, et il a chargé l'administration de se mettre à la recherche d'un certain nombre de stations maritimes et terrestres, sur lesquelles seraient dirigés de petits groupes d'enfants atteints de scrofules ou menacés de phthisie.

» L'administration de l'Assistance publique s'occupe de mener promptement à bien cette enquête, et il y a tout lieu d'espérer que, dans quelques mois, l'expérience si intéressante réclamée par le conseil de surveillance, sera en voie de fonctionnement. »

La *Tribune médicale* ouvre, à son tour, une liste de souscription. Plusieurs de nos confrères de la presse scientifique ont imité cet exemple et nous savons que leur récolte a été déjà fructueuse. La liste suivante ne contient que les souscriptions directement adressées à la *Gazette hebdomadaire*.

Troisième liste.

MM.	Marinoni, directeur du *Petit Journal*	500 fr.
	Zambaco (de Constantinople)	300
	J.-A. Pennès, pharmacien	200
	F. Gille	150
	Pasteur, de l'Institut	100
	La *Revue d'hygiène*	100
	Dalsace, inspecteur des forêts	100
Mme	Marciet	100
MM.	le docteur Millard, médecin des hôpitaux	100
	Villemin, médecin inspecteur de l'armée	100
	le docteur Machelard	50
	le docteur L. Thomas (de Tours)	50
	le docteur Apostoli, médecin-major	20
	Jourdain	20
	le docteur Paris	20
	le docteur Ricochon	20
	le docteur Astier	10
	Dillon, ingénieur	10
Mlle	Briandet	5
MM.	Anonyme	5
	Plaut	3
	Total	1963 fr.
	Listes précédentes	5150 fr.
	TOTAL GÉNÉRAL	7113 fr.

Académie de médecine. — Le concours Vulfranc-Gerdy, pour deux places de stagiaires aux eaux minérales, vient de se terminer par la nomination de M. Boutarel (de Versailles). Aucun autre candidat n'a été jugé apte à ces fonctions.

Conseil général des Facultés. — Conformément au décret du 28 décembre 1885, les délégués de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie de Nancy, au Conseil général des Facultés, sont MM. les professeurs Tourdes et Jacquemin, membres de droit, et MM. les professeurs Bernheim, Heydenreich et Schlagdenhauffen, membres élus.

Société protectrice de l'enfance. — Dimanche dernier avait lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, la séance générale annuelle de cette Société, qui doit au dévouement et à l'activité infatigables de son digne président, M. Marjolin, une prospérité qui lui permet, chaque année, de faire plus de bien. M. Jules Bergeron, qui présidait cette séance solennelle, a su le prouver en rappelant l'origine et en montrant les progrès successifs de l'œuvre qui contribue à assurer partout où la loi de 1874 reste inefficace, la protection de l'enfance. La Société, qui compte aujourd'hui près de 3500 membres, a secouru 1305 familles, distribué 4000 layettes et 25000 francs environ en secours. C'est ce que montre le rapport de M. Blache. M. Marjolin a lu ensuite le rapport sur les médailles décernées aux médecins-inspecteurs et M. Savoye, celui qui attribuait aux mères-nourrices les récompenses qu'elles avaient méritées. Nous aurons l'occasion de revenir sur l'utilité de cette Société, si recommandable et par le bien qu'elle a pu faire jusqu'à ce jour et par celui qu'elle réalisera encore si ses ressources viennent à augmenter comme nous l'espérons.

Société de médecine de Paris. — *Prix Duparcque.* — Ce prix, de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs, sera décerné en 1887 au meilleur mémoire, *manuscrit* et *inédit*, sur un sujet quelconque de pathologie interne. Les travaux destinés au concours devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1887, terme de rigueur.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 26 février). — *Ordre du jour:* M. Vallin: Rapport sur l'enquête concernant la contagiosité de la phthisie pulmonaire. — M. Dujardin-Beaumetz : Du pronostic dans le cancer de l'estomac.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 4 février 1886, M. Vincens, médecin principal de 2e classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Martin Spillmann, décédé à Nancy, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Il était le père du docteur Paul Spillmann, agrégé de la Faculté, et de Eugène Spillmann, médecin principal, décédé l'an dernier à Alger et de M. J. Dumas, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier. — On annonce aussi la mort de MM. les docteurs Gélusseau (de Nantes), Pruvot (de Flixecourt), Damon (Saint-Just, Loire), Cartron (de Le Gua), Briend (de Plœuc, Côtes-du-Nord), Verdet (d'Avenay), Vincent (d'Ay, Marne), de M. le docteur Mac Carthy, médecin à Paris, du Collège Irlandais, de M. le docteur Piton (de Meule) et de M. le docteur Labatut (de Bordeaux).

Mortalité a Paris (5e semaine, du 31 janvier au 6 février 1886). — Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 6. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 26. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 63. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 136. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 22; au sein et mixte, 16; inconnu, 13. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 103 ; de l'appareil circulatoire, 77; de l'appareil respiratoire, 105; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 18. — Total : 1132.

Mortalité a Paris (6e semaine, du 7 au 13 février 1886). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 6. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45. — Phthisie pulmonaire, 198. — Autres tuberculoses, 43. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 61. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 112. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 21; au sein et mixte, 23; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 104; de l'appareil circulatoire, 83; de l'appareil respiratoire, 132; de l'appareil digestif, 36; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 20. — Total : 1135.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité clinique et pratique des maladies des femmes, par M. le docteur Guibout. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 6 fr.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'huile essentielle de térébenthine, par MM. les docteurs Ernest Brémond fils et Gouel. Paris, G. Masson. » »

Mémoires de médecine et de chirurgie, par M. le docteur E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8 de 337 pages. G. Masson. 3 fr.

Des ecchymoses cutanées, étude médico-légale, par M. le docteur E. Perrin de la Touche. In-8 de 171 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5065. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine et Société de médecine publique : Les ptomaïnes et la doctrine microbienne ; la désinfection par les étuves à vapeur sous pression ; le choléra au Guilvinec ; les hospices ruraux.

Dans les communications de MM. Verneuil et Charpentier nous ne voulons relever aujourd'hui qu'un point spécial, qui nous semble avoir une réelle importance, et que la discussion académique actuelle éclairera sans doute. Avec autant d'autorité que de précision, M. Cornil avait prouvé que la doctrine microbienne s'appuyait sur des faits indéniables. Mais il avait ajouté que, pour pouvoir attribuer à un organisme parasitaire un rôle et une activité pathogène spécifiques, il fallait que la bactérie eût une forme, des dimensions, un mode de coloration, etc., tout à fait caractéristiques, et que la culture de ce parasite, morphologiquement déterminé, reproduisît toujours une maladie identique à elle-même. Or, en se plaçant au point de vue exclusivement clinique, M. Verneuil a paru admettre qu'une même plaie pouvait donner naissance tout à la fois à un érysipèle, à un panaris infectieux ou, chez une femme en couches, à une septicémie puerpérale. Et M. Charpentier a affirmé qu'il ne croyait pas à un microbe unique dans l'infection puerpérale, mais que plusieurs organismes de forme très différente pouvaient tous donner naissance à cette forme de la septicémie. On comprend aisément tout le parti que chercheront à tirer de cette hypothèse les adversaires de la doctrine microbienne, en particulier ceux qui pensent, comme M. Béchamps, que les granulations les plus diverses peuvent évoluer en bactéries et nient, par conséquent, ou bien la spécificité des microbes, ou bien la rigueur des observations microscopiques. Il paraît sans doute très simple d'admettre qu'à chacune des formes de la septicémie correspond un microbe spécial. Mais ne peut-on pas, prenant pour exemple la tuberculose ou la syphilis, soutenir aussi que les formes cliniques les plus variées ne prouvent nullement qu'il doive exister plusieurs microbes pathogènes? Et ne serait-il pas dès lors intéressant de résoudre ce point spécial de la doctrine microbienne?

— L'une des mesures prophylactiques dont l'urgence et les avantages sont le mieux démontrés aujourd'hui à l'égard des maladies transmissibles, c'est assurément la désinfection ; mais il est difficile de la réaliser dans la pratique à l'aide de procédés ou d'appareils offrant des garanties suffisantes. La plupart des liquides dits désinfectants n'agissent qu'à un état de concentration les rendant assez impropres à l'usage ou n'agissent que par quantités souvent impossibles à se procurer ou de manier. Pour certains germes transmissibles, ce sont là des procédés inefficaces et illusoires, de même que l'emploi de la plupart des gaz auxquels on attribue des propriétés désinfectantes. Aussi s'est-on préoccupé depuis longtemps de rendre possible la désinfection des objets de literie et des vêtements au moyen de la vapeur humide sous pression, beaucoup plus sûre et plus fidèle que la désinfection par la vapeur sèche. Les étuves à désinfection étudiées en Angleterre et en Allemagne sont nombreuses ; elles ont donné lieu à des travaux importants de la part de bactériologistes éminents, tels que Koch, Gafky, Löffler, Baxter, Erdt, Parson. Beaucoup d'hôpitaux et d'installations sanitaires en sont pourvus ; il existe même en Angleterre plusieurs stations publiques de désinfection, notamment à Londres, Notingham, Liverpool, Edimbourg, etc. De même, en France, divers systèmes d'étuves ont été proposés. A la séance tenue avant-hier soir (24 février) par la Société de médecine publique, M. Grancher a rendu compte, dans une remarquable communication, d'expériences qu'il avait été chargé de faire avec M. Gariel sur les étuves construites par une maison française d'ingénieurs sanitaires, MM. Geneste et Herscher. Ils ont successivement placé au centre de matelas soumis à l'action de la vapeur dans ces étuves des tubes de verre stérilisés contenant divers microbes très résistants, depuis le bacille du rouget jusqu'au bacille-virgule de Koch, aux spores du charbon et au *bacillus subtilis*, et ils ont pu s'assurer que la vapeur humide, pénétrant jusqu'à ces microbes pendant quinze mi-

nutes à une pression de 0^{kg},75, soit 115°,5, avait réussi à les détruire tous. D'aussi bons résultats n'ont pu être obtenus avec une étuve à air sec et à vapeur sous pression : ils ont été tout à fait insuffisants dans l'étuve à air sec chauffé par le gaz de l'hôpital des Enfants-Malades. De ces faits il importe de conclure que les étuves à air sec usitées dans certains hôpitaux de Paris sont des instruments de désinfection des plus imparfaits, tandis que les étuves à vapeur humide sous pression sur lesquelles M. Grancher a expérimenté offrent de réelles garanties et tuent sûrement et d'une manière très facile au point de vue technique et pratique, tous les microbes pathogènes éprouvés. Il est à souhaiter que les installations sanitaires, les établissements hospitaliers, les lazarets soient promptement pourvus de tels appareils, afin que la désinfection si justement prônée devienne autant que possible une réalité.

Dans cette même séance, la Société de médecine publique a entendu un mémoire des plus intéressants de M. Henri-Ch. Monod, préfet du Finistère, sur l'épidémie de choléra qui a sévi au Guilvinec, petite localité du littoral de l'Océan, au cours de l'automne dernier. Le rôle étiologique de l'eau y a été manifeste et les cas de transmission individuelle des plus nombreux. L'étude de M. Monod est remplie de détails curieux et très habilement présentés sur les conditions d'habitat, d'alimentation et de vie des malheureuses populations de ces pays ; le choléra y a trouvé un terrain des mieux préparés pour sa propagation.

Enfin, M. Cheysson, ingénieur en chef des ponts et chaussées, a lu un rapport sur la construction d'hospices ruraux à bon marché, établis par des syndicats de communes, afin de pouvoir unir leurs efforts pour assurer l'assistance à leurs habitants. C'est là une des questions d'hygiène et d'administration des plus graves et du plus haut intérêt. — On trouvera ces diverses communications dans la *Revue d'hygiène* du 20 mars.

La revision de la législation sur l'exercice de la médecine.

(Deuxième article. — Voy. p. 117.)

II. La nécessité du maintien de l'officiat une fois reconnue, il faut se demander quelles différences il serait nécessaire de conserver dans la pratique entre les officiers de santé et les docteurs en médecine. Accorder les mêmes droits aux uns comme aux autres, leur mêmes avantages tant au point de vue de la clientèle que de l'accession aux fonctions publiques et de l'enseignement, ce serait en effet supprimer du même coup les docteurs et diminuer le niveau scientifique du corps médical. Telle ne saurait être la pensée des réformateurs. Il faut, en conséquence, dans l'état actuel des choses tout au moins, apporter certaines entraves à l'exercice de la médecine par les officiers de santé.

La loi du 19 ventôse an XI prescrit, par son article 29, que les officiers de santé ne peuvent s'établir que dans le département où ils ont été examinés par le jury ; ils déclarent, au moment de se présenter pour subir le dernier examen, le département dans lequel ils veulent exercer et, plus tard, s'ils veulent changer de département, ils doivent passer à nouveau des examens probatoires ; ajoutons qu'en général ils obtiennent très justement la dispense de presque tous les examens. On a depuis longtemps signalé les difficultés de toutes sortes résultant d'une telle limitation ; les officiers de santé exerçant dans des communes limitrophes de deux ou plusieurs départements ne peuvent en réalité se refuser à apporter les secours de leur art dans les localités très proches où cependant la loi le leur interdit. Comment remédier à un tel état de choses ? On a demandé tout d'abord que l'exercice dans les villes soit interdit aux officiers de santé, lorsque ces villes ont une certaine population ; mais il leur suffirait d'habiter tout auprès de ces villes pour être exposés à chaque instant à transgresser une pareille défense ; se figure-t-on, par exemple, pouvoir empêcher un officier de santé qui a soigné une famille à Saint-Cloud, d'aller donner des consultations et faire des visites à cette même famille à Paris ? On a, d'autre part, proposé, et tel est l'avis adopté, à la demande de M. Brouardel, par le Comité d'hygiène publique de France, que les officiers de santé n'aient le droit d'exercer leur profession que dans toute l'étendue du ressort de la Faculté, de l'École de plein exercice ou de l'École préparatoire de médecine dans laquelle ils ont été diplômés. C'est un avantage assurément considérable sur la situation présente pour les officiers de santé ; mais il faut remarquer que pour les Facultés de médecine, le ressort est limité au département au siège duquel elles se trouvent et que les difficultés restent les mêmes qu'autrefois dans tous les départements-frontières de ressorts voisins. M. Chevandier et ses collègues ont proposé d'accorder le droit d'exercice sur tout le territoire de la République aux officiers de santé actuels, les seuls qui soient maintenus, puisque leur projet supprimerait désormais l'officiat, et la Chambre des députés a pris en considération, le 4 février dernier, une proposition de M. Wickersheimer, tendant à l'autorisation pour les officiers de santé d'exercer leur art sur tout le territoire ; « il est évident, a-t-on dit à la tribune, que du moment qu'un médecin peut exercer son art dans un département, il est apte à l'exercer dans tous les autres, car les maladies et l'instruction médicale ne changent pas d'un département à l'autre. » Cette opinion a pour elle la logique ; n'y a-t-il pas d'autres moyens de limiter les droits d'exercice des officiers de santé ?

Tous les projets présentés sont d'accord pour soumettre ceux-ci à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales ; on semble également d'avis de réserver à des docteurs en médecine les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens dans les hôpitaux et hospices, de professeurs et agrégés dans les Facultés et Écoles. De ces deux limitations, la première est la plus difficile à réaliser dans la pratique, en raison surtout du vague qui s'attache à la dénomination du terme de « grandes opérations » ; il est des actes chirurgicaux qui ne sont généralement pas d'un caractère urgent et ceux-là sont d'ordinaire du ressort des spécialistes ; mais il en est bien d'autres auxquels il serait souvent impossible d'attacher en droit un caractère strictement limité à l'importance de l'intervention chirurgicale. Il n'en est pas de même de la seconde limitation ; elle est des plus légitimes à notre avis et elle répond par cela même à cette réforme depuis si longtemps souhaitée en France, à savoir l'existence d'un grade unique, conférant le droit d'exercice, et d'un autre grade, de nature plus élevée et de valeur scientifique plus haute, permettant d'aspirer aux plus hautes fonctions dévolues aux médecins. En dehors de cette réforme, on se heurte, on le voit, à des difficultés de toutes sortes, qui risquent de compromettre à la fois le recrutement du corps médical et sa

répartition sur tout le territoire, suivant les besoins des populations.

Ainsi, il paraît impossible de supprimer actuellement l'officiat, par crainte d'augmenter dans des proportions dangereuses pour la santé publique la pénurie déjà trop grande des praticiens ; mais il est urgent de modifier la scolarité et les grades médicaux, de telle sorte que le plus grand nombre possible de jeunes gens puisse obtenir tout au moins le droit d'exercice sur tout le territoire, les fonctions publiques et l'enseignement demeurant réservés aux titulaires d'un diplôme conféré à la suite d'études plus complètes et qui ne soient pas indispensables pour la pratique.

III. Parmi les spécialités qui jusqu'ici échappent le plus à la réglementation de la médecine, l'une des plus importantes est celle de l'art dentaire. Tout a été dit à ce sujet et la *Gazette hebdomadaire* a étudié autrefois cette question avec un grand soin, par les plumes si autorisées de MM. Léon Le Fort et Magitot ; nous n'y reviendrons pas. La proposition de loi de M. Chevandier demande que nul ne puisse exercer l'art dentaire, prendre le titre de médecin ou chirurgien-dentiste et de dentiste, s'il n'en a acquis le droit, soit en vertu de son diplôme de docteur ou de gradué étranger autorisé, soit en vertu d'un diplôme spécial ; mais cette dernière prescription ne serait applicable que du jour où un cours d'art dentaire existera depuis deux ans dans toutes les Facultés ou Écoles de médecine et jusqu'au jour où, dans chacune d'elles, sera institué un jury d'examen, autorisé à délivrer un diplôme de médecin-dentiste ; de plus, les médecins français ou étrangers exerçant actuellement leur art devront, dans le délai de trois mois, à partir du jour de la promulgation de la loi, faire inscrire la déclaration de leur profession de dentiste.

Le Comité d'hygiène s'était déjà, il y a quelques mois, prononcé à cet égard à la suite d'un rapport de M. Gallard. Il vient encore, sur des observations très justes et très précises de M. Brouardel, de demander que la profession de dentiste soit interdite à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré conformément aux conditions que nous avons fait connaître dans le premier de ces articles; toutefois, le droit d'exercer cette profession serait, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste âgé de plus de trente-cinq ans et justifiant, par la production de sa patente, de cinq années d'exercice au jour de la promulgation de la loi ; cette tolérance ne donnerait, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans ces dernières conditions, le droit de pratiquer l'anesthésie.

IV. Quant aux sages-femmes, M. Chevandier se borne à demander, dans sa proposition de loi, qu'elles continuent à exercer la pratique des accouchements dans les conditions actuelles. Il ne serait pas inutile d'inscrire dans la loi quelques-unes de ces conditions, telles que l'obligation pour les sages-femmes de n'employer les instruments dans les cas d'accouchements laborieux qu'avec l'assistance d'un docteur en médecine et de n'ordonner des médicaments, avant l'arrivée du médecin, que pour parer seulement à des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie. La pratique des vaccinations et revaccinations varioliques doit aussi leur être légalement reconnue; il y aurait intérêt à le spécifier.

V. Nous arrivons aux dispositions qui concernent l'exercice de la médecine en France pour les médecins reçus à l'étranger. On sait qu'aux termes de l'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI « le Gouvernement peut, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les Universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République ». Nous n'avons pas à rappeler les inconvénients d'une telle latitude laissée au Gouvernement ; les scandales qui en résultent sont nombreux et bien connus. Quoique, depuis quelques années, trois ans au moins, ces autorisations ne soient plus données qu'à la suite d'une enquête dressée par les corps consultatifs compétents, il n'en est pas moins nécessaire et urgent de régulariser par un texte de loi une telle situation. D'autre part, les travaux si complets de M. Le Fort ont montré que le médecin français ne peut exercer nulle part à l'étranger, sauf en Espagne et en Suisse (et seulement dans trois ou quatre cantons), sans avoir subi dans le pays où il désire s'établir des examens probatoires, quelquefois très rigoureux tant par leur caractère spécial que par les exigences antérieures. La valeur des diplômes étrangers étant souvent très inégale, on ne peut qu'admettre, avec M. Le Fort, que, « s'il est digne de la France d'ouvrir largement ses portes à ceux qui viennent lui demander asile, il ne saurait nous être permis de pousser le libéralisme jusqu'à compromettre la vie et la santé de nos concitoyens en les confiant sans contrôle préalable à l'ignorance ou à l'insuffisance possibles, sinon probables, des médecins étrangers ».

Déjà en 1878, M. Roger-Marvaise avait sollicité de l'Assemblée nationale que les médecins et chirurgiens, gradués dans une Université étrangère, pussent obtenir la dispense de la scolarité après avis de la Faculté devant laquelle ils devaient subir les examens dits d'autorisation, mais ne pussent exercer qu'après avoir passé des examens, l'un théorique et l'autre pratique, donnant droit à un diplôme de médecin ou chirurgien autorisé. De son côté, la Faculté de médecine de Paris émettait, à la date du 26 mars 1879, le vœu que le docteur étranger qui ne peut ni ne veut postuler le grade de docteur français, doit, pour exercer *dans un lieu déterminé :* 1° obtenir le titre d'officier de santé, après examen subi près l'Ecole secondaire ou la Faculté de la circonscription où il désire s'établir; 2° obtenir une autorisation spéciale d'exercer dans les limites déterminées par le diplôme même. De plus, la Faculté, désireuse surtout qu'aucune autorisation d'exercer en France ne puisse être donnée directement par le Ministre de l'instruction publique, il lui paraissait nécessaire que le ministre prenne invariablement, dans tous ces cas, l'avis du Comité consultatif de l'enseignement supérieur.

Dans son projet, M. Chevandier a tenu à ménager une transition entre l'état de choses actuel et celui qui paraîtrait ressortir logiquement de la situation faite au médecin français qui veut exercer à l'étranger, aussi bien que de la difficulté d'apprécier les diplômes étrangers soumis à l'autorisation en France. Suivant lui, le Français et l'étranger, reçus docteurs en médecine à l'étranger, ne pourraient être autorisés à exercer en France ou aux colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant quatre ans à l'étranger, avoir obtenu la dispense de scolarité, avoir subi avec succès, devant une Faculté de l'Etat, deux examens portant sur l'ensemble des études médicales théoriques et pratiques, présenté et soutenu une thèse, etc. ; la dispense de scolarité ne leur serait accordée par le ministre que sur la déclaration, par le Comité consultatif de l'enseignement supérieur, de l'équivalence admise par lui des diplômes ou certificats produits par les candidats avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint; ils payeraient les frais des deux examens et de soutenance de leur thèse. Il autoriserait

toutefois exceptionnellement à exercer, sans être tenus de subir des examens devant une Faculté de l'Etat : les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui auraient rendu de grands services à la science ; ceux qui accompagnent leurs clients dans nos stations thermales ou hivernales, et seulement pour la station même; ceux dont la résidence n'est pas à plus de 20 kilomètres de la frontière française, sous réserve de la réciprocité de rapport du pays voisin. Il imagine enfin tout un ensemble de dispositions visant les cas où ces autorisations pourraient être révoquées, ainsi que les dispenses de scolarité qui pourraient être accordées aux médecins se trouvant dans ces diverses conditions. Or, de celles-ci il en est un certain nombre que le Gouvernement ne pourrait insérer dans une loi sans abandonner de ses prérogatives essentielles et sans paraître nuire aux nécessités de la science et de l'enseignement. Quant au reste, il va de soi que le médecin étranger qui accompagne un client ou une famille dans une ville d'eau ou une station soit thermale, soit hivernale, s'il se borne à exercer son art auprès de ce client ou de cette famille, ne sera jamais considéré comme soumis à la législation médicale du pays où il se trouve momentanément, pas plus que le médecin appelé en consultation ou pour une opération en pays étranger, qui se trouve alors couvert par le médecin l'ayant fait appeler; et pour ce qui concerne les médecins des départements-frontières, ce sont des conventions diplomatiques spéciales qui doivent intervenir en ces cas, ainsi qu'il en a été établi le 22 janvier 1880 à l'égard du grand-duché de Luxembourg et de la France, et le 12 janvier 1881 entre la France et la Belgique.

Si donc nous voulons, dans tous les autres cas, et comme le demandait la Faculté de médecine de Paris à l'occasion du vœu que nous avons rappelé plus haut, que la valeur du diplôme français soit maintenue aux yeux des étrangers, il importe de ne pas leur accorder des faveurs exceptionnelles, qui n'en faciliteraient l'obtention qu'en diminuant le nombre et la nature des épreuves ; il y a lieu non pas d'user d'une sévérité particulière, mais de leur appliquer les mêmes principes qu'à nos nationaux. Le diplôme français ne donne le droit que d'exercer en France ; un docteur français n'obtient pas, de ce fait, le droit d'exercer en pays étranger; la même règle doit être appliquée aux étrangers qui veulent exercer en France. Aussi pensons-nous, avec M. Brouardel et le Comité consultatif d'hygiène, que la loi doit exiger que les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne puissent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées par la législation française. Pour être admis à subir ces épreuves, ils doivent avoir obtenu l'équivalence des études antérieures à la scolarité et l'équivalence de la scolarité elle-même, après avis des Facultés compétentes et du Comité consultatif de l'enseignement supérieur. Toutefois, il est juste que le ministre, mais seulement encore après avis du Comité et de la Faculté, puisse dispenser un médecin reçu à l'étranger des épreuves portant spécialement sur les matières d'enseignement qui forment l'objet des deux premiers examens du doctorat actuel, et comportent ainsi des études toutes élémentaires, telles que la physique, la chimie, l'histoire naturelle médicale, l'anatomie, l'histologie et la physiologie. Toute autre dispense risquerait d'ouvrir la porte à des abus nombreux.

A.-J. Martin.

(*A suivre.*)

De la lèpre.

UN CAS DE GUÉRISON AU MOYEN D'UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT, PAR M. UNNA (DE HAMBOURG).

Les discussions importantes qui viennent d'avoir lieu à l'Académie de médecine de Paris (séances des 28 juillet, 13, 20, 27 octobre 1885), sur la contagiosité de la lèpre, proclamée par les uns, niée par les autres, ont donné une notable actualité aux études faites sur cette maladie. Divers travaux importants ont été récemment publiés à ce sujet en France et à l'étranger ; tels sont la monographie de Vidal (*la Lèpre et son traitement*, voy. *France médicale*, n°s 73-81, 1883) ; les recherches de Cornil et Babès (*Archiv. de physiologie*, n° 5, 1883) sur *la topographie des bacilles de la lèpre ;* les travaux de Leloir (*Sem. méd.* et *Ann. de dermat.*, 1885) ; enfin, dernièrement, l'étude si complète et si instructive de Brocq (*La lèpre doit-elle être considérée comme une affection contagieuse?* voy. *Annales de dermatologie*, 1885, décembre). Dans ce dernier travail, bien fait pour porter la conviction dans les esprits les plus réfractaires aux idées contagionnistes, sont clairement exposés tous les arguments pour ou contre la contagiosité de la lèpre. Comme à notre maître Vidal, qui fut le seul à protester à l'Académie contre les allégations des anticontagionnistes qui font de la lèpre une maladie infectieuse à la façon de la malaria, par exemple, la question de la contagiosité de la lèpre nous semble jugée d'une manière absolue dans le sens positif ; nous n'insisterons donc pas ici sur un fait qui nous paraît acquis (1) et nous rappellerons seulement avec Brocq que la lèpre n'est pas fatalement inoculable à tout le monde, que son incubation est des plus longues (plusieurs années), et que c'est presque toujours sur les parties découvertes que débute la maladie, laquelle a été, la plupart du temps, précédée de diverses éruptions ou dermatoses — véritables portes d'entrée au virus dont Zambaco ne trouve la transmission héréditaire que dans le quatorzième des cas.

Cela dit pour rappeler au lecteur le point où en est la question en France, il nous a paru qu'il ne serait pas sans intérêt ni sans profit de faire ici l'analyse et la traduction, exacte pour les passages les plus importants, d'une remarquable monographie, accompagnée de 9 planches photographiques, qui a paru récemment dans le *Monatshefte für praktische dermatologie*, 1885. Ce mémoire est le résultat de travaux faits et même publiés indépendamment les uns des autres et sans suite les uns avec les autres, mais dont la réunion constitue néanmoins une intéressante et instructive revue sur la lèpre. Les auteurs sont Baëlz (de Tokio), Burow (de Kœnigsberg), Wolr (de Strasbourg) et Unna (de Hambourg). Ces auteurs sont partisans de la contagiosité de la lèpre, contagiosité d'une intensité fort restreinte en vérité, comparable par exemple à celle de la tuberculose, mais incontestable, d'après l'avis et les statistiques relevées par Wolf, en Norwège.

La première partie est constituée par les « Souvenirs de la lèpre en Norvège » avec 6 photographies sur les planches I à IV de Wolf ; la deuxième partie, par une conférence faite, au sujet de la *Lepra Taurica*, par Burow, sur un lépreux devant la Société médicale de Kœnigsberg, le 31 mars

(1) D'après Brocq, on peut résumer les faits positifs, indiscutables, prouvant la transmissibilité de la lèpre du lépreux à l'homme sain, de la façon suivante : 1° le cas de Hawtrey Benson ; 2° les petites épidémies locales du cap Breton et de la Louisiane ; 3° la grande épidémie des îles Sandwich ; 4° l'évolution constante des épidémies lépreuses ; 5° la disparition de la lèpre par l'isolement des lépreux.

1884; la troisième partie, par les contributions à l'étude de la lèpre, par Baëlz; dans la quatrième partie, à la page 33 de l'opuscule, Unna décrit un cas de lèpre dont il croit et semble avoir obtenu la guérison. Malgré toutes les réserves qu'il y a lieu de garder en face de la maladie lépreuse, il est permis de croire que la disparition des tubercules lépreux a été plus complète et plus rapide qu'on ne le voit ordinairement. C'est d'ailleurs sur une base raisonnée que repose la méthode thérapeutique à laquelle Unna a eu recours.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, née en Allemagne, mariée au Brésil en 1868. Très bien portante pendant toute sa jeunesse, elle eut, au début de son séjour au Brésil, un ulcère d'estomac, qui troubla sa santé pendant de très longues années. Dans le courant de l'été 1883, apparurent pour la première fois, à la face interne de l'avant-bras gauche, quelques taches rouges qui se développèrent graduellement : c'était le début d'une lèpre, qui, lente à s'accroître au commencement, marcha ensuite plus rapidement et envahit alors les bras, le visage, puis tout le corps.

Dans les premiers temps, la malade éprouva un malaise général assez marqué, des accès de fièvre multiples pour lesquels, sans soupçonner la lèpre, on lui donna du mercure et des bains sulfureux, puis de l'arsenic, mais sans succès.

C'est alors qu'elle revint en Europe. Unna la vit pour la première fois, le 18 décembre 1884. A première vue il était facile de diagnostiquer un degré prononcé de la lèpre, variété tuberculeuse ou léonine, reconnaissable entre autres signes à cette odeur *sui generis*, qui est si caractéristique bien qu'elle ne soit mentionnée que dans un petit nombre de descriptions. Etaient indemnes le cuir chevelu, les creux sus-claviculaires, les aines et quelques petites zones sur le tronc; en revanche, le visage, les bras et les jambes disparaissaient sous une nappe continue de papules plates infiltrées ou de tubercules lépreux très saillants. Les infiltrats rappelaient assez bien l'aspect de plaques confluentes d'un psoriasis gyrata et serpiginosa. Pour les points circinés, il ne s'agissait pas de points où le centre avait déjà guéri, mais de lésions circinées d'emblée. Les plaques respectées par la lèpre étaient en rapport intime avec les points d'émergence des vaisseaux et des nerfs cutanés : les anneaux lépreux étant au contraire situés à la périphérie des zones vasculo-nerveuses. Les ganglions lymphatiques étaient partout modérément intéressés. Langue normale. Ni sucre ni albumine. Pas d'appétit. Maigreur. Pas de troubles de la sensibilité.

Unna rappelle que la lèpre s'établit ordinairement de préférence dans les régions cutanées où la peau n'est pas sans cesse tendue ou relâchée par le jeu des articulations ou des muscles, mais au contraire dans les points où la peau forme des bourrelets immobiles. C'est ainsi qu'au front on peut voir très infiltrées du néoplasme lépreux les parties immobiles, tandis que celles qui sont souvent déplacées par les muscles forment les dépressions ou rides qui contribuent à réaliser le facies léonin. Aux doigts également, le processus lépreux se développe de préférence dans les régions tendues de la peau des doigts, dans les îlots poilus des deux premières phalanges et non dans les points où la peau est sans cesse distendue ou plissée par le fonctionnement des jointures. Toutefois, le cuir chevelu, la paume de la main, la plante des pieds et autres régions analogues, dignes d'être classées premières parmi celles que les muscles mobilisent peu, jouissent d'une immunité relative. Cette particularité dans la distribution ou la disposition des infiltrats lépreux, n'est donc pas une conséquence du repos musculaire lui-même; on peut dire seulement que l'absence d'une forte tension des tissus favorise la manifestation de la lèpre et qu'au contraire la forte tension des téguments et la pression qui s'ensuit ne permet pas aux nodosités lépreuses de bien se développer.

De cette réflexion, il n'y avait pas loin à chercher de triompher des nodosités lépreuses par le repos et par la compression de la région envahie. C'est l'idée qui vint à l'esprit de Unna quand il constata, en Norvège, dans les services de Danielssen et de Hansen, l'absence totale d'un traitement dermatologique de la lèpre; cette idée fut confirmée par la considération que l'histologie de la peau lépreuse enseigne, à savoir que les bacilles de la lèpre s'attachent étroitement et s'accumulent de préférence autour des arborisations vasculaires de la peau. C'est avec une régularité et une constance vraiment remarquables qu'ils se tiennent autour des réseaux vasculaires superficiels de la peau. Il n'y a que des bacilles isolés qui pénètrent jusqu'aux limites de la bande étroite de tissu conjonctif qui, dépourvu de vaisseaux, s'étend entre le réseau vasculaire superficiel et l'épiderme. D'ordinaire même, aucun bacille ne pénètre dans l'épiderme sans vaisseau. « J'en ai conclu, dit Unna, que le bacille de la lèpre est très avide d'oxygène; donc il m'a paru vraisemblable de tenter de le détruire au moyen d'agents très avides d'oxygène; en conséquence, je me suis proposé d'employer systématiquement contre la lèpre toute la série de nos moyens de réduction intus et extra, à savoir, le pyrogallol, la chrysarobine, la résorcine et l'acide sulfo-ichthyol-ammoniacal (1). » Toutes ces substances furent associées à l'huile ou à l'axonge de manière à constituer un onguent à 10 pour 100, d'une densité uniforme, étendu sur un lint et fixé en place par des bandes sur le tronc et les quatre membres. Le traitement fut commencé le 18 décembre 1884. Unna rapporte en détails intéressants les diverses péripéties et les résultats auxquels l'amena la comparaison de ces quatre topiques. Bientôt la chrysarobine fut abandonnée à cause des irritations qu'elle déterminait sur les conjonctives, et le pyrogallol se montra sensiblement moins efficace que les autres préparations. On continua l'emploi des deux autres substances aux doses suivantes (24 décembre) :

A droite, tronc et jambe : icthyol, 100 grammes; axonge, 70 grammes; huile, 30 grammes.

A gauche, tronc et jambe : résorcine, 20 grammes; axonge, 100 grammes; huile, 80 grammes.

Dès le 1er janvier 1885, on peut constater que tout l'avantage se trouve du côté de l'ichthyol. La différence est manifeste au dos aussi bien qu'à la jambe, où toutes les nodosités sont affaissées jusqu'au niveau de la peau, dont les macules hyper-pigmentaires restèrent d'ailleurs absolument rebelles à toute médication. Dès le 2 janvier, Unna administre l'ichthyol à l'intérieur, matin et soir, dans de l'eau, à la dose de 5 gouttes (traitement exclusif par l'ichthyol).

Il est remarquable de voir la malade elle-même donner de beaucoup la préférence à la pommade ichthyolée à 66 pour 100 malgré son odeur, à cause de l'absence complète de douleur.

Le 3 janvier, les gouttes d'ichthyol sont remplacées par des pilules (1 pilule à 0gr,1 par jour, 4, puis 8 et 10 par jour).

Le 8 janvier commença à se manifester un changement sensible au visage, sur lequel aucun topique n'a encore été appliqué. L'amélioration peut donc bien être attribuée à la médication interne par l'ichthyol : les tubercules du front sont affaissés et devenus plats; ils sont moins livides. A partir de ce jour le visage aussi est soumis à la pommade ichthyolée. Dès le 16 janvier, l'état général de la malade est très amélioré, les forces et le teint et même l'embonpoint reviennent. Toutes les nodosités sont aplaties, mais toutes existent encore.

On fait, le 2 février, un onguent sublimol-ichthyolé, douloureux seulement pendant une demi-heure, à savoir :

Onguent de zinc benzoïné, 500 grammes; acide sulfo-ichthyolique, 50 grammes; sublimé, 5 décigrammes.

Le 8 février. A l'intérieur on continue l'ichthyol, l'état général devient excellent; ni diarrhée ni constipation.

(1) L'ichthyol s'obtient en traitant les produits de la distillation de la roche bitumineuse de Seefeld par l'acide sulfurique concentré; c'est une substance molle comme la vaseline, colorée comme le goudron, etc.; sa caractéristique est d'être très riche en soufre, 10 pour 100 environ (*Agenda médical* de C. Paul, 1886, p. 159).

Le 14 février. La pommade sublimol-ichthyolée est remplacée par la suivante :

Pommade à l'oxyde de zinc benzoïnée.	500 grammes.	
Sulfo-ichthyol ammoniacal............	10	—

De même sur certains points ulcérés on applique des compresses trempées dans une solution aqueuse à 10 pour 100 d'ichthyol. De même les bains sont ichthyolés. A l'intérieur on continue les mêmes doses d'ichthyol, soit 1 gramme par jour.

Le 16 février. La peau devient de plus en plus nette et plus blanche. Aux endroits où il y avait des tubercules auparavant, la peau, quoique tout à fait molle, reste seulement tuméfiée, privée d'élasticité et comme trop large.

La dernière pommade est remplacée par une pâte gélatineuse de zinc et d'ichthyol pour exercer une compression permanente.

Le 3 mars. Quelques nodosités s'étant reproduites çà et là, on fait des frictions avec la vaseline, mêlée de chrysarobine à 10 pour 100, depuis les pieds et les coudes jusqu'au cou, et avec la vaseline mélangée de 10 pour 100 d'acide pyrogallique, depuis le cou jusqu'au vertex : notamment dans les angles des narines, aux oreilles, au nez, de petits emplâtres pyrogalliques sont appliqués.

Le 29 mars. Quelques points tuberculeux et ulcérés n'ont jamais été traités localement afin de s'assurer de l'efficacité de la médication interne. Or ces points n'ont subi aucune modification parallèle à celle des autres parties des téguments.

Le 5 avril. L'ulcération intra-nasale a été définitivement guérie par l'emploi d'un tube en papier enduit de pommade à la résorcine, 25 pour 100.

D'ailleurs, les derniers vestiges d'épaississement ont disparu. On ne peut plus sentir dans tout le corps nul vestige d'infiltration lépreuse. En aucun point, les ganglions accessibles ne sont restés tuméfiés.

Seules, des macules et des taches pigmentaires persistent et sont très rebelles. Il faut lire dans le mémoire de Unna tous les topiques auxquels il a eu recours, depuis l'acide citrique et la résorcine à 1/100, le précipité blanc, 1 pour 50 d'esprit de savon de Hébra, les emplâtres variés, les onguents salicylés à 20 pour 500, jusqu'au masque d'emplâtre mercuriel phéniqué, grâce auquel la couleur du visage est devenue uniforme par le fait des desquamations successives. La photographie IX de la planche IV témoigne de l'amélioration générale.

Le 18 avril. Aucune récidive n'ayant lieu, la malade se dispose à retourner au Brésil. Unna formule la prescription de continuer pendant toute l'année 1885, l'usage interne de l'ichthyol.

De cette observation voici les conclusions que Unna propose de tirer :

« 1° La lèpre tuberculeuse, même quand elle est généralisée et qu'elle subsiste depuis plus d'une année, est curable.

» 2° La guérison de cette lèpre peut être effectuée en un temps relativement court par l'emploi énergique et assidu, *intus et extra*, des agents réductifs de l'oxygène.

» 3° Au nombre de ces médicaments on peut recommander particulièrement les suivants : sulfo-ichthyol ammoniacal ou sodique, chrysarobine, pyrogallol, résorcine.

» 4° Les préparations d'ichthyol doivent être employées extérieurement sous une forme très concentrée. A l'intérieur, la dose quotidienne de 1 gramme paraît suffisante. Comme ce sont les seuls médicaments de cette série qui puissent se prendre à l'intérieur *in infinitum*, ils sont éminemment précieux contre la lèpre viscérale (yeux, testicules, foie, glande lymphatique, etc.). Les préparations d'ichthyol sont d'ailleurs pour la peau moins irritantes que celles de l'acide pyrogallique ou de la chrysarobine.

» 5° Quant à la résorcine, elle peut rendre, comme l'a montré Andeer (*Monatshefte*, 1884, p. 145), de grands services contre la lèpre, sous forme de pommade un peu onctueuse à 20 pour 100, plus encore sous forme d'emplâtre et d'onguent. Elle a l'avantage d'être inodore, de peu colorer, de ne pas irriter les yeux, et de ne jamais nuire, même appliquée sur de vastes surfaces, à la santé générale. On peut donc la recommander comme succédanée de médicaments plus actifs et dans les contre-indications de ces derniers.

» 6° Le pyrogallol est un antilépreux très énergique, et, contrairement à la chrysarobine, peut être appliqué au cou et à la face, ainsi qu'aux mains, à la dose de 5 pour 100. On fera usage de topiques graduellement plus actifs, tels que onguents, emplâtres, taffetas, etc., sur les lésions particulièrement rebelles.

» 7° La chrysarobine est peut-être le plus puissant des topiques antilépreux, mais son emploi est limité par les irritations tégumentaires et conjonctivales. On ne l'emploiera que chez les sujets robustes. Chez les individus plus débiles, on agira de préférence au moyen des sels d'ichthyol et de la résorcine; les plaques réfractaires seulement étant traitées par la chrysarobine.

» 8° Comme meilleur correctif des irritations dues aux agents réductifs, il faut recommander l'usage prophylactique et curatif *interne* de quantités le plus grandes possible d'acide chlorhydrique pour diminuer l'alcalinité excessive du sang.

» 9° Les emplâtres d'acide salicylique et d'un mélange de mercure et d'acide phénique semblent avoir une certaine valeur comme médicaments locaux auxiliaires.

» 10° Pour les motifs suivants, je trouve vraisemblable que la guérison radicale externe de la lèpre équivaut à une guérison absolue, interne aussi bien qu'externe : 1° l'état général de la malade s'est amélioré parallèlement à l'état local; 2° cette modification de la nutrition, redevenue aussi bonne qu'avant la maladie, était manifestement sous l'influence d'un médicament interne (sels d'ichthyol), qui s'est montré être un topique antilépreux doux; 3° ce médicament peut être continué indéfiniment à l'intérieur sans le moindre inconvénient, de sorte que les germes de la maladie qui auraient pu rester à l'intérieur du corps peuvent être également détruits avec le temps. »

Unna ajoute : « J'établis donc le pronostic au sujet d'une récidive plus favorable que dans une poussée de syphilides, vu que le médicament de la lèpre ne peut jamais nuire par un usage continuel, comme le peuvent faire, dans certains cas, le mercure et l'iode; par conséquent, il n'est jamais nécessaire de suspendre l'ichthyol. »

Nous ajouterons seulement une réflexion à propos de cette tentative remarquable de thérapeutique. En effet, jusqu'à ce jour, il n'y avait, pour ainsi dire, pas de traitement dermatologique de la lèpre. Mais ces résultats sont-ils définitifs? Ne faut-il pas compter avec les rémissions spontanées et les récidives qui caractérisent l'évolution de la lèpre? La disparition de la manifestation locale implique-t-elle la destruction de la maladie générale? On ne peut probablement pas plus dire qu'il y a ici guérison de la lèpre que dans la vérole lorsqu'on vient de triompher d'une forte poussée de manifestations syphilitiques?

Dr Barthélemy,

Contributions pharmaceutiques.

COLORATION DES LIQUEURS ANTISEPTIQUES.

La liqueur de Van Swieten est incolore et s'emploie aujourd'hui beaucoup plus souvent en lavage qu'à l'intérieur. Dans les hôpitaux, c'est par hectolitres que l'on prépare la solution de sublimé. Or, en raison des erreurs qui pourraient se commettre, il me paraît utile de donner à la solution antiseptique, quand elle est toxique, une coloration spéciale. En voici quelques exemples :

Solution de bichlorure de mercure.

Sublimé	50 centigrammes.
Eau distillée	1 litre.
Violet de méthylaniline dit violet de Paris	1 milligramme.

Je propose cette couleur violette parce qu'il n'est jamais d'usage de boire un liquide violet.

Solution d'acide borique.

Acide borique	35 grammes.
Eau distillée	1 litre.
Fuchsine cristallisée	1 milligramme.

Cette solution est d'un très beau rose. La solution de borax pourrait être colorée en vert par le vert d'aniline. Ces matières colorantes sont d'un usage courant dans l'industrie. On laisserait la solution d'acide phénique incolore, parce qu'elle a une odeur caractéristique.

Il serait bien utile de remplacer par ces réactifs colorants les étiquettes dont on se contente aujourd'hui. C'est une petite réforme, dira-t-on. Elle serait très appréciée si elle suffisait à éviter une méprise toujours dangereuse, surtout quand on emploie le sublimé.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Traitement des cancers de la matrice par l'hystérotomie, par le professeur Kœberlé (de Strasbourg).

Dans les dernières années il a été beaucoup question de la guérison du cancer utérin par l'ablation totale de la matrice. On est parti de ce point de vue théorique, en apparence plausible, qu'une ablation complète de l'utérus doit mettre plus à l'abri d'une récidive qu'une ablation partielle. Malheureusement cette théorie n'est guère justifiée ni par les résultats des nombreuses opérations de ce genre qu'on a pratiquées, ni par les données de l'anatomie pathologique, et il me semble qu'on n'a pas tenu compte de certains principes importants, d'observation courante, qui dominent la question.

Le cancer primitif du corps de la matrice est excessivement rare et dans ce cas la partie vaginale du col reste longtemps normale, jusqu'à ce que l'état de la malade soit absolument désespéré.

Le cancer de la matrice débute ordinairement par la partie vaginale du col utérin, au voisinage de l'orifice externe de cet organe, et se propage ensuite irrégulièrement, par irradiation, en envahissant peu à peu toute l'étendue de la partie vaginale du col; puis il s'étend au vagin et aux organes immédiatement voisins, qui sont en continuité anatomique, tels que les vaisseaux et le tissu connectif des ligaments larges, ou qui sont en contiguïté immédiate, tels que la vessie en avant, le péritoine et indirectement l'intestin en arrière. Il envahit la vessie d'une manière à peu près constante avant d'avoir atteint la partie moyenne de l'utérus qui correspond à l'orifice interne du col. Comme l'orifice externe du col utérin, point de départ du néoplasme, est éloigné de 4 centimètres au moins de l'orifice interne, la vessie est envahie plus rapidement, parce que la distance qui la sépare du canal cervical et qui est formée par l'épaisseur des parois utérines atteint rarement 2 centimètres.

Aussi longtemps que l'affection cancéreuse n'est pas généralisée et que la dégénérescence maligne n'a pas envahi les ligaments larges et les glandes lymphatiques où viennent se déverser les vaisseaux lymphatiques de la matrice, le fond et le corps de cet organe restent sains et il est absolument inutile de les enlever.

D'autre part, dans les cas de carcinome primitif du corps de la matrice, dans les cas d'épithélioma, de papillome, de fongosités, etc., de la muqueuse de la cavité utérine, il est inutile d'enlever le col utérin lorsque cet organe est resté normal.

L'ablation totale de la matrice, soit par la laparatomie, soit par la voie vaginale, étant incontestablement plus difficile, plus dangereuse que l'ablation partielle soit du col, soit du corps de la matrice, l'hystérectomie doit être réservée pour des cas absolument spéciaux, pour les cas dans lesquels l'hystérotomie partielle ne permet pas de rechercher toutes les parties malades.

Conformément à ces prémisses, l'hystérotomie abdominale doit être réservée uniquement aux cancers primitifs extrêmement rares du corps de la matrice et aux différentes affections qui dépendent de la muqueuse utérine ou du corps de la matrice, lorsque le col utérin est resté normal.

L'hystérotomie vaginale, qui permet d'enlever aisément, dans la plupart des cas, le segment inférieur de la matrice jusqu'à l'orifice interne du col, c'est-à-dire toutes les parties malades, lorsque le cancer n'est pas encore devenu incurable, sera toujours suffisante pour obtenir la guérison, si tant est qu'elle est encore possible.

Ces principes étant posés, si l'on admet, ce qui est incontestable pour tout chirurgien expérimenté, que l'hystérectomie ou l'extirpation totale de la matrice, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, fait courir des risques plus graves que l'hystérotomie vaginale, parce que l'opération est plus difficile et plus dangereuse, il n'y a pas lieu dans les cancers de pratiquer l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale. Cependant une exception devra être faite dans les cas de prolapsus complet de la matrice lorsque l'ablation complète sera plus simple et plus aisée que l'hystérotomie partielle.

Si en pratiquant l'hystérotomie vaginale, croyant que la vessie est encore intacte, on s'est trompé dans le diagnostic, l'opération sera moins dangereuse que l'hystérectomie et elle sera simplement inutile; mais au moins on aura tenté de cette manière de faire tout le possible sans mettre les jours de la malade en danger mortel et sans aggraver son état outre mesure.

J'ai pratiqué neuf fois l'hystérotomie vaginale dans des cas d'affection cancéreuse ou pseudo-cancéreuse du col (épithélioma). Deux cas ont été suivis de récidive et dans un cas trop récent, le résultat est indéterminé.

Je n'ai opéré que dans les cas où le pourtour du col utérin était encore normal et où le vagin ne présentait aucun noyau d'induration dans le voisinage. Le col était plus ou moins ulcéré, saignant, irrégulier, fongueux.

Une fois, en 1879, j'ai fait l'hystérectomie abdominale dans un cas d'épithélioma de la cavité utérine, traité inutilement à plusieurs reprises par le grattage et par la cautérisation. L'opérée est encore très bien portante.

Dans un autre cas, en 1882, j'ai fait successivement

l'hystérotomie vaginale et l'hystérotomie abdominale en operant ainsi l'ablation complète de la matrice en deux temps. Il s'agissait d'un cas de dégénérescence cancéreuse ou pseudo-cancéreuse de la muqueuse de la cavité utérine, ayant envahi partiellement toute l'épaisseur de la paroi du corps de l'utérus. L'examen histologique, avant et après l'opération, fait par deux des professeurs d'anatomie pathologique les plus renommés, avait fait poser le diagnostic de carcinome ulcéré.

La malade, traitée d'abord par Mlle la doctoresse Vœlkin (de Zurich), était âgée de cinquante ans. Elle était affectée depuis le printemps de 1882 d'un catarrhe séro-muqueux, non fétide du canal génital. Quoique la ménopause eût eu lieu depuis plusieurs années, elle eut au mois d'août deux fortes pertes de sang, en même temps qu'il survint par accès des douleurs vives qui s'étendaient en rayonnant des aines vers les os iliaques. La marche de l'affection et l'apparence particulièrement cachectique de la malade firent dès l'abord à Mlle Vœlkin l'impression d'un carcinome. Cependant, le résultat de la palpation bimanuelle rendit notre honorée collègue très perplexe. La matrice, en état d'antéversion, était parfaitement mobile, d'un volume à peu près normal, d'une consistance uniforme, et elle ne présentait en aucun point une sensibilité anormale. Le col était assez mou, non tuberculeux. Le canal cervical avait une largeur anormale, mais il semblait être sain. Le diagnostic paraissait indécis, mais le catarrhe utérin et les douleurs indiquaient une lésion de la cavité utérine. Pendant quelques jours on employa divers remèdes qui restèrent inefficaces. Mlle Vœlkin dilata le col utérin et put ainsi constater directement avec le doigt, en avant et à gauche dans la cavité utérine, une excroissance anormale, qu'elle détruisit avec le doigt et la curette et elle cautérisa la surface d'implantation avec de l'acide nitrique. Après cette opération les douleurs cessèrent pendant dix jours. A première vue l'examen des particules enlevées indiquait une tumeur maligne, et, d'après les résultats de l'analyse microscopique de M. le professeur Klebs (de Zurich), il ne restait aucun doute sur le diagnostic d'un carcinome médullaire constitué par des cellules épithéliales de forme très irrégulière, à gros noyaux.

La malade me fut adressée pour l'hystérectomie. La profondeur de la cavité utérine était de 8 centimètres et demi. Utérus à peu près normal sauf une petite saillie dure en avant vers la gauche. L'orifice du col utérin me parut alors être également malade, soit par suite de la dilatation ou de la cautérisation, soit par suite d'un commencement de dégénérescence, et il me sembla difficile de pouvoir conserver le col utérin. Écoulement séreux, devenant facilement fétide. Douleurs très vives par accès. La malade était veuve depuis longtemps et nullipare. Le canal génital était très étroit et très court et il me parut impossible de pratiquer l'hystérectomie, soit abdominale, soit vaginale.

Dans ces circonstances critiques je me décidai à pratiquer d'abord l'hystérotomie vaginale, sauf à compléter l'hystérectomie par l'hystérotomie abdominale.

En pratiquant l'hystérotomie vaginale il fut possible d'enlever transversalement, à une hauteur de 4 centimètres, le segment inférieur de la matrice jusqu'à l'orifice interne du col, en un point où les tissus ont paru être tout à fait normaux. Du reste, l'hystérectomie vaginale eût été impraticable, séance tenante, en raison de l'étroitesse trop prononcée du vagin et de l'orifice externe du canal génital.

Les douleurs calmées pendant quelques jours revinrent tout aussi intenses qu'avant l'opération.

La laparatomie pratiquée trois semaines après l'hystérotomie vaginale, en raison de la persistance des douleurs, permit de retrancher entièrement la partie restante de la matrice, dont le corps présentait en avant vers l'angle gauche une saillie correspondante à une surface ulcérée de la cavité utérine, où l'on avait pratiqué environ deux mois auparavant un grattage à l'aide de la curette. Les ovaires, très atrophiés, ne furent pas enlevés. Les ligaments larges étaient normaux. M. le professeur Freund a assisté à l'opération. Les douleurs disparurent. Il n'y a pas eu de récidive locale. L'opérée, Mme de P..., est encore bien portante depuis plus de trois ans.

La tumeur utérine a-t-elle été positivement cancéreuse? On peut répondre affirmativement si l'on s'en rapporte à l'analyse microscopique et à l'opinion de MM. les professeurs Klebs et de Recklinghausen; mais elle a dû être encore entièrement localisée, quoique la malade ait eu quelques mois après l'opération un épithélioma de la conjonctive dont elle a été opérée avec succès par M. le professeur Laqueur. Quoi qu'il en soit, je ne voudrais pas affirmer la guérison définitive, eu égard à mon scepticisme relativement à la guérison du cancer par l'hystérectomie, si tant est qu'il y a eu cancer ulcéré sans métastase.

Dans un autre cas d'hystérectomie, je suis intervenu, il y a trois ans, pour un papillome (épithélioma) de toute la muqueuse utérine, s'étendant à l'extérieur jusqu'au pourtour de l'orifice du col, en laissant toutefois la circonférence du col tout à fait intacte. La malade était sujette à des hémorrhagies excessives. Toutefois, sauf l'anémie, l'état général paraissait excellent. Les douleurs étaient peu prononcées et il n'existait pas d'écoulement fétide. Je crus pouvoir tenter l'ablation totale de la matrice, mais malheureusement d'une manière trop tardive, car les ligaments larges étaient envahis par la dégénérescence, et la matrice était adhérente aux intestins. La partie vaginale de la matrice avait été préalablement libérée par une incision circulaire. La laparatomie, pratiquée immédiatement après, donna lieu à une hémorrhagie excessive. Les tissus des ligaments larges se laissaient couper par les ligatures et s'écrasaient, se déchiraient, sous la pression des pinces hémostatiques. L'opérée, Mme d'A..., déjà très affaiblie par ses pertes de sang antérieures, mourut d'hémorrhagie.

Cette opération a singulièrement refroidi mon enthousiasme pour les opérations de ce genre. Je les abandonne volontiers aux chirurgiens dont l'ardeur pour les nouveautés chirurgicales tapageuses n'a pas encore été soumise à de rudes épreuves. Le praticien réfléchi, dans ces cas difficiles, sera toujours d'une réserve extrême, car dans les nombreuses hystérectomies, entreprises à la suite d'un véritable cancer, il n'est guère possible de citer des cas de guérison. La mortalité immédiate est excessive et les opérées, qui guérissent de l'opération, succombent en général d'une manière plus rapide aux suites ultérieures de la dégénérescence.

L'hystérotomie vaginale, ou l'excision soit transversale, soit conoïde du col utérin, telle que je la pratique depuis près de vingt ans, est bien moins dangereuse. Si elle ne guérit pas toutes les malades auxquelles elle est applicable, elle permet au moins de tenter tout ce qui est anatomiquement possible (je ne dis pas chirurgicalement), sans affaiblir les opérées par une perte de sang excessive et sans les exposer à de nombreuses chances de mort immédiate, ce qui toutefois peut être malheureusement un avantage pour quelques-unes de ces pauvres malades désespérées. Je procède de la manière suivante :

La malade est couchée sur le côté droit, en travers du lit, sur le bord duquel le bassin est suffisamment relevé. Une alèse triangulaire, appliquée sous la cuisse gauche, près du genou, et dont les deux chefs sont noués ensemble en passant sur l'épaule droite, maintient ainsi la cuisse gauche, fléchie fortement. A l'aide d'un crochet plat, d'un crochet à anse ou d'un large spéculum de Sims, très court, le périnée est ramené en arrière. On saisit le col utérin à l'aide de plusieurs pinces à griffes, implantées dans les parties saines de cet organe, et on l'amène autant que possible au dehors à l'orifice du canal génital. On introduit dans le col, jusque dans la cavité utérine, une sonde en acier, qui sert de guide pour indiquer la position exacte des parties sur lesquelles on opère. A l'aide du bistouri on circonscrit alors le pourtour du col, dont on sépare entièrement le vagin. Au fur et à mesure que l'on incise, les tissus se rétractent et l'on arrête l'écoulement du sang à l'aide du thermocautère, qu'on applique sur la partie traumatique, que l'on cautérise, que l'on rôtit, jusqu'à ce qu'une mince eschare sèche arrête complètement l'hémorrhagie. L'application du thermocautère doit être rapide, avec une pression légère, suffisante pour arrêter le jet de sang. On garantit les parties voisines du vagin ou des parties génitales par l'intermédiaire d'une petite lame de bois creuse et arrondie au bout pour en empêcher

la brûlure par la vapeur d'eau bouillante et par la chaleur rayonnante du cautère. On lance par intervalles un jet d'eau pour nettoyer et rafraîchir le champ de l'opération. Chaque incision, accompagnée d'une perte de sang, est traitée ainsi. On continue les incisions en coupant toujours perpendiculairement contre la matrice, sans l'entamer, jusqu'à ce que le segment inférieur soit dégagé circulairement à une hauteur suffisante. Si des vaisseaux, artères ou veines utérines, ont un calibre trop important pour gêner la cautérisation par le jet de sang, on les saisit avec des pinces hémostatiques un peu en dehors avant de les couper, si cela est possible, lorsqu'on les aperçoit, ou après les avoir divisés, de manière à pouvoir ensuite facilement les cautériser jusqu'à ce qu'ils soient desséchés et racornis. En procédant ainsi, on ne lèse ni la vessie en avant, ni le péritoine dans le cul-de-sac postérieur. Lorsque la matrice est dégagée à une hauteur suffisante, au delà des tissus qui paraissent sains, on sectionne la matrice elle-même, soit perpendiculairement à la direction de la sonde, soit conoïdement par une incision excavée, en tirant sur le col plus ou moins. Avant de détacher entièrement le segment de la matrice, on le laisse attaché en un point d'une manière suffisante pour pouvoir attirer et maintenir vers l'extérieur la surface traumatique jusqu'à ce que l'hémostase soit bien assurée de toutes parts. On termine en sectionnant directement avec le cautère la partie restante du col.

On applique sur la surface traumatique un léger tampon de charpie ou de coton, imbibé de liniment oléo-calcaire, saupoudré d'une très petite quantité d'iodoforme. Observons, en passant, que le meilleur liniment oléo-calcaire doit être préparé avec une égale quantité d'huile d'olive et d'eau de chaux vive.

L'opération ainsi conduite n'a jamais été suivie d'aucun accident. La cicatrisation est ordinairement parfaite au bout d'un mois.

En résumé, l'hystérectomie dans les cas de cancer de la matrice est très exceptionnellement indiquée. Elle est inutile lorsque la dégénérescence a envahi au delà des limites anatomiques de la matrice.

Lorsque le col ou le corps de la matrice ne sont pas envahis au delà de toute leur épaisseur, l'hystérotomie, soit vaginale, soit abdominale, est suffisante, et cette opération est moins grave que l'hystérectomie.

Pathologie externe.

Contribution a l'étude de la thoracoplastie ou empyème chronique compliqué de trois fistules, traité et guéri par la résection costale, l'abrasion et le drainage, par M. le docteur Vaslin (1).

La pleurésie purulente chronique, quand la suppuration s'est échappée par une ouverture spontanée ou artificielle, peut guérir par un mécanisme bien connu. En effet, le sac pseudo-pleural étant vide, on voit alors se produire les phénomènes suivants: le poumon tend à recouvrer ses dimensions normales, pendant que les côtes et le diaphragme sont portés à reprendre leur situation respective, à l'égard de cet organe: les parois de la collection purulente acquièrent la propriété de s'organiser, pour former un tissu adhésif et rétractile, destiné d'abord à combler la cavité résultant de l'évacuation du pus et ensuite à rapprocher, jusqu'au contact le plus intime, le poumon, les côtes et le diaphragme.

Mais cette évolution curative de l'empyème, par le seul fait de la sortie du pus et des soins consécutifs généralement employés, n'est pas constante. Les obstacles que l'on observe sont les suivants:

Les côtes peuvent rester immobiles et la rétraction des parois thoraciques devient impossible. Le poumon, d'autre part, sollicité par son tissu rétractile et emprisonné dans la membrane adventice a quelquefois plus de tendance à s'éloigner qu'à s'approcher de la paroi costale. Enfin la transformation des parois du sac pseudo-pleural en éléments organisables est parfois insuffisante ou incapable de s'effectuer. Sous l'influence de conditions aussi défavorables, les parois de l'abcès pleural restent écartées les unes des autres. L'air pénètre par les ouvertures devenues fistuleuses, pour remplacer le pus. Les liquides renfermés dans ce foyer acquièrent, par leur croupissement et l'action de l'air, des propriétés très délétères. Le malade s'épuise et la fièvre hectique ne tarde pas à le consumer. Alors, pour prévenir les accidents mortels de la septicémie ou de la tuberculose pulmonaire, il est indiqué d'intervenir suivant une pratique récemment préconisée. Elle consiste dans la résection costale ou la thoracoplastie, à laquelle on peut joindre l'abrasion et le drainage du kyste pseudo-pleural. Toutefois, cette thérapeutique de l'empyème avec fistules étant diversement appréciée, je m'empresse de signaler le fait suivant, le considérant comme susceptible d'élucider, dans une certaine mesure, une question scientifique encore à l'étude et qui a soulevé des discussions importantes au sein de plusieurs Sociétés savantes.

Observation. — Le nommé Fournier (Michel), âgé de vingt-six ans, cultivateur, issu de parents fortement constitués, n'a jamais éprouvé de maladies avant sa conscription. Entré en novembre 1880 au service militaire, il en a supporté les fatigues jusqu'en mai 1884, sans que sa santé et sa constitution faiblissent. Au commencement de mai 1884, étant en garnison à Fontainebleau, il est pris de fièvre, d'une violente douleur au côté droit, avec toux et expectoration hémoptoïque. Admis à l'hôpital de cette ville, il y est traité, pendant deux mois, comme atteint de broncho-pneumonie (certificats des médecins militaires traitants).

Le 8 juillet, Fournier est renvoyé en Anjou, incomplètement rétabli, car dès son arrivée dans sa famille, il est repris de toux, sèche d'abord, puis accompagnée d'une expectoration purulente abondante et subite, comme si, suivant l'expression du malade, « un abcès s'était rompu dans sa poitrine ».

A cette vomique, succède une période d'amélioration de quelques semaines. Mais en novembre et décembre, la toux, la fièvre, l'expectoration purulente, la dyspnée, deviennent telles, que le malade est en danger de succomber. Cependant cet état, excessivement grave, cesse en quelques jours, vers le milieu de décembre, par la formation rapide d'un gros abcès, à la partie antéro-latérale du côté droit de la poitrine et sa rupture spontanée, qui donna issue à plusieurs litres de pus. Deux autres abcès moins volumineux ne tardent pas à se produire et s'ouvrir, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du premier; ils laissent échapper une certaine quantité de pus, environ 500 grammes.

Cette évacuation fortuite de l'épanchement, qui vient si heureusement mettre un terme à des accidents dont la prolongation eût été fatale, n'engendre cependant que quelques semaines de soulagement. Bientôt le malade tombe en proie aux complications de la suppuration septicémique: écoulement purulent abondant par les fistules pleuro-cutanées; frissons suivis de fièvre violente le soir; accès de toux fréquents, accompagnés d'expectoration de pus fétide; anorexie avec amaigrissement et affaiblissement rapide.

Ce n'est que le 20 mai 1885, environ un an après le début de l'empyème et le sixième mois consécutif à son évacuation spontanée, que le malade se présente à mon observation et à celle de mon distingué confrère, M. le docteur Quintard. Nous constatons l'état suivant:

Les téguments offrent la teinte jaune-paille de l'anémie profonde. Les muqueuses sont d'une pâleur extrême.

Dans la station, le malade se tient penché à droite, obéissant par cette attitude à la douleur qu'il ressent dans tout le côté correspondant de la poitrine. Dès qu'il a fait quelques pas, il est pris de dyspnée et de toux, qui l'obligent à s'asseoir et à expectorer une certaine quantité de pus très fétide.

(1) Mémoire présenté à l'Académie de médecine et renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Richet, Lannelongue et Polaillon, rapporteur. Pour le rapport, voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 19 janvier 1886. 2e série, t. XV, p. 105.

A l'inspection du thorax, on découvre à la partie antéro-latérale du côté droit, trois fistules superposées en forme de triangle, distantes l'une de l'autre de 6 à 7 centimètres. Elles livrent passage à une suppuration abondante et infecte, répandue en nappe sur toute la région et absorbée en partie par plusieurs compresses employées comme pansement. Les parois thoraciques correspondantes ne paraissent pas sensiblement déprimées, par rapport à celles du côté gauche qui sont intactes. Avant de procéder à l'exploration de ces fistules et de leurs trajets, je pratique la percussion et l'auscultation comparative des deux côtés de la poitrine.

La *percussion* donne les résultats suivants :

1° A droite, l'élasticité et la sonorité sont conservées dans la fosse sus-épineuse et le creux sous-claviculaire ; la matité est absolue dans tout le reste du côté ;

2° A gauche, l'élasticité et la sonorité sont normales dans toute l'étendue du côté.

L'*auscultation* donne les résultats suivants :

1° A droite, en arrière, le murmure vésiculaire très pur est entendu dans la fosse sus-épineuse et la gouttière costo-vertébrale, jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; plus bas, il est remplacé par un souffle tubaire, qui devient tubo-caverneux sous l'aisselle et la ligne axillaire ; en avant, le murmure vésiculaire, exempt d'altération sous la clavicule, est remplacé, à quelques travers de doigt au-dessous de cet os, par un souffle amphorique, retentissant jusqu'au niveau des fistules.

2° A gauche, la respiration est normale dans toute l'étendue du poumon.

Les signes stéthoscopiques du cœur et des gros vaisseaux ne révèlent aucune lésion organique, mais ils dénotent l'existence d'un bruit de souffle anémique très prononcé.

L'exploration des fistules pleurales et de leur trajet doit nous procurer les notions les plus précises sur l'étendue et la gravité de l'affection thoracique (fig. C).

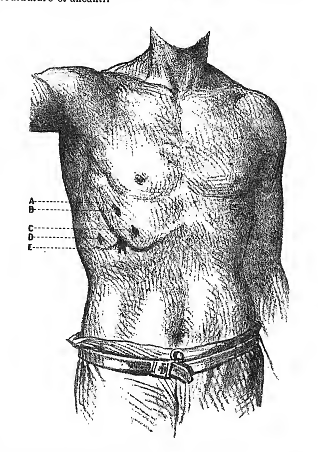
La fistule médiane (voy. fig. B C D), située à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, du sixième espace intercostal, s'est formée la première. Elle est consécutive, comme nous l'avons vu, à l'abcès volumineux dont la rupture a entraîné l'évacuation spontanée de la plus grande partie de l'empyème au mois de décembre 1884. Par son orifice, est introduite une sonde en gomme, à la fois souple et résistante, du calibre n° 10 de la filière Charrière. Elle pénètre sans difficulté, contourne le bord inférieur de la sixième côte, s'engage obliquement en haut, dans la direction du creux axillaire et s'arrête à une profondeur de 26 centimètres devant une surface de consistance fibreuse. Je n'essaye pas de franchir cet obstacle en poussant plus fortement l'instrument. Toutefois, avant de le retirer, je pratique une injection d'eau tiède. A peine 30 grammes de liquide ont-ils été injectés, qu'il survient un accès de toux violent, avec expectoration purulente abondante et menace de suffocation. La sonde est chassée du trajet fistuleux par les secousses de la toux et son expulsion est suivie du rejet d'une partie du liquide injecté, sans qu'il en passe la plus petite quantité par les fistules voisines. Le malade étant très fatigué de cette première investigation, je remets un nouvel examen au lendemain.

La fistule supérieure, de formation ultérieure à la précédente, est située vers l'union de la moitié antérieure avec la moitié postérieure du cinquième espace intercostal. La sonde déjà employée y est introduite facilement, suit un trajet horizontal et ne pénètre pas au delà de 9 à 10 centimètres de profondeur. Une injection d'eau tiède de 60 à 80 grammes est bien supportée, ne provoque pas de toux et revient par la fistule inférieure, sans s'écouler en même temps par la moyenne précédemment explorée.

La fistule inférieure, de même date que la inférieure, a son orifice vers la partie moyenne du septième espace intercostal. En glissant dans son trajet, la sonde s'enfonce obliquement en arrière, en suivant la voussure du diaphragme et s'arrête à une profondeur de 18 à 20 centimètres. Une injection d'eau tiède est bien supportée et ressort par la fistule supérieure sans donner trace d'écoulement par la fistule médiane.

Diagnostic. — En résumé, l'auscultation et surtout l'exploration des trajets fistuleux démontrent l'existence d'un assez vaste foyer pseudo-pleural, divisé en plusieurs loges. La fistule médiane est l'ouverture extérieure unique d'un compartiment communiquant probablement avec les bronches : ainsi s'expliquent les accès de toux et de suffocation, avec crachats purulents sitôt la pénétration du liquide injecté. Les deux autres fistules, supérieure et inférieure, sont les orifices communs d'une ou plusieurs loges isolées de la précédente. Telles sont les notions exactes et si importantes, que révèlent les injections pratiquées successivement et alternativement, par les trois voies d'écoulement du kyste pseudo-pleural.

La quantité du pus rendue par les trois fistules peut être évaluée à 300 grammes par jour et exige jusqu'à quatre pansements quotidiens. Dans les accès de toux, la suppuration est expulsée par les trois orifices à la fois, sous forme de jets. Une fonte purulente aussi considérable, jointe à l'atonie des fonctions digestives et à l'excrétion de l'albumine dans les urines, entraîne une consomption rapide. Depuis deux mois, les nuits sont intolérables. Vers neuf heures du soir, survient un frisson violent, suivi de chaleur intense, de sueurs profuses, d'une toux incessante, accompagnée de crachats porracés et d'odeur nauséeuse. A ce paroxysme, succède vers deux heures du matin, une somnolence de très courte durée, et le patient à son réveil demeure courbaturé et anéanti.



Opéré présenté le 4 novembre 1885 à la Société de médecine d'Angers. — A, incision des parties molles en T renversé ; B, fistule supérieure ; C, fistule médiane ; D, fistule inférieure ; E, orifice d'émergence des drains.

Dans ces conditions pouvait-on espérer la guérison sans intervention ? Evidemment non. Depuis six mois il existe trois fistules pleuro-cutanées et une fistule bronchique, donnant issue à la suppuration. Malgré cet écoulement incessant, le foyer pleural n'a pas de tendance à se rétrécir et demeure considérable. Les lavages antiseptiques sont non seulement impossibles, eu égard aux accès de suffocation qu'ils provoquent, mais encore impuissants, en raison de l'irrégularité et du cloisonnement de la cavité du kyste pseudo-pleural. L'épuisement des forces du malade et son amaigrissement font prévoir qu'il ne tardera pas à succomber, si l'on ne tarit, au plus vite, la sécrétion purulente très abondante et devenue infectieuse.

Telles sont les indications pressantes, qui nécessitent l'intervention suivante, acceptée sans hésitation et je peux même ajouter avec empressement par le patient.

Opération. — Le 30 mai, à neuf heures du matin, le malade est opéré avec le concours de mon distingué confrère, M. Quintard. Etant endormi avec le chloroforme, une incision en T renversé

est pratiquée sur les parois thoraciques entre les fistules. La branche verticale, longue de 12 à 14 centimètres, s'étend du quatrième au septième espace intercostal. La branche horizontale, de même longueur que la précédente, légèrement courbe, à convexité inférieure, est dirigée entre les fistules moyenne et inférieure.

Deux lambeaux triangulaires, à base adhérente, comprenant toute l'épaisseur des parties molles, sont détachées du plan osseux. Les sixième et septième côtes sont ensuite dénudées dans l'espace que circonscrivent les trois fistules et réséquées dans une longueur de 5 à 6 centimètres seulement.

Les artères intercostales sont liées et la plèvre pariétale ou plutôt la paroi externe du sac pseudo-pleural est largement ouverte. Par cette large ouverture, une sonde de Béniqué n° 20 est introduite dans la profondeur de la plèvre. Elle atteint en arrière l'angle inférieur de l'omoplate et remonte en haut jusqu'au niveau du creux axillaire. Cet instrument est promené en divers sens sur toute la surface du foyer pleural, jouant le rôle du doigt ou de la curette, que l'on engage dans les abcès froids, pour en opérer le grattage. Ces manœuvres, exécutées avec précaution, déterminent l'expulsion d'une grande quantité de débris pseudo-membraneux et de pus, répandant une odeur repoussante. Des lavages alcoolo-phéniqués sont aussitôt pratiqués.

Pansement. — Deux gros drains fenêtrés, en caoutchouc rouge, juxtaposés, sont placés dans ce vaste foyer et remontent en haut et en arrière, à une profondeur de 23 centimètres. Une suture à points passés, en fil de Florence, relie les bords de la solution de continuité des parties molles, de manière à en restreindre l'étendue à une ouverture suffisante pour le passage des drains. A leur orifice est maintenue par un bandage de corps, une couche épaisse de charpie phéniquée destinée à absorber le pus. Chaque jour, on pratique trois lavages alcoolo-phéniqués.

Suites de l'opération.— Les phénomènes consécutifs à cette opération se passent avec la plus grande régularité pour aboutir aux plus heureux résultats. On n'observe pas de fièvre. La température, dans les huit premiers jours, varie entre 37°,5 et 37°,9. La réunion des bords de la plaie, reliés par la suture, s'opère immédiatement. Le troisième jour la toux et l'expectoration cessent complètement. La suppuration qui s'échappe par les drains, séro-sanguine d'abord, devient bientôt franchement purulente; les fonctions digestives ne tardent pas à se réveiller et dès le huitième jour, le malade peut se lever et faire quelques pas dans l'appartement.

Au commencement d'août, c'est-à-dire soixante jours après l'opération, la suppuration est presque tarie. Les trois fistules sont oblitérées, rapprochées les unes des autres, et attirées vers l'ouverture costo-pleurale qui est réduite à un trajet extra-pleural de 5 centimètres et du diamètre d'un stylet ordinaire. Le côté est fortement déprimé, surtout au niveau de la résection. La respiration est perçue dans toute la hauteur du poumon, pure et ample dans la moitié supérieure, faible et accompagnée des bruits de frottement à la base et suivant la ligne axillaire. Les forces et la nutrition se sont considérablement accrues; le malade peut sans trop de fatigue parcourir 3 à 4 kilomètres par jour.

Aujourd'hui, 4 novembre, cinq mois après l'opération, il n'existe plus qu'un pertuis de 1 centimètre de profondeur, au point d'émergence des drains, ne produisant aucun suintement et devant se cicatriser incessamment. Fournier se trouve presque aussi robuste qu'avant sa maladie et a repris depuis deux mois les pénibles travaux de la culture à la campagne.

Cette observation me paraîtrait très incomplète si je ne m'attachais à mettre en relief les principaux enseignements qui en découlent.

Notre malade avait contracté le germe de son empyème en mai 1884. Traité pendant deux mois à Fontainebleau, pour une broncho-pneumonie, il est envoyé en convalescence non guéri. Car dès son arrivée en Anjou, il est repris de fièvre, de toux et de douleur de côté. L'évolution ultérieure de l'affection thoracique prouve que la broncho-pneumonie était compliquée, bien probablement dès le début, d'une inflammation de la plèvre. La pleurésie a fini par prédominer, en produisant un épanchement, dont la quantité et la nature sont restées méconnues jusqu'au moment où le pus s'est fait jour à l'extérieur, en rompant sur trois points la digue que lui opposaient les parois thoraciques.

Quand Fournier s'est présenté à notre examen, environ un an après la période initiale de l'affection, la nature avait épuisé tous ses moyens curatifs; il était indiqué d'agir avec la méthode thérapeutique récemment préconisée, car la vie était menacée non seulement par la septicémie, mais encore par la tuberculose. Si la pleurésie chronique séreuse est phymatogène, comme l'ont démontré des cliniciens du plus haut mérite, Trousseau, Grisolle, Andral, etc., la pleurésie suppurée et compliquée de fistules doit être considérée comme essentiellement prétuberculeuse. Dans ma pratique, j'ai observé deux cas d'empyème chronique avec fistule consécutive à la pleurotomie, qui se sont terminés par la phthisie pulmonaire. On peut objecter que le tubercule est souvent préexistant et que la destruction du parenchyme pulmonaire n'est que la dernière étape d'une tuberculisation, qui a commencé par la plèvre La théorie adverse, c'est-à-dire la contagion, compte de nombreux partisans. Car suivant les idées admises depuis la belle découverte de Koch, notre malade offrait bien des voies d'accès au bacille tuberculeux et fournissait un terrain de réceptivité merveilleusement préparé.

Pouvait-on espérer guérir rapidement cet empyème, à l'aide d'une intervention autre que la thoracoplastie? Evidemment non. Depuis six mois, l'écoulement du pus par trois trajets pleuro-cutanés et une fistule pulmonaire, n'avait amené aucune diminution de la suppuration et de la capacité du sac pseudo-pleural. Si ce quadruple drainage, opéré spontanément et curatif dans certains cas, était demeuré inefficace, qu'auraient pu faire un nouveau drainage ou une pleurotomie ordinaire? Bien certainement une fistule de plus, sans aucun profit thérapeutique.

La thoracoplastie ou résection des côtes est une innovation à la fois récente et très utile dans le traitement de l'empyème chronique avec fistules. Letiévant, en France, et Estlander, à l'étranger, en sont les promoteurs. Toutefois, c'est au chirurgien lyonnais qu'appartient réellement le mérite d'avoir, le premier, employé cette intervention chirurgicale pour la cure de cette variété de pleurésie purulente. En principe, l'opération de la thoracoplastie a pour but de favoriser l'affaissement vers le poumon, de la paroi mobile et rigide de l'abcès pleural, c'est-à-dire des côtes, par la rupture de leur continuité. Mais combien doit-on intéresser d'arcs osseux? Dans quelle étendue doit-on agir sur chacun d'eux? Enfin faut-il limiter son action à l'élément osseux des parois thoraciques et épargner la plèvre adjacente? La réponse à ces différentes questions n'est pas aussi simple qu'on pourrait le penser. Il est actuellement difficile de poser une règle absolue. La Société de chirurgie, qui s'est occupée de cette intéressante question en 1884, s'est abstenue de donner des conclusions formelles. Toutefois, des discussions nombreuses qu'ont suscitées les observations et les rapports des membres les plus autorisés de la savante Société, il se dégage une pratique qui me paraît très judicieuse. Elle consiste à limiter son action aux deux ou trois côtes correspondant à la partie la plus déclive de la cavité pleurale. Chez notre malade, nous avons procédé à la résection de 5 à 6 centimètres des deux arcs osseux, en relation avec les limites inférieures du foyer purulent, qui étaient également celles de la cavité pleurale à ce niveau. Nous ferons remarquer qu'avec une solution de continuité du squelette aussi restreinte, la mobilisation et le tassement des parois thoraciques que l'on recherchait, ont été assez rapidement obtenus.

Là où les divergences éclatent surtout, c'est dans la conduite à tenir envers la plèvre. Estlander et ses partisans s'opposent à l'ouverture et à l'ablation de la séreuse pariétale pour pénétrer dans le kyste pseudo-pleural. Erhmann (de Mulhouse) et Bœkel (de Strasbourg) n'ont pas été heureux en joignant à la résection costale la destruction du feuillet pleural correspondant. Bouilly (de Paris) cite plusieurs cas

de guérison rapide, qu'il a obtenus par cette double intervention. Les premiers avaient agi dans une trop grande étendue, le second n'avait attaqué les parois thoraciques de la séreuse adjacente que dans des limites étroites; aussi a-t-il réussi. Chez notre malade, nous n'avons pas hésité à ouvrir la plèvre dans la même largeur que le plan osseux et à pénétrer dans la profondeur du foyer pleural. Nous étions guidé par les motifs suivants :

L'exploration des fistules pleuro-cutanées nous avait démontré qu'elles desservaient des réservoirs purulents, isolés les uns des autres et que par suite la pleurésie était pluriloculaire. Moutard-Martin, si expert dans le traitement de l'empyème, pratiquant l'autopsie d'une pleurésie suppurée qui avait résisté à la pleurotomie et à ses lavages consécutifs, trouva une loge purulente considérable ayant échappé à son intervention et occasionné la mort. Instruit par ce fait, il était donc indiqué d'aviser aux moyens de réunir en une seule cavité ces différentes loges, ces différents trajets, que nous avions constatés, et cela par la déchirure de leurs cloisons de séparation. D'ailleurs les parois d'un empyème ancien sont recouvertes de productions fongueuses, identiques à celles de la membrane pyogénique des abcès froids et justiciables par conséquent de la même mesure, c'est-à-dire de l'abrasion, qui engendre de si bons effets, car, à mon sens, la mobilisation ou suivant une expression nouvellement employée, le désossement de la paroi osseuse de l'abcès pleural serait insuffisant, si l'on ne parvenait à substituer à la sécrétion purulente la formation active d'éléments organisables. Le double but que nous poursuivions, régularisation du foyer pleural et modification de sa vitalité, a été promptement acquis par les manœuvres exécutées avec la grosse sonde métallique de Béniqué. En effet, ce curage produisit l'expulsion d'une grande quantité de pus et de débris pseudo-membraneux provenant des parois du kyste pseudo-pleural, de ses cloisons et de ses arrière-cavités. Aussi avons-nous vu disparaître en quelques jours les accidents septicémiques, la toux et l'expectoration purulente.

Le drainage était le complément rigoureux de la résection et de l'abrasion : les deux gros drains fenêtrés, plongeant jusqu'au fond de la cavité en suppuration, assuraient l'écoulement de tout produit infectieux susceptible de s'y développer; ils favorisaient l'irrigation de la surface pyogénique par des liquides aptes à la transformer en une surface douée de la propriété de créer des bourgeons charnus abondants et de bonne nature.

Il est un dernier avantage de la thoracoplastie que je m'empresse de faire ressortir. Le moment venu de supprimer les drains, on n'avait plus la préoccupation d'une occlusion trop rapide de l'orifice d'évacuation. Car il ne faut pas se dissimuler que la suppression définitive du drainage constitue un des temps les plus délicats du traitement de l'empyème par la pleurotomie ordinaire. On ne possède pas de signes certains du bourgeonnement complet de la cavité suppurante; son ouverture pratiquée, au milieu de parties molles, dans l'espace intercostal, a une grande tendance à se fermer, dès que le dernier drain est extrait. Si ce tube de sûreté est enlevé, avant que le tissu de nouvelle formation et organisable se soit substitué à la membrane pyogénique, l'orifice d'évacuation se cicatrise souvent avant que la source de la suppuration soit tarie, et l'épanchement ne tarde pas à se reproduire derrière cette occlusion prématurée. Dans la thoracoplastie, cette grave éventualité est évitée. L'ouverture thoracique est maintenue béante, par les extrémités des arcs osseux réséqués, jusqu'à ce qu'elle ait été envahie par le tissu adhésif et cicatriciel, qui n'en opère alors la fermeture qu'après avoir comblé la cavité pleurale et rendu impossible toute récidive d'épanchement.

D'après les résultats que je viens d'exposer et commenter, on peut considérer comme un excellent traitement de l'empyème chronique avec fistules :

1° La résection costale, dans les conditions et les limites que j'ai indiquées;

2° L'ouverture concomitante de la plèvre dans une étendue correspondante à celle du plan osseux;

3° L'abrasion et le drainage du foyer pleural, principalement lorsqu'il est pluriloculaire.

A ces conclusions, nous joignons, pour être complet, l'appréciation suivante, extrait du rapport publié dans le *Bulletin de l'Académie* (1).

« La thoracoplastie comprend donc deux procédés qui ont chacun leur indication clinique particulière : le procédé d'Estlander ou *résection costale étendue* respectant la plèvre, pour les empyèmes anciens, très vastes, avec organisation des fausses membranes en tissu dur et épais, et le procédé de Letiévant ou *résection costale restreinte* avec ouverture de la plèvre, pour les empyèmes récents, peu volumineux, cloisonnés en plusieurs loges, sapinés par des fausses membranes molles et mal organisées. Dans ce dernier cas, la mobilisation de la paroi thoracique n'est pas la seule condition de la guérison; M. Vaslin a démontré qu'il fallait y ajouter l'abrasion des fausses membranes, non pas avec une curette tranchante mais avec un instrument mousse incapable de produire un saignement dangereux pour le malade. Enfin dans les thoracoplasties restreintes, aussi bien que dans les thoracoplasties étendues, le drainage et les pansements antiseptiques sont absolument de rigueur. »

CORRESPONDANCE

Des injections d'eau chaude en chirurgie.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur P. Reclus a signalé l'action bienfaisante des injections d'eau tiède dans les inflammations aiguës de la prostate, et cité plusieurs cas à l'appui. J'ai pensé à cette occasion qu'il y avait quelque intérêt à rappeler une fois de plus que les injections d'eau tiède avaient déjà donné lieu à quelques applications utiles dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires. Dans les nos 17, 19 de la *Gazette hebdomadaire*, année 1877, le docteur Bertholle a raconté quelle influence heureuse il avait personnellement retirée des injections d'eau tiède, à grands courants, dans un cas de *contraction spasmodique de la portion membraneuse de l'urèthre*, qui s'était compliquée de l'*inflammation du col de la vessie et de la prostate*. Il prit précisément soin de remarquer qu'il évitait le contact de la sonde avec les parties malades et que le jet liquide était seul directement en contact avec elles.

D'autre part, les pathologistes reconnaissent généralement l'utilité des injections d'eau tiède dans les *maladies de la vessie*. Nélaton en résume ainsi les avantages (*Pathol. chirurg.*, t. V, p. 297) : « Ces injections apaisent l'excès de la sensibilité de la muqueuse. Cette médication est réellement utile. » Et dans l'article précité du docteur Bertholle, il est fait mention d'un ancien chirurgien de marine qui, affecté *de la pierre*, calmait ses douleurs vésicales par des injections du même genre.

On peut rapprocher de ces faits, tout en réservant la question des microbes, les traitements avantageux du *chancre mou de la verge*, et de la *blennorrhagie uréthrale*, par l'eau tiède, qui a été préconisée dans ces derniers temps.

Enfin, je mentionnerai l'emploi des injections d'eau chaude à 50 degrés, faite directement sur le col de la matrice pour arrêter l'*hémorrhagie utérine*, et il n'y aurait peut-être pas témérité à en rapprocher l'application heureuse qui est faite des eaux thermales courantes dans le traitement de certaines *métrites*.

Tous ces faits, et d'autres sans doute qu'on pourrait citer, viennent se joindre à ceux si intéressants cités par M. le docteur P. Reclus, et tendent à prouver qu'un agent physique comme l'eau tiède, que la chaleur emmagasinée dans ce véhicule liquide a sur les organes génito-urinaires, non pas seulement l'action

(1) Voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. XV, p. 111.

d'un topique banal, comme serait celle d'un cataplasme, par exemple, appliqué sur n'importe quelle partie du corps, mais bien une sorte d'électivité spéciale à la manière du seigle ergoté, de la belladone... sur les mêmes organes.

Il y aurait donc un système d'irrigation, de balnéation locales, dont l'eau tiède serait l'agent, et les organes génito-urinaires le siège.

Dès lors la question mériterait d'être étudiée à fond. Après l'avoir ainsi étendue et délimitée tout à la fois, il faudrait reprendre chacun de ses points, expérimenter, comparer, varier les conditions de l'expérience, la thermalité de l'agent liquide, déterminer son mode spécial d'action curative,... autant de points qu'il nous est à nous, impossible d'aborder dans nos conditions d'études, mais qui sont bien faits pour attirer l'attention d'un maître qui a déjà enrichi la pathologie des organes génito-urinaires de tant de faits nouveaux et de tant de vues intéressantes.

Dr Ricochon (de Champdeniers).

Les leucomaïnes et la théorie microbienne.

M. le docteur Jules Rouquette (d'Espalion), médecin en chef de l'hôpital civil de Bône (Algérie), nous adresse aussi, à l'occasion de la discussion actuellement pendante devant l'Académie de médecine, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

Bône, 18 février 1886 (Algérie).

... Avec les idées de M. Gautier, on peut admettre qu'il se développe, dans l'organisme, à la suite de l'absorption du microbe paludéen, un poison particulier qui, éliminé dans la troisième période de la fièvre intermittente, c'est-à-dire par la sueur abondante, met fin à l'accès, jusqu'à ce qu'un nouvel accès recommence, grâce à la fabrication de nouvelles matières vénéneuses, fabrication ayant pour facteur le microbe paludéen.

En effet, suivant le temps que met l'agent infectieux à fabriquer les leucomaïnes qui développent les phénomènes de l'empoisonnement, ceux-ci se traduisent, selon l'accumulation plus ou moins forte du poison, selon la résistance de l'individu atteint, soit par des névralgies à heures fixes, soit par des vomissements, soit par des diarrhées, etc., soit par un accès régulier de fièvre intermittente, survenant, selon la force de résistance des intoxiqués, à la même heure et dans un laps de temps plus ou moins éloigné.

Dans un accès régulier complet, le poison formé, grâce au microbe paludéen, produit d'abord des phénomènes d'algidité.

Toutefois, si l'accès n'est pas pernicieux, si le poison n'est pas trop abondant, si l'individu malade a une grande force de résistance, l'organisme lutte, la réaction se fait et la chaleur survient, suivie bientôt d'une abondante sueur qui élimine le poison, les leucomaïnes, et l'accès est terminé Dans l'accès pernicieux, le poison est trop abondant, il n'y a ni lutte, ni réaction, ni sueur éliminatrice suffisante; le poison s'accumule de plus en plus et l'empoisonnement à haute dose amène la mort, s'il n'est pas enrayé par une médication active. Le sulfate de quinine, en tuant peu à peu les microbes paludéens, empêche la formation du poison, ou du moins diminue l'activité de la fabrication de leucomaïnes, et l'organisme, grâce à la sueur, aux urines, ou grâce à *un effet purgatif*, élimine les leucomaïnes et le malade retourne à la santé. Je viens décrire les mots *effet purgatif* et j'insiste. Voici pourquoi. J'ai constaté dans l'Hérault et en Algérie qu'une purgation vigoureuse supprimait parfois des accès de fièvre intermittente, sans le secours de la quinine.

Le fait s'explique. La purgation suffit, dans ce cas, pour éliminer le poison, et l'organisme, luttant victorieusement contre les microbes, empêche leur repullulation et l'élaboration nouvelle de matières vénéneuses ou leucomaïnes.

De ces faits découle l'excellence des idées de M. Gautier, idées qui n'amoindrissent nullement la théorie microbienne pastorienne, si féconde en merveilleuses et utiles découvertes et en moyens préventifs et curatifs si puissants. De la connaissance exacte des leucomaïnes et des microbes naîtra une thérapeutique raisonnée, vraiment préventive et médicatrice.

Dr Jules Rouquette.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Lésions de la névrite alcoolique. Note de M. *Gombault*. — Cette étude repose sur deux observations qui ont été communiquées à l'auteur par MM. Balzer et Gilles de la Tourette. Après avoir montré que les caractères anatomiques de la névrite périphérique, d'origine alcoolique, sont très analogues, sinon identiques, à ceux de la dégénération wallérienne, après avoir rappelé aussi la période d'état et les phases ultimes du processus de la névrite alcoolique, M. Gombault s'occupe exclusivement de la période initiale de la maladie, période que l'on connaît beaucoup moins bien et que les faits de MM. Balzer et Gilles de la Tourette viennent éclairer, tout au moins dans une certaine mesure.

La conclusion à laquelle arrive l'auteur, c'est que, dans cette névrite, il existe, comme dans les autres, une phase préwallérienne, caractérisée par la multiplication des noyaux et l'émulsion de la gaine de myéline avec conservation du cylindre-axe. De plus, cette phase, en raison de l'intensité du processus, aboutirait rapidement, sur le plus grand nombre des fibres, à la destruction du cylindre-axe et, partant, à la dégénération wallérienne.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Ranvier* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. *Tanret* demande à être porté sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. *Wasseige*, recteur de l'Université de Liège, se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la deuxième division (*Chirurgie*).

M. le docteur *Jaurès* (à Dourgne, Tarn) envoie une *Observation* manuscrite *de tumeur fibreuse de l'utérus guérie par les injections d'ergotine*. (Commission MM. *Alphonse Guérin* et *Duplay*.)

M. le docteur *Zimmerman*, médecin-major au 119e d'infanterie, au Kef (Tunisie), adresse un mémoire manuscrit, intitulé : *Nouveaux arguments et faits pour la théorie musculaire de l'accommodation*. (Commission : MM. *Mathias Duval* et *Giraud-Teulon*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° un mémoire de M. le docteur *Bonnewyn* (d'Ixelles, Belgique), sur *l'épilepsie et son moyen curatif ;* 2° la 3e édition de *The optical Manual*, à l'usage des médecins de l'armée anglaise, par M. le docteur *Longmore ;* 3° une brochure de M. le docteur *Stolnikow* (de Saint-Pétersbourg), intitulée : *Beiträge zur Lehre von der Fnnction des Pancreas im Fieber ;* 4° un mémoire imprimé de M. le docteur *Giammattei* (de Lucex), ayant pour titre : *Interno ad alcune forme ra re di uræmia ;* 5° une brochure de M. le docteur *Cisneros y Sevillano*, ayant pour titre : *Apuntes de la epidemia del colera de Aranjuez en* 1885.

M. *Proust* présente un ouvrage *sur les eaux minérales du Caucase*, par M. le docteur *Omont*.

M. *Villemin* dépose, au nom de M. le docteur *Stræbel*, médecin aide-major de 1re classe au 33e régiment d'artillerie à Poitiers, un mémoire manuscrit sur *la pratique de la vaccination animale* et présente, de la part du même auteur, une *pince* spéciale pour extraire le vaccin animal. (*Commission de vaccine.*)

Déclaration de vacance. — Dans la dernière séance, une place de membre titulaire a été déclarée vacante dans la sixième section (*Anatomie pathologique*), en remplacement de M. Ch. Robin, décédé.

Concours Vulfranc-Gerdy.— Sur le rapport de M. *Constantin Paul*, M. Boutarel est proclamé lauréat du concours Vulfranc-Gerdy et est désigné comme stagiaire de l'Académie de médecine aux eaux minérales durant quatre années à partir du 1er janvier 1886.

Surface respiratoire du poumon.— Le réseau capillaire des alvéoles pulmonaires ou réseau respiratoire forme, disent les auteurs, une immense nappe sanguine. Les Traités d'anatomie ou de physiologie, sauf celui de Küss et Duval,

ne spécifient pas davantage les dimensions de cette nappe. M. *Marc Sée* s'est livré à des recherches spéciales, afin d'arriver à une évaluation aussi précise que possible. Soit 3500 centimètres cubes ou 3 millions et demi de millimètres cubes, l'air contenu dans l'appareil respiratoire après une inspiration ordinaire. La capacité des voies aériennes ne dépasse pas 100 centimètres cubes ; par suite, le volume de l'ensemble des vésicules pulmonaires est de 3400 centimètres cubes ou 3 400 000 millimètres cubes. D'autre part, le diamètre moyen de la vésicule pulmonaire chez un adulte vivant peut être évalué à 0^{mm},2; le volume de cette vésicule ($V = \frac{4}{3}\pi R^3$) est donc d'environ 0^{mmc},003; le volume total des vésicules, divisé par 0,003, nous donne le nombre des vésicules du poumon, soit 1 133 333 333, c'est-à-dire plus de 1100 millions. Enfin, la surface d'une vésicule pulmonaire ($S = 4\pi R^2$) est alors de 0^{mmq},125; diminuée d'un cinquième représenté par l'orifice, elle est de 0^{mmq},1, qui, multiplié par le nombre des vésicules du poumon, produit 133 333 333 millimètres carrés. La surface respiratoire du poumon a donc une étendue de 130 à 135 mètres carrés, chiffre différant peu de celui de Küss. En outre, par des calculs analogues on reconnaît aisément que l'énergie de la respiration dans les espèces animales doit être d'autant plus grande que leurs vésicules pulmonaires sont plus petites.

Daltonisme chez les employés de chemins de fer.— La sécurité en matière d'exploitation des chemins de fer étant basée en partie sur la perception nette des signaux colorés, il est de toute nécessité d'écarter du service les agents qui sont appelés par leurs fonctions à diriger les trains d'après la couleur des signaux placés sur la voie ou à manœuvrer ces signaux, lorsqu'ils sont incapables de distinguer les disques rouges des disques verts. M. le docteur *Worms* a fait faire une enquête sur les 11 173 agents du service actif de la Compagnie du Nord; on a trouvé parmi eux 224 individus ayant une certaine imperfection du sens chromatique, dont 61 seulement, soit 5 4/10 pour 1000, confondent le vert et le rouge. Tous ces agents viennent d'être écartés du service actif. M. Worms ajoute qu'il serait bon d'introduire dans l'éducation scolaire une certaine gymnastique des couleurs, afin de diminuer la proportion encore considérable des personnes atteintes de daltonisme.

Les ptomaïnes et la théorie microbienne. — La discussion sur ce sujet se continue aujourd'hui par deux discours de MM. Verneuil et Charpentier, précédés d'une déclaration, sous forme épistolaire, de M. Béchamp, déclaration qu'il se propose d'exposer de vive voix ultérieurement. Pour la prochaine séance se sont fait inscrire MM. Guéniot, Colin (d'Alfort) et Léon Le Fort.

M. *Verneuil* a depuis longtemps admis pour les maladies générales deux origines principales: 1° l'invasion des germes étrangers puisés dans le milieu cosmique et nous pénétrant de dehors en dedans; 2° l'adultération de notre milieu interne par les déchets provenant d'une nutrition diminuée, augmentée ou pervertie; il est donc prêt à adopter tout ce qui lui paraîtra démontré, aussi bien dans la théorie microbienne que dans les théories empruntées à la physiologie pathologqiue et à la chimie biologique; quant au rôle de l'organisme lui-même, personne n'ignore qu'il ne parle jamais de graine malade sans parler aussitôt du terrain et qu'il ne cesse d'invoquer les états constitutionnels, c'est-à-dire les conditions organiques préalables. Pour les maladies d'origine physiologique, l'organisme joue, à coup sûr, le rôle principal; pour les maladies nosologiques ou microbiennes, l'économie en est réduite à accepter ou à subir, à multiplier ou à détruire, à refuser ou à rejeter les germes, sans pouvoir en créer un seul, à quelque moment et dans quelque condition que ce soit. Aussi n'admet-il dans aucun cas la spontanéité morbide au sens grammatical du mot, car les altérations en plus ou en moins de la nutrition ne se faisant jamais toutes seules, impliquent nécessairement des causes et, d'autre part, la spécificité pathologique sous-entend d'une façon absolue l'existence d'êtres tout à fait distincts de ceux qu'ils envahissent, ce qui conduit encore à cette conclusion qu'il ne saurait y avoir en même temps spontanéité et spécificité.

Passant ensuite à la critique des observations présentées à l'occasion de l'épidémie de fièvre puerpérale rapportée par M. Le Fort il y a quinze jours, il invoque de nouveau, pour expliquer la cause première de cette épidémie, l'influence de ce qu'il a appelé le parasitisme microbique latent, et, après avoir examiné et rejeté les diverses opinions émises à ce sujet, il déclare admettre que « la paysanne, source de tous les maux, était d'abord toxifère, sans être intoxiquée, mais qu'étant intoxicable, elle s'est d'abord auto-intoxiquée à la faveur d'un trauma pour fournir enfin du poison et intoxiquer les autres ». D'autre part, invoquer dans de telles circonstances soit une transformation, soit une création microbienne qu'on ne peut prouver, soit une déviation des actes de la vie dont on ne peut indiquer ni les causes, ni la nature, et qu'on est d'ailleurs incapable de régir ou d'empêcher, c'est se condamner à l'impuissance prophylactique ou curative. Au contraire, tout microbiste n'eut pas manqué, en présence d'une femme enceinte ayant un abcès fistuleux à la cuisse, de désinfecter, avant, pendant et après l'accouchement, cet abcès en poussant dans la cavité des injections antiseptiques; ou de placer sur l'orifice fistuleux un pansement quelconque, capable de l'isoler et de prévenir tout transport de pus de la cuisse à la vulve; ou enfin de pratiquer minutieusement et plusieurs jours de suite l'antisepsie des voies génitales avec le sublimé ou tout autre agent parasiticide. La petite épidémie de fièvre puerpérale, qui a fait sept victimes à La Ferté, aurait sans nul doute été ainsi empêchée. C'est ainsi que la doctrine parasitaire, par la prophylaxie, sinon par la thérapeutique directe, aura conservé d'ici à cinquante ans plus d'existences que toutes les théories et les systèmes de la vieille pathologie et qu'elle aura jeté sur la médecine française un lustre que, malgré les splendeurs passées, elle n'a jamais possédé jusqu'à ce jour.

M. *Charpentier* examine la question soulevée au point de vue de la septicémie puerpérale. Il n'est plus douteux qu'elle soit la manifestation, sous des formes multiples, d'une infection, d'une intoxication de la femme en couches; elle s'accompagne toujours de la présence de microbes dans les tissus de la femme ainsi atteinte; elle est essentiellement transmissible, et enfin l'on peut aujourd'hui non seulement empêcher cette transmissibilité, mais supprimer pour ainsi dire la maladie elle-même, ainsi qu'en fait foi l'abaissement de la mortalité de 15 pour 100 à 1 pour 100 dans presque tous les services hospitaliers et à près de 0 en ville. Qu'importe, en présence de ces faits, qu'on ne connaisse plus la source exacte de l'infection! Il faut se préoccuper surtout du terrain dans lequel l'agent infectieux va être déposé, car ce terrain est la cause réelle de l'action néfaste du microbe, qui y trouve un milieu de culture; il varie d'ailleurs suivant que la femme est enceinte ou en couches, offrant dans ce dernier cas une prise multiple au microbe, en raison de la perte de sa réaction vitale contre les agents extérieurs. Pour M. Peter, c'est l'organisme qui fait tout, le microbe n'est qu'un agent, sa nocivité n'est qu'adventice, elle est un produit de l'organisme dans un état d'activité spéciale, de puerpéralité. Pour M. Charpentier, au contraire, le microbe, quelles que soient sa morphologie et sa nature, qu'il soit unique ou non, est l'agent capital; sans lui pas d'infection possible et c'est parce qu'il trouve dans l'organisme modifié par la puerpéralité des conditions favorables à sa multiplication et à son absorption que la septicémie se manifeste. Au point de vue pratique, ceux qui nient l'influence du microbe oseraient-ils, aujourd'hui, négliger les précautions antiseptiques chez une accouchée ?

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Modifications au manuel opératoire des opérations sur la bouche : M. Monod. Discussion : MM. Berger, Terrier, Trélat. — Traitement des kystes hydatiques du foie : M. Poulet. Discussion: MM. Polaillon, Verneuil, Reclus, Le Fort, Bouilly, Marc Sée, Lucas-Championnière, Terrier.— Sujets des prix pour l'année 1887.

M. *Monod* présente à la Société deux malades (femmes), chez lesquelles il a pratiqué avec succès de graves opérations sur la face. Chez l'une d'elles il a enlevé le maxillaire supérieur et aujourd'hui il reste une large perte de substance à combler. Chez la seconde, il a pratiqué l'extirpation du maxillaire inférieur pour un cancer du plancher de la bouche. Ces deux malades ont guéri très rapidement et sans aucune espèce d'accidents. Cet heureux résultat est attribué par M. Monod au manuel opératoire qu'il a suivi. En effet, il a commencé d'abord par pratiquer la trachéotomie, non pas tant dans le but de s'opposer à la chute du sang dans les voies aériennes, ainsi que l'a conseillé le premier Trendelenburg, que d'assurer la libre respiration de la malade après l'opération et de permettre ainsi l'occlusion complète de la cavité buccale par un pansement à la gaze iodoformée. Cependant cette trachéotomie préventive a permis également de laisser de côté le thermocautère pour l'emploi de l'instrument tranchant, substitution qui a eu pour avantage de supprimer l'abondante suppuration éliminatrice des eschares du cautère actuel. Le mal enlevé, une sonde œsophagienne a été placée à demeure dans la narine. Grâce à ces diverses précautions, la suppuration a été réduite à son minimum, le champ opératoire est resté complètement aseptique, et au bout de huit jours, lorsqu'on sortit la sonde œsophagienne et la canule trachéale, la malade était presque complètement guérie. M. Monod croit devoir recommander cette manière de se conduire dans les opérations graves de la face : on agit lentement et sûrement grâce à la trachéotomie préventive, qui assure la respiration, et par-dessus tout, grâce au pansement antiseptique de la plaie, on se met à l'abri des pneumonies infectieuses, qui souvent emportent les malades.

M. *Berger* croit qu'il est exagéré de pratiquer la trachéotomie préliminaire pour le genre d'opérations qu'a faites M. Monod : cela complique l'acte chirurgical et expose à des accidents pulmonaires du fait de l'entrée directe de l'air dans la poitrine. Pour sa part, il a fait un certain nombre de ces opérations et il pense que les lavages de la cavité buccale suffisent comme précautions antiseptiques.

M. *Terrier* demande sur quelles raisons M. Monod s'appuie pour appeler pneumonies infectieuses les accidents pulmonaires auxquels succombent certains malades à la suite des opérations intéressant la cavité buccale : a-t-on constaté la présence de bactéries dans les poumons et leur élimination par les reins? A-t-on reproduit la maladie par des inoculations sur les animaux? en un mot a-t-on fait du laboratoire seulement ou de la clinique?

M. *Trélat* a fait beaucoup de ces opérations, il a perdu quelques-uns de ses malades, mais il ne se rappelle pas avoir observé de pneumonies infectieuses et il émet des doutes sur leur existence. La trachéotomie préventive ne lui paraît devoir être pratiquée que dans les cas où l'on redouterait quelques complications. Par contre, l'emploi de la sonde œsophagienne introduite par la narine rend de très grands services et il ne manque jamais de s'en servir. Il a même introduit dans son usage une petite modification très appréciée des malades, il ne la conduit dans l'œsophage qu'au moment des repas et laisse dans leur intervalle les fosses nasales libres. Comme pansement il bourre la bouche de tampons de gaze iodoformée et ne les enlève pour la première fois que vers le sixième ou huitième jour.

M. *Monod* répond à M. Berger que la trachéotomie préventive ne constitue nullement une opération grave. D'après les statistiques qu'il a consultées, les pneumonies sont fréquentes à la suite de ces opérations ouvrant la cavité buccale. Il n'est pas pour le moment en mesure de dire s'il s'agit véritablement de pneumonies infectieuses; mais il peut affirmer que dans un certain nombre de cas on a trouvé dans les poumons de ces opérés des parcelles et des fragments de tissu provenant du foyer traumatique. Une autopsie de Michael entre autre, est des plus concluantes à cet égard.

— M. *Poulet* lit une note sur le traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie. Après avoir rappelé la méthode d'incision en deux temps de Récamier, et celle plus récente d'ouverture directe par la laparotomie préconisée par Volkmann et Kirschner, il se prononce résolument en faveur de cette dernière et apporte le fait suivant à l'appui de son opinion. Un militaire de trente-deux ans présente un volumineux kyste hydatique du foie ne se révélant par aucun autre symptôme que l'augmentation de la circonférence de la base du thorax, de plus en plus serrée dans la tunique. Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur donne issue au liquide caractéristique et est suivie d'une vaste éruption d'urticaire. Quelques jours après, M. Poulet incise la paroi abdominale lentement jusqu'au niveau de la poche, qu'il reconnaît n'être nullement adhérente aux organes voisins; il la ponctionne alors directement et la vide en partie en se gardant bien de presser sur elle de peur de provoquer la pénétration du liquide dans le péritoine; à ce moment deux anses de fil passées dans la paroi du kyste le font saillir en dehors des lèvres de l'incision abdominale, de sorte qu'on peut facilement réséquer la portion saillante et suturer les enveloppes du kyste à la paroi abdominale. Pas d'injection, aucune manœuvre tendant à évacuer complètement le kyste, pansement à la ouate iodoformée et bandage de corps. Le malade a quelques vomissements chloroformiques dans la soirée, et c'est l'unique accident qu'il présente jusqu'à sa guérison qui est complète au bout de deux mois, ainsi qu'on a pu le vérifier sur le malade lui-même qu'il a présenté à la Société dans la dernière séance. Pour M. Poulet, la laparotomie satisfait à toutes les indications des kystes de l'ovaire et elle deviendra dans un avenir très prochain l'opération de choix.

M. *Polaillon* pense que la laparotomie ne convient que pour le traitement des kystes volumineux ; la ponction doit être préférée pour les kystes de moyen et de petit volume. L'incision de la paroi abdominale n'est pas en effet exempte de dangers immédiats et ultérieurs : par exemple le malade de M. Poulet qui a échappé aux premiers, porte une énorme cicatrice dans l'hypochondre, cicatrice exposée à la douleur, à la distension et autres accidents.

M. *Verneuil* déclare qu'il n'est pas opposé à la laparotomie pour certains cas donnés, mais il ne saurait faire de cette opération une opération de choix. Elle vaudra toutefois toujours mieux que l'opération de Récamier, qui doit être absolument abandonnée. Aujourd'hui, dans l'opinion de l'orateur, trois procédés doivent se partager la thérapeutique des kystes du foie. Le premier procédé est celui du gros trocart ; il convient même pour les kystes volumineux et tout dernièrement encore M. Verneuil en obtenait un excellent résultat dans son service. L'incision directe ne doit être faite d'emblée que lorsqu'on est sûr qu'il y a des adhérences ou bien après qu'une ponction exploratrice aura montré que le kyste est suppuré. Dans ces cas une incision de 5 à 6 centimètres suffira amplement. Cette incision pourra être encore pratiquée d'urgence, si après la ponction la suppuration s'empare de la poche. Quant à faire la laparotomie dans le but d'extirper un kyste du foie, cela paraît bien hasardeux, car il faudrait d'abord reconnaître sa pédiculisation à travers la paroi abdominale.

M. *Reclus* reconnaît que la Société a bien fait d'établir des variétés dans les kystes hydatiques du foie, envisagés au point de vue de leur traitement; mais il est d'avis que d'une façon générale la laparotomie conviendra à la plupart des cas. Ne la faire que lorsque l'on est absolument sûr qu'il existe des adhérences avec la paroi abdominale équivaudrait à une fin de non-recevoir, car ces adhérences ne sont le plus souvent révélées par aucun symptôme et elles peuvent même faire défaut au niveau d'un kyste en pleine suppuration. Chez le malade dont il a rapporté l'observation dans la dernière séance, malgré le volume énorme de la tumeur il n'existait pas d'adhérences avec la paroi, et comme le kyste était séparé de la surface du foie par une couche assez épaisse de tissu hépatique, il fallut faire une énorme incision (23 centimètres) pour trouver la partie la plus saillante, qu'on ouvrit dans une étendue de 9 centimètres et qu'on sutura à la paroi de l'abdomen. Il n'y eut pas de suppuration, probablement à cause du contact de la bile avec les tissus. M. Reclus formule, en définitive, son opinion sur le traitement des kystes hydatiques du foie en disant qu'il faut les traiter comme un phlegmon profond.

M. *Le Fort* pense que la laparotomie est indiquée dans bien des cas de kystes hydatiques du foie. Il vient d'observer un fait où l'insuffisance de l'emploi de la grosse sonde lui a été révélée de la façon la plus nette. Il s'agit d'un malade, qui a fait il y a deux ans une chute de cheval et présente peu après des signes d'épanchement dans l'hypochondre droit. Une ponction pratiquée à ce moment donne issue à un liquide jaunâtre sans trace de crochets. Le malade va bien quelque temps, puis, sa tumeur s'étant reproduite, il rentre de nouveau à l'hôpital et on retire par une nouvelle ponction un liquide noirâtre sans crochets comme la première fois. Amélioration pendant plus d'un an, mais le malade est obligé de rentrer une troisième fois à l'hôpital dans le courant de l'année dernière. M. Potain, dans le service duquel il est placé, pense qu'il se trouve en présence d'une péritonite enkystée; M. Le Fort croit qu'on a affaire à un kyste hématique. Quoi qu'il pût en être, il fallait intervenir. M. Le Fort fit une incision large au point le plus saillant; la cavité abdominale étant ouverte, le malade fut pris d'efforts de vomissement et il sortit une petite quantité d'épiploon, qu'on réduisit aussitôt. Comme M. Le Fort désirait faire la résection de la poche, il reconnut alors avec soin ses connexions, et ayant constaté ses adhérences aux divers organes voisins, il renonça à son projet. Il voulut alors se contenter de ponctionner le kyste et de laisser dans son intérieur une grosse sonde à demeure; mais, jugeant que les hydatides adhérentes aux parois ne pourraient pas sortir, il incisa la paroi du kyste et décolla avec le doigt les vésicules qui remplissaient sa cavité. Cette manœuvre lui démontra que la grosse sonde n'aurait pu suffire à l'évacuation.

M. *Bouilly* n'a pas eu occasion de faire la laparotomie pour des kystes hydatiques du foie; mais il a ouvert directement et avec succès quatre collections purulentes de ce viscère. Comme le traitement de ce genre d'affection n'est pas sans quelque analogie avec celui des kystes du foie, il rapportera très brièvement ses observations. La première a pour sujet un malade ayant séjourné dans l'Indo-Chine et présentant depuis quelque temps des accès fébriles intermittents ainsi qu'une tuméfaction du foie. M. Bouilly commença par ponctionner la collection purulente en laissant à demeure le gros trocart de M. Verneuil. D'abord le malade alla mieux; mais au bout de six semaines il présenta des phénomènes de septicémie. M. Bouilly n'hésita pas à faire la large incision de l'abcès en deux temps: il ouvrit d'abord la paroi abdominale jusqu'au foie, puis le sixième jour il pénétra dans la collection en divisant le tissu hépatique avec le thermocautère. A partir de ce moment la fièvre tomba, les accidents septicémiques cessèrent et la guérison était complète au bout de deux mois. La seconde observation a trait à un Espagnol, en station à Vichy, pour une affection hépatique. Lorsque M. Bouilly fut appelé auprès de lui, toute la région du foie était distendue par une énorme tumeur; le malade était extrêmement affaibli et en proie à une fièvre intense. Séance tenante, la tumeur fut ponctionnée, puis incisée avec précaution, de manière à éviter l'irruption du liquide dans la cavité péritonéale. Durant l'opération on constata qu'il n'existait aucune adhérence entre le kyste et la paroi. Le liquide qui en sortit exhalait une odeur infecte; on fit un lavage détersif avec une solution phéniquée faible, et, pour donner issue aux liquides de sécrétion, on disposa dans l'ouverture une rangée de tubes en flûte de Pan. Quarante jours après la guérison était complète, mais le malade s'étant exposé à une fenêtre mourut de pneumonie quelques jours après. La troisième et la quatrième observation se ressemblent. Il s'agit d'hépatites suppurées avec adhérences. On fit l'incision simple et les malades guérirent sans accidents. En résumé, M. Bouilly conclut qu'il faut se comporter vis-à-vis des collections purulentes hépatiques, comme vis-à-vis des abcès en général, c'est-à-dire les inciser directement.

M. *Marc Sée* s'est servi jusqu'ici dans le traitement des kystes hydatiques du foie d'un trocart courbe et assez long pour s'opposer à toute introduction du liquide dans le péritoine. Si cet accident est évité de cette manière, il arrive encore trop souvent que le kyste suppure après la ponction. La laparatomie trouve donc ses indications dans certains cas; il est décidé à la pratiquer le cas échéant, mais il la fera en deux temps.

M. *Lucas-Championnière* constate avec plaisir que la tendance générale des membres de la Société est de se rallier à la pratique de l'incision des kystes hydatiques du foie. Malgré l'absence d'adhérences dans un très grand nombre de cas, ainsi que cela ressort des observations qui viennent d'être rapportées, les dangers sont nuls. Pas de doute que dans un avenir prochain l'incision ne supplante la ponction pour la grande majorité des cas.

M. *Terrier* se félicite aussi d'avoir converti en partie ses collègues. Il croit que souvent on ne devra pas se contenter de l'incision simple, mais qu'on devra chercher à réséquer le plus possible des enveloppes du kyste, afin de diminuer le champ de la suppuration.

— La Société a fixé ainsi qu'il suit les sujets des prix pour l'année 1887 :

1° *Prix Demarquay :* Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie; 2° *Prix Gerdy :* Des hernies adhérentes au sac; accidents et thérapeutique.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Nerfs du ganglion postérieur des Anodontes : M. J. Chatin. — Tænia solium fenêtré : M. Marfan. — Filets gustatifs du trijumeau dans la corde du tympan : M. E. Gley. — Atténuation de la toxicité des alcaloïdes et des ptomaïnes par le foie : M. H. Roger. — Malformation des organes génito-urinaires : M. Secheron. — Troubles moteurs des lésions pédonculaires : M. Laborde.

M. *J. Chatin* dépose une note sur les nerfs qui naissent du ganglion postérieur chez les Anodontes.

— M. *J. Pouchet* communique une étude de M. Marfan sur la nature des érosions du tænia solium *fenêtré.* Il semble très probable, d'après les caractères histologiques des pertes de substance qui constituent les érosions des anneaux, que

celles-ci sont dues, soit à une action mécanique, soit à une action chimique; mais, pour que cette dernière influence puisse agir dans l'intestin, il faut que la cuticule des anneaux ait été au préalable entamée par une cause quelconque, peut-être par l'action de corps étranger ou par la fixation même de la tête du tænia sur l'un de ses anneaux. Le tænia solium ainsi entamé peut être digéré par le suc intestinal, ainsi que paraît l'établir une expérience faite par M. Marfan sur les indications de M. Pouchet.

— M. *Gley* a repris dans de meilleures conditions une expérience faite il y a quelques années par M. François-Franck, et qui consiste à interroger l'action gustative de la corde du tympan après la section intra-crânienne du trijumeau. Il a fait ses essais sur des chiens auxquels M. Laborde avait pratiqué la section de la racine bulbaire et constaté la disparition à peu près complète du réflexe salivaire du même côté. La conclusion serait que les fibres gustatives de la corde passent en réalité par le trijumeau.

— M. *H. Roger* a vérifié dans une série d'expériences très rigoureusement conduites cette assertion de Schiff et de Lautenbach que le foie atténue l'activité des alcaloïdes introduits dans le sang : les animaux dont le foie a été enlevé (grenouilles) ou la veine porte liée (chiens) meurent avec des doses beaucoup plus faibles que dans les conditions normales, à la suite de l'injection de strychnine, nicotine, cicutine, etc.

Abordant ensuite l'étude des matières toxiques d'origine animale, M. Roger a vu que l'extrait alcoolique de différents tissus pourris à l'étuve et débarrassés des sels potassiques est deux fois moins toxique quand on les introduit par les veines intestinales que quand on les injecte dans les veines de l'oreille.

Des expériences complémentaires ont montré que le sang de la veine porte contient des substances toxiques retenues, au moins en partie, par le foie et provenant surtout des fermentations intestinales; cette action d'arrêt ou de destruction exercée par le foie est subordonnée à son intégrité fonctionnelle : quand l'organe est devenu malade à la suite de l'intoxication phosphorée ou de la ligature du canal cholédoque, il n'agit plus sur les substances toxiques; dans les mêmes conditions il ne contient plus de glycogène. Ceci n'implique pas que la fonction glycogénique ait quelques rapports avec la faculté reconnue au foie d'atténuer l'activité des substances toxiques; il paraît plus logique d'admettre que la fabrication de glycogène témoigne seulement de l'activité fonctionnelle de l'organe.

— M. *Secheron* présente des pièces fournies par l'autopsie d'une femme atteinte de malformation du vagin de l'utérus et de la vessie.

— M. *Laborde* présente plusieurs animaux qui offrent les troubles de mouvement caractéristiques des lésions pédonculaires. Sur chacun d'eux, il a pratiqué la lésion intracrânienne sans accidents hémorrhagiques, en limitant fort habilement l'opération au point voulu (section des pédoncules cérébraux et cérébelleux supérieur et inférieur). Les animaux offrent avec une grande netteté les mouvements de rotation (manège, roulement sur l'axe, etc.).

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Action toxique de l'hydrogène sulfuré : M. Peyron. — Atrophie musculaire sans altération des cornes antérisures de la moelle : M. Babinsky. — Altérations du sang dans l'éclampsie : MM. Doléris et Butte.— Épithélium germinatif du testicule : M. Laulanié. — Ossification de l'appareil hyoïdien : M. Retterer. — Lésions corticales sans paralysie motrice : M. Dupuy.

M. *Peyron*, étudiant l'action toxique de l'hydrogène sulfuré introduit dans l'organisme par divers procédés, conclut qu'il ne s'agit pas d'une action *hématique*, comme l'a soutenu Rabuteau, mais d'une influence sur les centres nerveux respiratoires : la mort arrive toujours par arrêt de la respiration, les mouvements du cœur persistent; la capacité respiratoire du sang reste la même.

— M. *Babinsky* a observé un fait d'atrophie musculaire consécutive à une lésion cérébrale ancienne, avec dégénération descendante de la moelle, mais sans altération des cellules des cornes antérieures. Cette exception à une règle qui paraissait bien établie méritait d'être signalée.

— MM. *Doléris* et *Butte* tirent de leurs recherches sur le sang des éclamptiques les conclusions suivantes : 1° Dans la plupart des cas on trouve dans le sang des femmes éclamptiques une substance cristallisable, de nature inorganique, au moins en partie soluble dans l'éther et l'eau acidulée, insoluble dans l'eau, très peu soluble dans l'alcool et qui ne se comporte pas comme les ptomaïnes vis-à-vis de certains réactifs colorants. Cette substance jouit de propriétés toxiques et peut tuer assez rapidement, même à doses presque infinitésimales, des rats et des moineaux. 2° La quantité d'urée contenue dans le sang ne subit que de faibles modifications, et la légère accumulation constatée généralement ne peut suffire à expliquer les accidents de l'éclampsie.

— M. *Laulanié*, étudiant le mode d'évolution et la valeur de l'épithélium germinatif dans le testicule embryonnaire du poulet, insiste sur ce fait que la sexualité mâle réside primitivement dans la masse médullaire et y trouve sa première expression morphologique, tandis que la couche oxygène de l'ovaire émane de l'épithélium germinatif.

— M. *Retterer* présente un appareil hyoïdien ossifié chez l'homme.

— M. *E. Dupuy* montre un chien auquel la destruction successive des deux zones motrices a été pratiquée, ce qui ne présente que de légers troubles des mouvements dans les membres; il est surtout atteint d'une hyperesthésie très accusée.

— A cinq heures et demie, la Société se réunit en comité secret pour la lecture du Rapport sur les titres des candidats à une place de membre titulaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos de l'hopéine : M. Huchard (Discussion : MM. Limousin, F. Vigier, Dujardin-Beaumetz). — Des papiers médicamentsux : M. Bedoin (Discussion : MM. Limousin, F. Vigier). — Action thérapeutique du kava : M. Sanné (Discussion : M. Blondeau).

M. *Huchard*, après la révélation faite par M. Dujardin-Beaumetz à l'Académie de médecine au sujet de la falsification manifeste du produit vendu sous le nom d'hopéine, avait renoncé, dans la dernière séance, à lire une note qu'il avait préparée sur les effets thérapeutiques de ce médicament. Aujourd'hui, il est en mesure d'affirmer que le houblon renferme un principe actif, une sorte d'extrait, analogue, sans doute, comme composition à l'ergotine, et qui est capable de produire le sommeil. Il a eu à sa disposition, pour ses expériences, deux sortes d'hopéine : l'une blanche, venant de Londres; l'autre brune, d'aspect beaucoup moins satisfaisant. L'analyse, pratiquée par le pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, a permis de reconnaître que le produit blanc est composé de morphine, tandis que le produit brun n'en renferme aucune trace : c'est bien de l'hopéine. A la dose de 1 centigramme 1/2 à 2 centigrammes, ce médicament a permis d'obtenir le sommeil; ses effets n'ont pas été absolument constants, mais se sont révélés de façon manifeste

douze fois sur quinze. Cette hopéine ne contient pas d'alcaloïde, ce n'est pas un glucoside sans doute, mais, ce qui est certain, c'est qu'elle procure le sommeil.

M. *Limousin* se déclare surpris des résultats énoncés par M. Huchard. Quel peut être, en effet, le principe actif dans ce cas? est-ce l'extrait de houblon ou la lupuline, qui se tire également de la plante? Mais l'extrait de houblon agit simplement comme amer, et se prescrit journellement à doses élevées pour la confection de pilules toniques apéritives; il ne fait pas dormir. La lupuline non plus, sinon sans doute à des doses bien plus considérables que celles dont parle M. Huchard au sujet de ce produit brunâtre qu'on lui a dit être de l'hopéine.

M. *F. Vigier* a appris par deux médecins, un oculiste et un dentiste, qui ont employé l'hopéine brune fournie par la pharmacie centrale, que cette substance possède des effets calmants différents de ceux de la morphine.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer qu'il faut bien distinguer la prétendue hopéine blanche, qui n'est que de la morphine, de l'hopéine brune qui a été employée par MM. Huchard et Eloy. Celle-ci est un produit français extrait du lupulin; il est sans doute composé de résines et d'essences et devrait s'appeler, non pas hopéine, puisqu'il n'est pas alcaloïdique, mais bien *hopéin*. Il faut savoir, d'ailleurs, que ce produit présente une grande variabilité de composition suivant sa provenance. On a retiré également du lupulin un corps cristallisé, neutre, non encore expérimenté. — M. Dujardin-Beaumetz a employé l'uréthane à la dose de 2 et 3 grammes, et a acquis la conviction que c'est un excellent hypnotique dépourvu de tout inconvénient. Il faut avoir soin d'administrer le médicament en une seule fois.

— M. *Bedoin* présente à la Société des échantillons de divers *papiers médicamenteux* dont il est l'inventeur. Il s'agit de papier non collé, stérilisé par un séjour d'une heure dans une étuve à 110 degrés, puis plongé dans une solution médicamenteuse titrée, et qu'on laisse ensuite sécher lentement. Ces papiers sont excellents pour le pansement antiseptique des plaies, soit dans la pratique journalière, soit dans la chirurgie d'armée; ils offrent le grand avantage d'être faciles à préparer, de se conserver très aisément, d'être peu encombrants et de coûter bien moins cher que les diverses pièces des pansements antiseptiques. On remplace le makintosh du pansement de Lister par la gutta-percha laminée, et l'on se sert de bandes de caoutchouc mince et souple d'un usage très commode, et qui se vendent à des prix minimes. M. Bedoin a préparé des papiers au sublimé qui renferment 2 centigrammes par feuille; à l'acide phénique, qui en contiennent 6 pour 100 de leur poids; à l'acide borique, 18 pour 100; à l'iodoforme, 10 pour 100; à la cocaïne, 3 centigrammes par feuille, ce qui équivaut à une solution à 4/100. On obtient également, en coupant ces papiers en lanières très étroites, une charpie de papier, fort économique et d'un emploi très commode : on a ainsi à sa disposition une véritable charpie antiseptique.

M. *Limousin* est d'avis qu'il vaudrait mieux titrer la richesse en substance médicamenteuse des divers papiers, par rapport au centimètre carré, plutôt que par rapport au poids, qui est essentiellement variable. Il se demande, d'autre part, si la charpie de papier offre la souplesse et la perméabilité de la charpie de linge.

M. *F. Vigier* fait observer que, lorsqu'on suspend les feuilles de papier pour les faire sécher après les avoir trempées dans la solution médicamenteuse, le liquide dont elles sont imprégnées descend vers le bord inférieur de la feuille, qui se trouve ainsi beaucoup plus riche en principe actif.

M. *Bedoin* se sert depuis longtemps, dans son service d'hôpital, à Vincennes, de charpie de papier antiseptique, et en obtient d'excellents résultats; la perméabilité aux liquides de la plaie est parfaite. D'autre part, on a soin de retourner la feuille de papier bout pour bout pendant l'opération du séchage; la répartition du médicament se trouve ainsi très régulière. On ne voit d'ailleurs à la surface de la feuille ni marbrures, ni efflorescences, ni taches quelconques pouvant faire supposer une distribution inégale de la substance active; enfin, il serait bien facile, en cas de doute, de sacrifier les bords de la feuille : le prix de revient en est assez minime pour qu'on n'ait pas à y regarder de bien près.

— M. *Sanné* donne lecture d'une note sur les propriétés thérapeutiques du kava dans les affections des voies urinaires et dans la blennorrhagie en particulier. Il rappelle que le kava est employé depuis longtemps contre la blennorrhagie dans les îles du Pacifique, et que son action thérapeutique a été constatée en 1876 par le docteur Dupouy. A la suite d'un naufrage, les matelots, réfugiés dans une de ces îles, firent usage d'infusion de kava comme boisson tonique, et le docteur Dupouy remarqua que cette tisane produisait une amélioration considérable des nombreux cas de blennorrhagie existant parmi l'équipage depuis qu'on avait relâché à Taïti. Les douleurs à la miction disparurent, l'écoulement diminua rapidement, et la guérison fut bientôt complète. Depuis un an, M. Sanné a employé les pilules de kava, que l'on trouve actuellement dans le commerce, chez plusieurs malades dont il relate les observations. C'est d'abord un homme de trente-cinq ans, eczémateux, arthritique, atteint de cystite aiguë avec rétrécissement inflammatoire et spasmes douloureux; sous l'influence de six à huit pilules d'extrait de kava par jour, les accidents diminuèrent dès le second jour, la diurèse se produisit, le muco-pus disparut de l'urine, et la guérison fut bientôt complète. Dans un autre cas de cystite du col, développée chez un homme de soixante-quinze ans, à la suite d'un refroidissement, et accompagnée d'orchite, les pilules de kava produisirent encore une amélioration marquée avec diurèse dès le second jour, et amenèrent une guérison rapide. Le malade ayant offert plus tard un retour d'accidents analogues, le kava eut encore le même succès. Dans un cas de blennorrhagie aiguë, intense, chez un homme de quarante-sept ans, n'ayant eu recours à aucun autre traitement, le kava fut administré dès le sixième jour après le coït suspect, à la dose de six, puis huit pilules par jour. Tout d'abord l'écoulement, peu abondant, augmenta pendant cinq jours et devint verdâtre; mais il n'existait que des douleurs presque insignifiantes. Au sixième jour du traitement, la diurèse se montra et s'accompagna d'une évidente amélioration; au septième jour, la rougeur et l'écoulement diminuèrent notablement, et la guérison était complète le vingtième jour. Dans deux autres cas de blennorrhagie aiguë, la guérison fut obtenue en dix-sept et en douze jours. Un malade atteint de blennorrhagie chronique fut également guéri en un mois au moyen des pilules de kava et des injections avec la macération de kava. — En résumé, le kava possède une action heureuse dans les affections non blennorrhagiques des voies urinaires; dans la blennorrhagie aiguë, il modifie l'écoulement et la douleur; cette amélioration coïncide toujours avec l'établissement de la diurèse; la guérison est ordinairement rapide. Enfin, il agit efficacement contre la blennorrhagie chronique. Il peut donc être employé utilement dès le début de la blennorrhagie, sans aucun des inconvénients qu'offrent à cette période le copahu ou le cubèbe; à une époque plus éloignée, il agit au moins aussi efficacement que ces balsamiques. Il a, en outre, l'immense avantage d'être admirablement supporté par l'estomac; il ne détermine ni vomissements, ni diarrhée, ni trouble de l'appétit; enfin il ne communique à l'urine qu'une très légère odeur, qui se retrouve à peine dans l'haleine des malades. Il n'a jamais produit de roséole ni d'éruptions quelconques.

M. *Blondeau* est d'avis qu'on peut se demander ce que

renferment les pilules de kava du commerce ; ne contiennent-elles que du kava? Il serait peut-être préférable d'expérimenter avec l'infusion, afin d'être sûr du médicament.

M. *C. Paul* rappelle que le kava a été essayé, il y a vingt-cinq ans, dans les maladies des voies urinaires, et que seule la difficulté de s'en procurer avait fait renoncer à son usage.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Rôle des micro-organismes dans la suppuration, par M. Ch.-G. Klemperer. — M. Klemperer a fait des recherches très minutieuses pour établir le mode de production du pus. Il a reconnu qu'aucun excitant, qu'il soit de nature chimique, mécanique ou thermique, n'est capable de produire autre chose que de l'inflammation sans suppuration, et que cette dernière est due toujours à l'introduction du micro-organisme; le fait était admis déjà; M. Klemperer, par ses expériences, l'a rendu indiscutable.

La suppuration constitue une modification en quantité et en qualité de l'inflammation. La *modification quantitative* consiste en une extravasation plus abondante de leucocytes, dans l'extension du processus inflammatoire et dans les troubles que subit souvent l'état général; la *modification qualitative* réside dans la fluidité persistante de l'exsudat purulent, malgré la présence de fibrinogènes au début. Ces modifications sont déterminées par des micrococcus; l'extravasation exagérée de leucocytes, et les troubles fonctionnels généraux résultent de la sécrétion supposée de substances toxiques, phlogogènes, par les micrococcus; l'extension du processus local est due à la migration des coccus le long des vaisseaux, etc. L'incoagulabilité du pus est due à la disparition des matières fibrinogènes, que les coccus transforment probablement en peptones; les propriétés peptonisantes des coccus sont démontrées. (*Zeitschr. f. klin. Medicin*, 1885, Bd X, H. 1-2.)

Le bacille de la balano-posthite, par M. L. Mannino. — M. Mannino a trouvé, dans trente cas de balano-posthite simple, des bacilles de 1/2 à 1 μ de long; un grand nombre de ces bacilles étaient libres ; d'autres, en petit nombre, engagés dans les globules de pus ; enfin les cellules épithéliales en renfermaient une forte proportion. D'autres bacilles droits, plus longs, de 2 μ, se voyaient encore réunis par groupes plus ou moins considérables. Les globules de pus étaient petits, déformés, et le plus souvent réduits à leur noyau. Enfin, il y avait en plus ou moins grand nombre des spirilles de longueur variable. M. Mannino en conclut que la balano-posthite n'a aucun rapport avec la blennorrhagie. Cette dernière se caractérise par les gonococcus de Neisser, tandis que les formes bacillaires font défaut ; celles-ci se rencontrent au contraire exclusivement dans la balano-posthite. (*L'Ingrassia*, 1re année, n° 5.)

Polyurie aiguë chez un enfant consécutive à la piqûre d'un ricin (Ixodes ricinus), par M. Axel Johannessen. — Il s'agit d'un garçon de onze ans, qui fut piqué par un ricin dans la région de la protubérance occipitale externe gauche. Autour de la piqûre se développa de l'œdème. Le lendemain le malade tomba dans une apathie complète, avec contracture douloureuse des muscles du cou à gauche. Bientôt survint de la polyurie, avec soif intense; le petit malade émettait huit à dix litres d'urine par jour et buvait neuf à dix litres d'eau; température, 38°,5; pouls, 64. Cet état dura quatre jours, au bout desquels la connaissance revint complète et l'émission d'urine retomba à sa proportion normale; restaient de la surdité de l'oreille gauche et la déviation à gauche de la bouche et de la langue ; au bout de dix jours le rétablissement fut complet. M. Johannessen parle d'une névrite ascendante, diagnostic que paraît justifier l'œdème douloureux et la contracture musculaire locale; cette névrite aurait gagné le noyau du pneumo-gastrique, celui de l'acoustique et le noyau inférieur du facial; l'abaissement de l'activité cérébrale serait attribuable à l'inflammation locale et à l'influence qu'elle exerça sur la circulation consécutivement. L'interprétation laisse à désirer, mais le fait en lui-même est intéressant. (*Archiv f. Kinderheilk.*, Bd VI, Heft 5.)

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipèle, par M. Denucé, interne des hôpitaux de Paris. Thèse de Bordeaux, 1885. Paris, G. Steinheil, éditeur.

Cette thèse, pour avoir été soutenue devant la Faculté de Bordeaux, n'en est pas moins de Paris, et nous la revendiquons nettement. Elle sort de l'École de la Pitié; elle a été inspirée par le professeur Verneuil, dont M. Denucé est un des meilleurs internes. De pareils travaux ont trop de valeur pour qu'on n'en détermine pas l'origine exacte. Que Bordeaux s'en console : elle est déjà dans une assez belle aisance pour n'avoir pas besoin du bien d'autrui. Et d'ailleurs M. Denucé lui reviendra.

Cette thèse comprend deux parties. Dans la première, l'auteur étudie la pathogénie de l'érysipèle. Un court historique montre comment l'idée de contagion a conduit à celle d'infection, et comment cette idée d'infection a amené la notion de l'origine bactérienne de la maladie. L'existence des bactéries dans l'érysipèle n'est pas connue depuis longtemps. C'est seulement en 1868 que Nepveu soupçonna leur rôle. Depuis cette époque, de nombreux travaux se sont succédé sur ce sujet. Les recherches si consciencieuses, si habilement conduites de Fehleisen sont venues éclairer la question d'une façon définitive. En montrant la présence constante, dans les plaques érysipélateuses, d'un micro-organisme spécial, le *Streptococcus erysipelatus*, en le cultivant en dehors de l'organisme, en l'inoculant non seulement aux animaux, mais encore à l'homme, et en reproduisant ainsi des érysipèles caractéristiques, Fehleisen a mis hors de doute l'influence pathogène exclusive de cette bactérie. M. Denucé ne s'est pas borné à refaire les expériences, à contrôler les assertions de cet auteur; il a pu ajouter aux faits déjà connus quelques détails. C'est ainsi qu'il a montré qu'en aucun cas la bactérie érysipélateuse, isolée, ne produisait de suppuration. Pour que l'érysipèle revête la forme phlegmoneuse, il faut qu'à la bactérie spécifique s'associent des micro-organismes pyogènes. Cette démonstration s'appuie sur des expériences de laboratoire et sur des observations cliniques.

D'autre part, Fehleisen, étudiant seulement les plaques phlegmasiques cutanées, avait admis que la bactérie ne passait jamais dans le sang, et que sa propagation s'effectuait toujours par les voies lymphatiques. Sans doute, ce mode de propagation est fréquent; c'est même le seul qu'on rencontre dans l'extension de l'inflammation cutanée. Pour certaines manifestations secondaires on peut encore l'admettre, et la fréquence plus grande des complications pleurales dans l'érysipèle des parois thoraciques, des complications péritonitiques dans celui des parois abdominales peut s'expliquer ainsi. Mais l'érysipèle peut, en outre, s'accompagner d'altérations viscérales plus ou moins éloignées de la lésion primitive. Celles-ci ne peuvent s'expliquer que par le passage des micro-organismes dans le courant sanguin. Les bactéries contenues dans les lymphatiques franchissent les ganglions et arrivent ainsi dans la circulation. Ce n'est pas là une simple hypothèse; de nombreux examens anatomiques prouvent que les lésions viscérales ont souvent pour point de départ des embolies coccifères dans les petits vaisseaux sanguins.

La deuxième partie est consacrée à l'étude anatomo-pathologique de l'érysipèle. L'auteur décrit d'abord les lésions primitives de la peau ou des muqueuses, et celles qui sont dues, le plus souvent, à l'extension directe de la phlegmasie, en d'autres termes à la propagation des germes par les voies lymphatiques. Les modifications des muqueuses de la bouche et du pharynx, du gros intestin, des organes génitaux, de l'appareil respiratoire, des appareils auditif et oculaire sont ainsi passées en revue. Puis, après avoir étudié l'état du sang, M. Denucé montre que tous les

organes, tous les systèmes, tous les tissus peuvent être affectés dans l'érysipèle le plus bénin en apparence. Prenant pour critérium la présence de la bactérie spécifique, il la montre dans le rein, tantôt ne produisant que des altérations passagères, peu graves, ne se révélant que par l'albuminurie, tantôt entraînant des désordres plus ou moins profonds. Il croit l'albuminurie à peu près constante dans le cours de l'érysipèle; souvent elle est fugace, peu prononcée. La présence des streptococci dans l'urine montre bien l'origine de ce phénomène, et permet d'écarter les hypothèses de l'hyperthermie ou de la sudorémie, si souvent invoquées. Le rein serait l'organe préposé à l'élimination du microbe.

Les divers viscères, l'encéphale et la moelle, les séreuses, etc., sont tour à tour étudiés au point de vue des altérations histologiques qu'on y rencontre et de la recherche des bactéries. Toutes les manifestations secondaires de l'érysipèle sont sous la dépendance du streptococcus spécifique; et, de même que l'érysipèle cutané franc ne suppure pas, ces manifestations secondaires revêtent les formes congestive, œdémateuse, exsudative, etc., mais ne suppurent que si l'érysipèle est compliqué d'une affection étrangère, la pyohémie, par exemple. La conclusion naturelle de ces faits est que l'érysipèle est bien une maladie infectieuse, une affection générale, *totius substantiæ*.

Tel est le résumé bref et sec de ce travail intéressant, dont nous ne saurions trop recommander la lecture complète et attentive.

Paul Reclus.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LA GUÉRISON EXPÉRIMENTALE DE LA TUBERCULOSE.

Quatrième liste.

MM.	Cormouls-Houlès, industriel à Mazamet	1000 fr.	»
	le professeur Tarnier	300	
	le docteur Cézilly, directeur du *Concours médical*	100	
	Lucien Claude-Lafontaine, banquier	100	
	Duclerc, sénateur	100	
	Alph. Milne-Edwards (de l'Institut)	100	
	le docteur Valery Meunier (de Pau)	100	
	Ch. Joly, vice-président de la Société nationale d'horticulture	100	
	le docteur Nicolas Duranty (de Marseille)	50	
	le professeur Gross (de Nancy)	50	
	le docteur Jeannel (de Toulouse)	50	
	le professeur Herrgott (de Nancy)	50	
	Montazeau	50	
	Nocard, professeur à l'École d'Alfort	50	
	le docteur Gey, à Méru	20	
	le docteur d'Heurle	20	
	le docteur Lalesque, à Arcachon	20	
	le docteur Schoull, médecin aide-major à Troyes	20	
	G. Roux	10	
	Lagrange, marchand de vin en gros	10	
Mmes	Bordet, Mlle Rousselle, M. Francis Dupont, chacun 5 francs	15	
Mmes	Carlhian, Mme Leclerc, Mlle Semence, chacune 3 francs	9	
Mlle	L. W... (2 fr. 10), Mme Becquet, Mme Quéru, M. Victor Leclerc, M. François, chacun 3 francs	14	10
	Un commis	»	45
	Total	2338 fr.55	
	Listes précédentes	7113 fr. »	
	Total général	9451 fr.55	

Erratum. — Dans la liste précédente, au lieu de M. le docteur Apostoli, lire M. le docteur Antony, médecin-major, à Souk-Ahras et, au lieu de Mme Marciet lire Mme Maciet.

Facultés de médecine. — Ont été nommés assesseurs: à Paris: M. Brouardel; à Bordeaux: M. Coyne; à Lille: M. Folet; à Lyon: M. Gayet; à Montpellier: M. Grasset; à Nancy: M. Heydenreich.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Congrès français de chirurgie. — La deuxième session, du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris cette année, du 18 au 24 octobre, sous la présidence de M. Ollier. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18 à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine. Les conclusions de tout mémoire relatif aux questions autres que les questions mises à l'ordre du jour, devront être envoyées au secrétariat général du 1er au 15 juillet, afin d'être publiées avant l'ouverture du Congrès. (art. III du règlement). Le Comité permanent a décidé que les mémoires dont les conclusions n'auraient pas été ainsi communiquées, ne pourraient être lus qu'après les autres, et si le temps le permet seulement. Tout mémoire n'ayant pas été lu ne sera pas publié.

Questions mises à l'ordre du jour: 1° Nature, pathogénie et traitement du tétanos; 2° de la néphrotomie et de la néphrectomie; 3° des résections orthopédiques; 4° de l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

Extrait des statuts. — III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent cotisation.

VI. La cotisation annuelle des membres est de 20 francs. Elle donne droit au volume des *Comptes rendus du Congrès*. Une cotisation de 300 francs donne droit au titre de fondateur. Une cotisation de 200 francs confère le titre de membre à vie. L'une et l'autre opèrent le rachat de toute cotisation annuelle.

Prière de s'inscrire avant le 1er mai, si possible, et avant le 15 juillet, au plus tard. Envoyer la cotisation par mandat sur la poste, à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris.

Vaccination obligatoire des ouvriers des ports. — D'après une décision que vient de prendre le ministre de la marine, les préfets maritimes et les directeurs des établissements hors des ports devront dorénavant faire vacciner les ouvriers tous les ans; on commencera par les admis à titre temporaire; ceux qui se refuseront à l'opération seront immédiatement congédiés; on continuera par ceux âgés de moins de quarante-huit à cinquante ans, admis antérieurement et qui ne prouveront pas qu'ils ont été vaccinés depuis dix ans; en cas de refus, ils subiront un abaissement de solde de 50 centimes. Enfin, aucun nouvel agent du personnel ouvrier ne sera admis définitivement dans les arsenaux ou dans les établissements de la marine, avant d'avoir été vacciné ou revacciné par un médecin de la marine, à moins que, sortant de l'armée, il ne prouve qu'il a subi cette opération pendant qu'il était sous les drapeaux.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Weiss, ancien président de la Société de médecine de Nancy; de M. le docteur Robertet, ancien médecin des prisons de Paris; de M. le docteur Alexandre Marcowitz, professeur de clinique médicale et de dermatologie à la Faculté de médecine de Bucharest, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.; de M. le professeur Alfred C. Post, de New-York; de M. le docteur Johnston, médecin de la légation américaine à Paris.

Mortalité a Paris (7e semaine, du 14 au 20 février 1886) — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 13. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 10.—Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 29. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 72. — Bronchite aiguë, 50. — Pneumonie, 160. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 32; au sein et mixte, 27; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 126; de l'appareil circulatoire, 69; de l'appareil respiratoire, 97; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 16. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 17. — Total: 1236.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5896. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux de Royat (Puy-de-Dôme).

Les eaux minérales de Royat sont des eaux bicarbonatées alcalines mixtes, chlorurées sodiques, arsenicales, lithinées et ferrugineuses. Cette composition multiple explique l'efficacité de ces eaux dans des affections très diverses en apparence.

Durand-Fardel a résumé, avec sa concision habituelle, les indications générales de Royat : « De la composition mixte de Royat, dit-il, il résulte que ces eaux s'appliquent à des états, plutôt qu'à des diathèses et à des affections déterminées, toutes les fois que ces états présentent un mélange de faiblesse et d'arthritis. Les eaux chlorurées sodiques sont les eaux spéciales de l'arthritis. »

La présence de la lithine, en quantité notable dans les eaux de Royat, n'a pu que confirmer ces indications générales.

Il ne faut pas perdre de vue que les affections qui sont sous la dépendance de l'arthritis et de l'anémie, dans ses formes variées, sont celles qui guérissent le mieux à Royat, mais en observant que Royat produit son maximum d'effet « alors que les lésions sont devenues passives et ont cessé de s'accroître » (Durand-Fardel).

Les affections dites arthritides trouvent dans l'emploi des eaux de Royat un soulagement complet. Cet effet puissant est dû à la température moyenne des sources (35 degrés) et à leur minéralisation élevée. Dans les bains à température élevée, l'échange se fait de dedans en dehors, le corps perd et n'assimile pas ; à Royat, au contraire, la température constante et moyenne, l'abondance des eaux qui permet le bain à eau courante, établissent l'échange au profit de l'organisme. Les principes chimiques du bain passent dans le torrent circulatoire. La modification globulaire, nécessaire à la cure de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme modéré, s'explique et s'affirme d'une manière rationnelle.

C'est aussi à l'origine presque toujours arthritique des affections des bronches qu'il faut rapporter les succès constants obtenus à Royat dans la cure de ces affections. Ici la pratique empirique avait depuis longtemps devancé les conclusions cliniques, car tous les habitants voisins de Royat venaient depuis longtemps y guérir leurs bronchites. — Ces cures sont devenues beaucoup plus nombreuses depuis que le médecin traitant dispose à Royat de tous les appareils les plus perfectionnés d'inhalation, de vaporisation, de sudation et de douches.

Depuis quelque temps, on a dirigé les phthisiques sur Royat et le Mont-Dore. L'altitude moyenne de Royat (450 mètres) me fait donner la préférence à cette première station, tant à cause de la moyenne de température, qu'à cause de la durée plus prolongée de la saison. Mais il est prudent de n'envoyer à Royat que les phthisiques chez lesquels l'élément catarrhal et rhumatismal domine. C'est le conseil du docteur Labat, et il doit être suivi.

Les dyspeptiques, et en général tous les malades atteints d'affections gastro-intestinales, se trouveront bien d'un séjour à Royat. — L'usage de ces eaux modifie aussi heureusement les engorgements du foie et de la rate, conséquence des fièvres paludéennes. Il en est de même de la gravelle urique. — L'abondance de l'acide carbonique dans les eaux de Royat nous donne la raison du soulagement marqué qui suit l'usage de ces eaux. — L'action de l'acide carbonique sur l'estomac facilite et active la digestion, et supprime les douleurs si pénibles aux malades.

Les affections utérines, si multiples et si variées dans leurs formes, trouvent dans le traitement tonique et sédatif de Royat un soulagement certain. — M. le docteur Martineau, dont la compétence est hors de discussion, donne la préférence à Royat sur les eaux bicarbonatées alcalines, à cause de la grande quantité d'acide carbonique qui est contenue à l'état gazeux dans l'eau de Royat. C'est, en effet, à l'action sédative du gaz carbonique, appliqué sous forme de douches, que Royat doit sa spécialisation dans les maladies utérines. « C'est comme anesthésique que le gaz carbonique agit sur l'utérus, et c'est comme tel qu'il fait disparaître les douleurs si fréquentes et si cruelles que ressentent les femmes atteintes d'affections utérines. » (Docteur Lagaudin.)

Ajoutons, en terminant cet aperçu très sommaire, que la conservation des eaux de Royat transportées étant assurée par le fait même de la très grande abondance de l'acide carbonique qu'elles contiennent, il en résulte que l'eau en boisson étant la base essentielle du traitement de Royat, l'usage de cette eau pourra être prescrit à domicile chaque fois que les malades n'auront pas la possibilité de se déplacer.

Comme les trois sources que l'établissement expédie ont une spécialisation différente, basée sur les principes minéraux qui les composent et sur l'expérience thérapeutique, nous croyons devoir rappeler ici les affections auxquelles elles conviennent le mieux :

SOURCE SAINT-MART.

La source Saint-Mart (*fontaine des goutteux*), très lithinée, est prescrite dans les gastralgies douloureuses, dans des dyspepsies de forme et de nature variées, et en général à tous les malades atteints de manifestations arthritiques.

SOURCE CÉSAR.

Constituée par les mêmes principes minéralisateurs que la précédente, mais à doses plus faibles, cette eau, très gazeuse, est particulièrement réservée pour la table ; elle a des propriétés excitantes sur l'estomac; elle ouvre l'appétit et favorise la digestion. C'est une eau de régime, qui convient admirablement aux convalescents et aux personnes fatiguées par les excès de travail ou autres.

SOURCE SAINT-VICTOR.

Aux principes alcalins que contient Saint-Victor, cette source possède 6 centigrammes de bicarbonate de fer et 4 milligrammes 1/2 d'arséniate de soude. C'est l'eau tonique par excellence ; *c'est la fontaine des faibles et des anémiques.*

Dr Cabrié,
Médecin consultant à Paris.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du lactate de fer.

L'efficacité de l'emploi du fer dans l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie n'est pas contestable; la seule chose qui puisse encore être discutée, c'est le mode d'emploi. Il est évident que ce que l'on doit rechercher avant tout, c'est de rendre le fer facilement assimilable, et, pour atteindre ce résultat, il faut qu'il soit soluble.

Le nombre des préparations ferrugineuses est très grand, mais il n'y en a que fort peu qui soient solubles, et encore parmi celles qui ont cette qualité, s'en rencontre-t-il beaucoup qui doivent être écartées en raison de leur altérabilité, de leur saveur désagréable, de la difficulté que le malade éprouve à les digérer, parfois même des accidents qu'elles occasionnent.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un des symptômes de l'anémie, c'est la faiblesse de l'estomac et le dégoût des aliments; il importe donc beaucoup de n'offrir au malade rien qui lui répugne, aucun médicament qui exige de son estomac des efforts dont il est incapable.

Il est aujourd'hui parfaitement reconnu que c'est sous la forme de lactate que le fer est le plus facilement assimilable. En effet, l'acide lactique est abondamment répandu dans l'économie, il se retrouve dans les muscles et dans toutes les sécrétions, sueurs, sang, urine; ce n'est donc pas introduire dans le corps un élément étranger que de lui fournir l'acide lactique sous la forme de lactate de fer, et il est présumable que c'est seulement quand il a revêtu cette forme que le fer commence à agir d'une manière efficace.

C'est en partant de cette idée que MM. Gélis et Conté ont cherché une préparation qui introduisît directement le lactate de fer dans l'économie. Dès lors, en effet, le rôle de l'estomac devait se réduire à un simple travail d'absorption, et l'action des médicaments n'était plus subordonnée à l'acidité plus ou moins grande du suc gastrique. Ils ont donc créé les Dragées et Pastilles de lactate de fer qui portent leur nom, et très rapidement ce médicament a pris une place importante dans la thérapeutique.

L'Académie de médecine, saisie de l'examen de ces préparations par l'envoi qui leur en a été fait par MM. Gélis et Conté, a nommé une commission pour les étudier. M. Bouillaud, le rapporteur, s'est livré, ainsi que M. Fouquier, le président de la Commission, à des expériences nombreuses; il a constaté que le médicament était parfaitement supporté par tous les sujets, et qu'il n'était aucun des malades auxquels il l'avait administré qui ne s'en fût bien trouvé et n'eût ressenti une amélioration notable. Il terminait son rapport par les lignes suivantes :

« La Commission sait avec quelle réserve il convient de se » prononcer toutes les fois qu'il s'agit de préparations médi- » camenteuses nouvelles; mais elle n'ignore pas non plus » que cette réserve a des bornes, et qu'elle ne doit pas aller » jusqu'à refuser de rendre aux auteurs de ces préparations » la justice qui leur est due.

» D'après les faits dont nous venons d'avoir l'honneur de » vous exposer un résumé succinct, nous croyons, Messieurs, » qu'il serait difficile de ne pas porter un jugement favo- » rable sur la nouvelle préparation ferrugineuse proposée par » MM. Gélis et Conté, et de ne pas reconnaître que les » recherches cliniques permettent dès à présent de placer au » rang des plus utiles préparations ferrugineuses le sel nou- » veau dont ils viennent, d'après un heureux et ingénieux » rapprochement, d'enrichir la matière médicale. »

Ce jugement, vieux aujourd'hui de quarante-quatre ans, a été ratifié par le corps médical : MM. Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., ont constamment employé les Dragées de Gélis et Conté dans leurs services, et aucun médicament nouveau n'est venu détrôner cette excellente préparation. Son emploi se signale immédiatement par le réveil de l'appétit, et c'est au bout de très peu de jours que les anémiques ressentent les changements qui leur rendent le courage et bientôt les forces.

Les Dragées de Gélis et Conté sont employées avec succès dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués, notamment l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, l'aménorrhée, la disménorrhée, la leucorrhée chronique; pour les enfants de complexion délicate et les convalescents de longues maladies.

Chaque dragée contient 5 centigrammes de lactate de fer; la dose habituelle varie de six à douze par jour.

(*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5096. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Méthode pour prévenir la rage : M. Pasteur. — Société médicale des hôpitaux : La contagion de la tuberculose : M. Vallin.

Le président de l'Académie de médecine, comme celui de l'Académie des sciences n'avaient, ainsi que l'a dit M. Trélat, qu'à associer officiellement la Compagnie aux manifestations de l'auditoire exceptionnellement nombreux, qui, après avoir écouté M. Pasteur dans un respectueux silence, a tenu à témoigner, par ses applaudissements, de son admiration et de sa gratitude. Mais, à l'Académie des sciences, une discussion provoquée par M. Vulpian a eu, de plus, le mérite de montrer le devoir qui s'impose aux admirateurs de son illustre confrère, aujourd'hui que la méthode d'inoculation antirabique doit être considérée comme définitivement fondée. On ne saurait, a dit M. Vulpian, laisser plus longtemps M. Pasteur aux prises avec des difficultés matérielles relatives à l'installation, au logement, aux frais de séjour et de voyage des malades. Il faut donc créer un établissement où, sous la haute direction du maître et sous la surveillance de ses collaborateurs, en tête desquels il convient de citer le professeur Grancher, le traitement antirabique pourra être continué. M. Pasteur, dont les instants sont trop précieux pour qu'on puisse lui permettre d'émietter sa vie en se préoccupant de détails d'ordre matériel, s'est associé à cette motion et a émis l'idée de la création d'un établissement vaccinal unique, en exprimant le vœu qu'une souscription internationale et les dons des particuliers suffisent à en assurer les frais. Et l'Académie des sciences a immédiatement nommé dans son sein une Commission spécialement chargée d'assurer et de presser la réalisation de ce vœu. Nous ne doutons pas que l'on ne pense bientôt à élargir les cadres de cette Commission en appelant dans son sein ceux qui pourront, par leur autorité morale, leur grande situation de fortune, ou leur entente des affaires, prêter aux membres de l'Institut un concours vraiment efficace. L'exemple de l'*Office sanitaire impérial de Berlin*, largement doté par le gouvernement allemand, afin de poursuivre l'étude des maladies infectieuses, doit être un encouragement et mon-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La déontologie médioale en Amérique. — A qui appartient l'ordonnance du médecin? — L'Abeille spécialiete ; petite fable d'actualité. — Morphinomanie traitée par la suppression brusque du poison. — Le lsgs Vanderbilt. — Les anoisne groupes professionnsle de Nsw-York. — Les honoraires des médecins du général Grant. — « Struggle for Life ». — Comms quoi uns lutts menaçante fut prévsnus par la vsrtu magiqus d'un mot. — Quack's Anatomy. Ubi jacst hspar?

Les préceptes de la déontologie pénètrent dans les pays qu'on appelait naguère l'Ouest mystérieux : la Californie ne représente plus la terre des aventuriers, des chercheurs d'or, des trafiquants sans préjugés; San Francisco est une ville moderne dans toute l'acception du mot. Ses praticiens sont aussi instruits, aussi corrects que ceux de n'importe quelle contrée. Il y a pourtant, par-ci, par-là, dans les habitudes des souvenirs ou des reliquats d'un état de choses antérieur et peu éloigné de nous. Certains médecins ont gardé des procédés tolérables pour des commerçants, mais qui ne sauraient être de mise dans leur corporation; l'entente intéressée avec les pharmaciens en est un. Vous faites une ordonnance, vous la libellez de telle sorte qu'elle représente un numéro avouable sur le journal de la maison. Si vous avez quelque influence sur votre client, vous lui indiquez, sans qu'il se doute du motif de votre obligeance, l'officine où les potions seront le mieux préparées. Résultat : une remise hebdomadaire ou mensuelle sur le chiffre des bénéfices du compère. C'est là une pratique américaine ; on aime à penser qu'elle n'a pas traversé l'Orléans. Le docteur Wilder (de San Francisco) s'est élevé contre elle avec une grande énergie dans un article du *New-York med. Record* du 31 octobre 1885 ; cet article a excité parmi les intéressés une émotion sérieuse. Il est beaucoup plus dangereux pour la bonne réputation du

trer ce que pourraient, en France, et dans le même but, le concours de l'Etat et les secours fournis par les particuliers.

Quant à la presse médicale, elle ne demandera qu'à aider de tout son pouvoir à la réalisation de cette œuvre aussi humanitaire que scientifique.

Nous publions ci-dessous, *in extenso*, la communication de M. Pasteur. Tout commentaire ne pourrait qu'en affaiblir la convaincante éloquence.

— Tandis que notre illustre compatriote marque d'un progrès nouveau les services qu'il a déjà rendus à la science et nous laisse entrevoir le jour où il pourra réaliser contre la diphthérie et la tuberculose ce qu'il vient de faire contre la rage, ces deux cruelles maladies multiplient leurs victimes et il reste bien difficile de préciser les causes qui les engendrent et les aggravent. C'est ce qui résulte, à l'égard de la tuberculose, du rapport très consciencieux lu vendredi dernier par M. Vallin à la Société médicale des hôpitaux (voy. p. 164). Sur 10000 médecins auxquels la Société avait adressé son questionnaire, 83 seulement ont répondu et, sur ces 83, 57 se sont montrés partisans de la contagion de la phthisie. Nous croyons que le nombre des abstentionnistes provient surtout de la difficulté qu'éprouve un médecin consciencieux à trouver une observation *démontrant* la contagion de la tuberculose. M. Vallin en a cité une ou deux qui paraissent probantes, mais que de fois il est impossible de rien affirmer. Dans la clientèle aisée des villes, les cas où la contagion pourrait être soupçonnée sont excessivement rares; dans la clientèle des ouvriers et des indigents les observations rigoureuses sont rarement bien prises, parce qu'il n'est pas fréquent qu'un même médecin suive les malades et connaisse bien leurs familles. On conçoit donc qu'une enquête de ce genre ne puisse donner que des résultats incomplets, malgré le zèle et le dévouement de ceux qui la provoquent.

Résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure, par M. L. Pasteur (de l'Institut).

Le 26 octobre dernier, j'ai fait connaître à l'Académie une méthode pour prévenir la rage après morsure et les détails de son application à un jeune Alsacien, Joseph Meister, mordu gravement le 4 juillet précédent. Le chien était manifestement enragé, et une enquête récente, faite par les autorités allemandes, a de nouveau démontré que ce chien était en plein accès de rage au moment où il a mordu Meister. La santé de cet enfant est toujours parfaite. La morsure remonte à huit mois environ.

Au moment même de la lecture de ma note du 26 octobre, j'avais en traitement le jeune berger Jupille, mordu, autant et plus grièvement peut-être que Meister, le 14 octobre. La santé de Jupille ne laisse également rien à désirer. Sa morsure remonte à quatre mois et demi.

A peine ces deux premières tentatives heureuses étaient-elles connues, qu'un grand nombre de personnes, mordues par des chiens enragés, réclamèrent le traitement qui avait servi pour Meister et Jupille. Ce matin même — ceci est écrit le jeudi 25 février — avec le docteur Grancher, dont le dévouement et le zèle sont au-dessus de tout éloge, nous avons commencé les inoculations préventives du 350e malade.

Bien que mon laboratoire, consacré depuis plus de cinq années à l'étude de la rage, ait été un centre d'informations en tout ce qui concerne cette maladie, j'ai partagé, je l'avoue, la surprise générale en constatant un chiffre aussi élevé de personnes mordues par des chiens enragés. Cette ignorance tenait à plus d'une cause.

Aussi longtemps que la rage a été jugée incurable, on cherchait à éloigner de l'esprit des malades le nom même de cette maladie. Une personne était-elle mordue, chacun déclarait qu'elle l'avait été par un chien non enragé, quoique le rapport du vétérinaire ou du médecin affirmât le contraire, et le plus grand silence était recommandé sur l'accident. Au désir de ne pas effrayer la personne en danger, ses proches ajoutaient la peur de lui nuire. N'a-t-on pas été quelquefois jusqu'à refuser tout travail à des ouvriers qu'on savait avoir été mordus par un chien enragé? On se persuadait facilement qu'une personne mordue pourrait tout à coup devenir dangereuse, ce qui heureusement n'arrive pas. L'homme enragé n'est à craindre que dans la période des derniers accès du mal.

Afin de bien convaincre les personnes prévenues, même celles qui pourraient être hostiles, j'ai pris la précaution de dresser des statistiques très sévères. J'ai eu soin d'exiger des certificats constatant l'état rabique du chien, certificats délivrés par des vétérinaires autorisés ou par des médecins. Cependant je n'ai pu me soustraire, dans quelques cas très rares, à l'obligation de traiter des personnes mordues par des chiens suspects de rage qui avaient disparu, parce que ces personnes, outre le danger possible de leurs morsures,

---

Corps médical que pour celle des pharmaciens, dit dans un numéro ultérieur le même journal; ceux qu'il touche feront bien de lui accorder une certaine considération. Il est hors de doute que des pharmaciens font d'importantes remises sur la première ordonnance remplie; il est également vrai que c'est là un système de vol plus ou moins organisé : la commission payée est tirée de la poche du malade. Cette remarque sévère est loin de viser tous les médecins et tous les pharmaciens de San Francisco. Beaucoup parmi les premiers se contentent de leurs honoraires; les meilleures pharmacies refusent les remises. Il est absurde de croire qu'une remise de 60 pour 100 est toujours faite; elle ne l'est que pour la première affaire. L'apothicaire qui veut conserver son client et se dispenser de payer une redevance aussi lourde possède un bon moyen, il conserve l'ordonnance et la remplit chaque fois qu'on le lui demande. En a-t-il le droit?

Il est probable que si cette question était jamais soumise à un tribunal français, la réponse serait nette et radicale. L'ordonnance appartient au malade. Aux Etats-Unis on raisonne autrement; les cours suprêmes du Massachusetts et de New-York ont déclaré que c'est une pièce dont la propriété est acquise au pharmacien qui l'a remplie. Le malade rétribue son médecin à cause de ses conseils. La prescription écrite est un ordre d'achat pour un commerçant; le contrat se termine par le payement et la délivrance des médicaments. Le pharmacien garde l'ordonnance comme pièce justificative; il peut la faire une ou plusieurs fois pour qui bon lui semble sous sa propre responsabilité; sa situation est la même que celle d'un négociant, qui livre à quelqu'un des articles semblables à ceux que lui a commandés un autre client. S'il remettait l'ordonnance originale au malade, il serait obligé d'en conserver une copie; mais il a toujours tort de se dessaisir de la seule pièce authentique qui puisse lui servir de garantie en cas de litige.

Puisque nous sommes sur les choses pharmaceutiques,

vivaient sous l'empire de craintes capables d'allérer leur santé si nous leur avions refusé notre intervention.

Je n'ai pas voulu trailer des personnes mordues dont les vêtements n'avaient pas été visiblement troués ou lacérés par les crocs de l'animal. Il est bien évident que, dans ce cas, nul danger n'est à craindre, parce que le virus n'a pu pénétrer dans les chairs, alors même qu'il puisse en résulter une plaie contuse, profonde et même saignante. Dans un certain nombre de cas suspects, l'état rabique du chien a été établi dans mon laboratoire même, à la suite d'inoculations à des lapins ou à des cobayes de la matière nerveuse prise sur le cadavre de l'animal.

Je voudrais donner ici une idée assez exacte de la physionomie du traitement et de la nature des morsures, en citant dans leur ordre chronologique une des séries de personnes soumises au traitement. Comme il serait fastidieux d'énumérer les détails relatifs à 350 personnes, je choisirai plus particulièrement parmi les cent premières mordues et traitées. Celles-ci occupent l'intervalle de temps écoulé du 1er novembre au 15 décembre.

Leur intérêt est très particulier. Elles se trouvent dès à présent en dehors de la période vraiment dangereuse.

Si j'ouvre mon registre au chapitre de cette première centaine, je trouve dans un intervalle de dix jours la variété des cas suivants. Ils donneront à l'Académie l'idée d'un des défilés quotidiens qui se présentent au laboratoire chaque matin :

Étienne Roumier, quarante-huit ans, de la commune d'Ourouëre (Nièvre), mordu aux deux mains, le 4 novembre 1885, par un chien reconnu enragé par M. Moreau, vétérinaire. Aucune cautérisation ni pansement quelconque pendant vingt-quatre heures.

Chapot, âgé de quarante-trois ans, et sa fille, âgée de quatorze ans, habitant Lyon, tous deux mordus à la main gauche, le 6 novembre 1885, la jeune fille bien plus gravement que son père. Les blessures ont été lavées à l'alcali volatil par un pharmacien. Chien reconnu rabique par l'École vétérinaire de Lyon.

François Saint-Martin, âgé de dix ans, de Tarbes, mordu au pouce droit, le vendredi 7 novembre, lavé à l'ammoniaque par un pharmacien. Chien reconnu enragé par M. Dupont, chef du service sanitaire des épizooties.

Marguerite Luzier, âgée de treize ans, de Fongrave (Haute-Garonne), mordue à la jambe par un chat enragé, le 11 novembre 1885. Cautérisation à l'acide phenique. L'étendue des morsures oblige de placer cette enfant à l'hôpital des Enfants, à cause des soins chirurgicaux que réclame son état.

Corbillon, âgé de vingt-sept ans, habitant La Neuville, près Clermont (Oise), mordu le 12 novembre 1885. Chien reconnu enragé par M. Chantareau, vétérinaire à Clermont. Cautérisé au fer rouge huit heures après l'accident.

Bouchet, âgé de cinq ans et demi, habitant à la septième écluse du canal de Saint-Denis, mordu le 12 novembre à la main gauche et à la cuisse gauche. Vêtement de la cuisse déchiré. Chien reconnu enragé par M. Coret, vétérinaire à Aubervilliers. Cautérisé au fer rouge trois quarts d'heure après l'accident, par le docteur Dumontel.

Mme Delcroix, de Lille (Nord), mordue le 6 novembre au pied droit, cautérisée au fer rouge neuf heures après l'accident. Chien reconnu enragé par M. Frélier, vétérinaire à Lille.

Platin, habitant Etrœungt (Nord), mordu au commencement de novembre 1885 à la main droite; cautérisé quarante-huit heures après l'accident. Chien reconnu enragé par M. Eloire, vétérinaire à La Capelle (Aisne).

Jeanne Pazat, âgée de sept ans, de Mareuil (Dordogne), mordue le 12 novembre par un chien reconnu enragé par le docteur de Pindray. Ne s'est présentée que quarante-huit heures après l'accident au docteur de Pindray, qui a jugé, avec raison, qu'il n'y avait pas à pratiquer la cautérisation.

Mme Achard, de Saint-Étienne, mordue le 9 novembre au pied droit et le 12 novembre par le même chien à la main droite. Chien reconnu enragé par M. Charloy, vétérinaire à Saint-Étienne. Pas de cautérisation.

Mme Alphonsine Legrand, de la commune de Baune, dans le département de l'Aisne. Mordue au menton le 6 novembre 1885. Chien reconnu enragé par M. Decarme, vétérinaire à Château-Thierry. Pas de cautérisation.

Antoine Cattier, âgé de quarante-trois ans, habitant 12, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, à Paris, mordu à la main le 16 novembre. Cautérisé au fer rouge, seulement vingt heures après l'accident. Chien reconnu enragé par son maître; voix rabique caractéristique, refusant toute nourriture, mordillant et avalant du bois et autres objets.

A Saint-Ouen, près Paris, sont mordus, le 15 novembre 1885, Ternat, sa femme, Mme Delzors et Mme Dalihard, tous quatre par un chien reconnu enragé de son vivant et après sa mort par le vétérinaire Sanfourche, de Saint-Ouen. Cautérisations insignifiantes ou tardives.

Docteur John Hugues, d'Oswestrie (Angleterre), mordu le 13 novembre 1885. Deux blessures fortes à la lèvre inférieure. Aucune cautérisation. Chien reconnu enragé par le docteur lui-même.

Veuve Faure, du village de l'Alma, en Algérie, mordue à la jambe, le 1er septembre 1885 : vêtements déchirés par le même chien qui a mordu les quatre enfants dits *d'Algérie*, dont un est mort à l'hôpital de Muslapha, à Alger, deux mois après sa morsure. Description très soignée des symptômes rabiques chez cet enfant, par le docteur Moreau, d'Alger. Le traitement préventif a été appliqué aux trois autres au milieu de novembre.

---

nous résumerons une petite fable montrant que même dans ce pays classique de la spécialité on prend souvent pour ce qu'ils valent les articles enthousiastes des philanthropes inventeurs des pastilles ou des sirops.

Une des abeilles de l'Hymette découvrit un miel efficace contre toutes les maladies connues, et, comme elle était habile, elle bourdonna si fort et si longtemps qu'on n'entendit plus guère ses compagnes. Un jour Apollon venu dans ces parages à la recherche d une simple pour sa sœur Phœbé indisposée, l'entendit et sourit d'un air sceptique, car il connaissait les vertus réelles de toutes les plantes : « C'est égal, dit-il, j'amènerai ma sœur, elle aime le bruit, le miel ne vaut pas grand'chose, mais cette abeille bourdonne si bien qu'elle sera sûrement guérie. »

— Un industriel américain a trouvé un moyen ingénieux de traiter la morphinomanie par la suppression brusque du poison. Son fils, sorti récemment de l'Université, était arrivé à un abus formidable des injections sous-cutanées. Tous les procédés, tous les artifices employés pour l'amener à diminuer les doses restèrent sans résultat. Le père eut recours à une médication héroïque. Il possédait une grande exploitation à l'intérieur d'une forêt vierge de l'Etat du Maine. Il persuada à son fils qu'il ferait bien d'y rester quelques semaines au milieu des bûcherons. On part, on emporte les provisions nécessaires pour la route et le séjour en forêt. Nos voyageurs touchaient au but, il ne restait plus qu'à traverser un large cours d'eau. Le malheur voulut que pendant le passage la caisse au poison fût brisée et tombât en mille morceaux dans le fleuve; il y avait plus de 60 lieues à la dernière station habitée ! Le morphinomane pleura, gémit, voulut se jeter à l'eau ou se frapper la tête contre les rocs. Rien n'y fit, il fallut qu'il se résignât; il revint au bout de deux mois un peu plus pâle, un peu plus maigre qu'à son départ, mais guéri pour toujours.

— Un praticien, très âgé, de New-York, donnait récem-

Mme Gréteau, de Bordeaux, mordue le 14 novembre à l'annulaire droit : deux morsures, l'une dans la pulpe de l'extrémité, l'autre dans l'ongle qui fut coupé vers son milieu. Chien reconnu enragé par le docteur Douand. Lavage des plaies à l'ammoniaque et cautérisation légère.

Voisenet (Noël), de Semur (Côte-d'Or), cinquante ans; mordu le 16 novembre aux deux jambes par une chienne reconnue enragée par M. Colas, vétérinaire. Cautérisation au fer rouge quatre heures seulement après l'accident.

Guichon, de Bordeaux, soixante-sept ans; mordu le 15 novembre à la main gauche par le chien qui a mordu Mme Gréteau et dont il a été parlé ci-dessus.

Halfacre (Walter), de Londres, vingt-huit ans; mordu à la main le 15 novembre, envoyé par le docteur sir James Page. Pas de cautérisation sérieuse. Le frère d'Halfacre mourut de la rage, il y a cinq ans, à la suite d'une morsure à laquelle on n'avait donné aucune attention, tant elle avait paru insignifiante.

Calmeau, de Vassy-lez-Avallon, mordu dans la nuit du 15 au 16 novembre, au ventre, à la cuisse, au genou, vêtements et chemise en lambeaux. Pas de cautérisation quelconque. Chienne reconnue enragée par le vétérinaire de Semur, M. Colas. C'est la même chienne qui a mordu Voisenet (Noël), dont il est question ci-dessus.

Lorda (Jean), âgé de trente-six ans, demeurant à Lasse (Basses-Pyrénées). L'observation de ce sujet est des plus intéressantes. Mordu le 25 octobre 1885, Lorda n'est arrivé à mon laboratoire que le 21 novembre, le vingt-septième jour après sa morsure. Le jour où il fut mordu, sept porcs et deux vaches le furent également par le même chien. Or les neuf animaux sont morts de la rage, les porcs après une courte durée d'incubation de quinze jours à trois semaines. C'est après la mort par rage de ces porcs que Lorda, effrayé, partit pour Paris. La première vache mourut trente-quatre jours après sa morsure; la seconde, cinquante-deux jours après. Je dois le détail de ces faits si curieux à M. Inda, vétérinaire habile de Saint-Palais. Une observation de son rapport ne doit pas être omise: c'est qu'aussitôt après leurs morsures les vaches avaient été cautérisées profondément au fer rouge, ce détail est souligné par M. Inda. J'ai eu des preuves assez nombreuses de l'inefficacité des cautérisations, dans certains cas, de celles même faites au fer rouge et sans retard. La santé de Lorda est toujours parfaite. Son traitement a été terminé le 28 novembre dernier.

Telle est l'énumération, dans l'ordre chronologique de leur arrivée à mon laboratoire, de vingt-cinq personnes mordues comprises dans une période de dix jours. Toutes les autres périodes de dix jours offrent une énumération dont le récit n'apprendrait rien de plus que celle-ci, quoique, dans chacune d'elles, on puisse rencontrer un ou plusieurs cas de morsures non moins intéressants que celui de Lorda. Afin d'abréger, je ne citerai qu'un seul de ces cas, et je le choisis de préférence à d'autres, parce qu'il m'a causé de vives craintes. Il est relatif à un jeune garçon de huit ans, nommé Jullion, habitant Charonne, rue de Vignolles, n° 6, mordu le 30 novembre. Cet enfant, voyant le chien venir à lui, se mit à crier. A ce moment la mâchoire inférieure du chien entre dans la bouche ouverte de l'enfant. Un croc coupe la lèvre supérieure et pénètre profondément au fond du palais, tandis qu'un des crocs de la mâchoire supérieure, resté hors de la bouche de l'enfant, pénétrait entre l'œil droit et le nez. Aucune cautérisation n'était possible. Le chien qui a mordu Jullion a été reconnu enragé par M. Guillemard, vétérinaire, rue de Citeaux, 37, à Paris.

Je pourrais extraire de la série des personnes traitées beaucoup d'autres cas de morsures au visage et à la tête sans cautérisation quelconque.

Pour une seule personne, le traitement a été inefficace; elle a succombé à la rage, après avoir subi ce traitement. C'est la jeune Louise Pelletier. Cette enfant, âgée de dix ans, mordue le 3 octobre 1885, à la Varenne Saint-Hilaire, par un gros chien de montagne, m'a été amenée le 9 novembre suivant, le trente-septième jour seulement après ses blessures, blessures profondes au creux de l'aisselle et à la tête. La blessure à la tête avait été si grave et d'une si grande étendue que, malgré des soins médicaux continus, elle était très purulente et sanguinolente, le 9 novembre. Elle avait une étendue de 0m,12 à 0m,15, et le cuir chevelu se soulevait encore en un endroit. Cette plaie m'inspira de cruelles inquiétudes. Je priai le docteur Vulpian de venir en constater l'état. J'aurais dû, dans l'intérêt scientifique de la méthode, refuser de soigner cette enfant, arrivée si tard, dans des conditions exceptionnellement graves; mais, par un sentiment d'humanité et en face des angoisses des parents, je me serais reproché de ne pas tout tenter.

Des symptômes avant-coureurs de l'hydrophobie se manifestèrent le 27 novembre, onze jours seulement après la fin du traitement. Ils devinrent plus manifestes le 1er décembre au matin. La mort survint, avec les symptômes rabiques les plus accusés, dans la soirée du 3 décembre.

Une grave question se présentait. Quel virus rabique avait amené la mort? Celui de la morsure du chien ou celui des inoculations préventives? Il me fut facile de le déterminer. Vingt-quatre heures après la mort de Louise Pelletier, avec l'autorisation de ses parents et du préfet de police, le crâne

---

ment d'intéressants détails sur les groupes et les petites coteries médicales de cette ville il y a une quarantaine d'années. Au début, tout était réglé par les médecins de l'hôpital de New-York, dont le Collège se trouvait dans l'ancienne rue Barclay; c'était le sanctuaire de l'orthodoxie; là étaient élaborés les principes scientifiques et déontologiques qui servaient d'évangile aux praticiens. Cette espèce d'oligarchie devint si tracassière qu'elle provoqua des résistances. Un clan rival s'éleva, celui du Collège des médecins et des chirurgiens, puis un autre, puis un autre encore, jusqu'au jour où l'Université se mit à la tête de la profession et Valentine Mott, le chirurgien le plus remarquable du pays, à la tête de l'Université. Il jouit pendant toute sa vie d'une influence que personne n'a pu acquérir depuis. Aujourd'hui le régime des groupes formés et des coteries est passé; il existe assez de Sociétés estimées, assez de publications périodiques pour que chaque médecin soit assuré de faire connaître ses idées ou ses travaux sans subir le contrôle de personnalités souvent hostiles, de groupes honorables sans doute, mais étroits dans leurs vues et leurs appréciations.

Le huitième Compte rendu annuel du Collège des médecins et des chirurgiens de New-York rappelle à peu près de la sorte le legs qu'il a reçu dans le cours de l'année :

« Le 18 octobre 1884 est une des dates mémorables dans l'histoire de l'institution. Elle a reçu ce jour-là le legs de William H. Vanderbilt Esq.; vingt-neuf lots contigus dans la ville estimés à 200 000 dollars; lequel terrain est destiné à la construction d'un nouvel établissement d'instruction médicale. Il se trouve directement en face de l'hôpital Roosewelt, de telle sorte que les élèves pourront profiter de toutes les ressources cliniques qu'il offre. Les travaux, dit-on, avancent aussi vite que possible; il y a dans cette expression un peu d'ironie : le sous-sol est formé par un roc très résistant, de telle sorte qu'on n'a guère pu creuser des caves qu'à coups de mine. Le bâtiment sera large, mais

fut trépané dans la région de la blessure, et une petite quantité de la matière cérébrale fut aspirée, puis inoculée par la méthode de la trépanation à deux lapins. Ces deux lapins furent pris de rage paralytique dix huit jours après, et tous les deux au même moment. Après la mort de ces lapins, leur moelle allongée fut inoculée à de nouveaux lapins, qui prirent la rage après une durée d'incubation de quinze jours. Ces résultats expérimentaux suffisent pour démontrer que le virus qui a fait mourir la jeune Pelletier était le virus du chien par lequel elle avait été mordue. Si la mort avait été due aux effets du virus des inoculations préventives, la durée de l'inoculation de la rage à la suite de cette seconde inoculation à des lapins aurait été de sept jours au plus. Cela résulte des explications de ma précédente note à l'Académie.

Si le traitement préventif n'a jamais amené de résultats fâcheux, dans 350 cas, pas un phlegmon, pas un abcès, un peu de rougeur œdémateuse seulement à la suite des dernières inoculations, peut-on dire qu'il a été réellement efficace pour prévenir la rage après morsure? Pour le très grand nombre de personnes déjà traitées, l'une depuis huit mois (Joseph Meister), la seconde depuis plus de quatre mois (Jean-Baptiste Jupille), et pour la plupart des 350 autres cas, on peut affirmer que la nouvelle méthode a fait ses preuves.

Son efficacité peut se déduire surtout de la connaissance des moyennes des cas de rage après morsure rabique. Les ouvrages de médecine humaine et de médecine vétérinaire fournissent à cet égard des indications peu concordantes, ce qui se comprend aisément si l'on se reporte à ce que je disais tout à l'heure, du silence gardé très souvent par les familles et par les médecins sur l'existence des morsures par chiens enragés, et même sur la nature de la mort, désignée, parfois sciemment, sous le nom de *méningite*, quand on sait bien qu'elle est due à la rage.

On comprendra mieux la difficulté d'établir de bonnes statistiques par le fait suivant: le 14 juillet 1885, cinq personnes ont été mordues successivement par un chien enragé, sur la route de Pantin. Toutes ces personnes sont mortes de la rage. M. le docteur Dujardin-Beaumetz a fait connaître au Conseil de salubrité de la Seine, par ordre de M. le préfet de police, les noms, les circonstances des morsures et de la mort de ces cinq personnes. Qu'une telle série entre dans une statistique, la proportion des morts aux cas de morsure s'élèvera. Elle sera diminuée par une série semblable où, au contraire, sur cinq personnes mordues, il n'y aurait pas eu une seule mort.

J'aurais plus de confiance dans les statistiques suivantes : M. Leblanc, savant vétérinaire, membre de l'Académie de médecine, qui a longtemps dirigé le service sanitaire de la préfecture de police de la Seine, a eu l'obligeance de me remettre un document précieux sur le sujet dont je parle. C'est un relevé officiel fait par lui-même sur les rapports des commissaires de police, ou d'après des renseignements de vétérinaires dirigeant des hôpitaux de chiens. Ce document comprend six années. Il porte :

Qu'en 1878, dans le département de la Seine, sur 103 personnes mordues, il y a eu 24 morts par rage;

Qu'en 1879, sur 76 personnes mordues, il y a eu 12 morts par rage ;

Qu'en 1880, sur 68 personnes mordues, il y a eu 5 morts par rage ;

Qu'en 1881, sur 156 personnes mordues, il y a eu 23 morts par rage ;

Qu'en 1882, sur 67 personnes mordues, il y a eu 11 morts par rage;

Enfin, qu'en 1883, sur 45 personnes mordues, il y a eu 6 morts par rage.

Les nombres qui précèdent donnent, en moyenne, 1 mort par rage sur 6 mordus environ.

Mais, pour apprécier l'efficacité de la méthode de la prophylaxie de la rage, il reste une seconde question non moins capitale que celle de la moyenne des cas de morts par rage à la suite des morsures rabiques. C'est la question de savoir si nous sommes suffisamment éloignés de l'instant des morsures chez les personnes déjà traitées pour ne plus craindre qu'elles prennent la rage. En d'autres termes, dans quel délai la rage après morsure fait-elle explosion?

Les statistiques établissent que c'est surtout dans les deux mois, c'est-à-dire dans les quarante à soixante jours qui suivent les morsures, que la rage se manifeste. Or, sur les personnes de tout âge et de tout sexe déjà traitées par la nouvelle méthode, 100 ont été mordues avant le 15 décembre, c'est-à-dire depuis plus de deux mois et demi. La seconde centaine a plus de six semaines et deux mois de morsure. Pour les 150 autres personnes traitées ou en traitement, tout se passe, jusqu'à présent, comme pour les 200 premières.

On voit, en s'appuyant sur les statistiquesles plus rigoureuses, quel nombre élevé de personnes ont été déjà soustraites à la mort.

La prophylaxie de la rage après morsure est fondée.

---

sans fondations profondes; on espère qu'il pourra être livré aux élèves dans le cours de 1887. »

—Le corps médical des Etats-Unis a été mis en émoi à propos des honoraires dus aux médecins qui ont soigné le général Grant pendant sa dernière maladie. L'attentat à la suite duquel périt naguère le président Gairfield fut si imprévu, qu'on ne songea guère à discuter les honoraires des chirurgiens traitants, ils furent réglés avec une générosité paradoxale ; les choses ne se sont point passées aussi simplement après la mort du général Grant; la presse politique s'est occupée des médecins, les journaux ne leur ont pas, tant s'en faut, témoigné une exquise bienveillance. Il paraîtrait que l'un d'eux, le docteur Douglas, aurait présenté deux notes, l'une de 3000 dollars pour services rendus antérieurement au 1er mai, une seconde répondant aux mois de mai, juin et juillet; il s'est dans le public une légende si peu favorable sur son compte, qu'il a éprouvé le besoin de rétablir les faits et de les présenter sous leur véritable jour à un reporter de journal qui l'interrogeait. « Pendant les mois de juin et juillet, dit-il, j'ai abandonné ma clientèle pour me consacrer exclusivement au Général. C'était une perte non pas temporaire mais définitive, car beaucoup de malades ne me reviendront jamais; j'ai basé ma note sur le chiffre approximatif de cette perte. On a dit et répété que les médecins du Général avaient touché chacun 10000 dollars. Je vous assure que mes honoraires ont été bien loin de s'élever à pareille somme. »

Si l'on en croit certaines feuilles politiques, les Etats-Unis seraient le paradis terrestre de la confraternité et de la solidarité professionnelles. Il y a longtemps, très longtemps que l'échange de deux signes maçonniques suffisait pour faire tomber les armes des mains de combattants acharnés; de nos jours, la branche d'acacia ou le tombeau d'Hiram ont perdu de leur prestige. Le grade universitaire, la similitude de situation, ont de l'autre côté de l'Atlantique les mêmes privilèges qu'un mot de passe ou de reconnaissance. Toutes les voitures d'un train

Il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage.

Sur deux cas d'abcès froids volumineux, guéris par l'injection d'éther iodoformé.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL.

Permettez-moi, mon cher maître, de soumettre à votre appréciation deux observations de volumineux abcès par congestion que j'ai eu l'occasion de recueillir à l'hôpital Necker, où j'avais l'honneur de remplacer M. le professeur Le Fort, pendant les vacances dernières. Tous deux, traités par l'injection d'éther iodoformé, suivant la méthode que vous avez préconisée, ont guéri de la façon la plus simple et la plus satisfaisante. Voici d'abord les faits :

Obs. I. *Volumineux abcès par congestion, occupant la fosse iliaque gauche, le triangle de Scarpa et la région fessière du côté correspondant. Guérison par une seule injection d'éther iodoformé.* — Le nommé H... (Jean-Baptiste), cinquante-quatre ans, menuisier, est entré à Necker le 6 septembre 1885, salle Saint-Pierre, n° 14. Le début de sa maladie remonte à trois ans. Il fut, à ce moment, atteint d'une bronchite, pour laquelle il entra dans le service de M Troisier à l'Hôtel-Dieu (annexe), où il resta deux mois. Envoyé à Vincennes, il y contracte une pleurésie pour laquelle il est soigné à l'hôpital Cochin d'abord, puis, à la Pitié, dans le service de M. Brouardel. Il était guéri de sa pleurésie et prêt à quitter l'hôpital, lorsqu'il commença à souffrir du testicule gauche. Il fut soigné pour une orchite successivement dans les services de MM. Nicaise et Th. Anger. En résumé, depuis trois ans, il n'y a pas eu d'amélioration durable dans l'état de ce malade, et il n'a pour ainsi dire pas quitté l'hôpital.

Interrogé sur ses antécédents éloignés, il nous apprend que, depuis 1870, il tousse constamment; il pouvait cependant continuer à travailler. Avant l'année 1870, il a eu trois fluxions de poitrine, toutes les trois du côté gauche. Enfin, en 1877, il a subi un grave accident, qui a porté également sur la moitié gauche du corps. Le bras et la jambe de ce côté ont été atteints de fractures compliquées, qui, traitées dans le service de M. Alphonse Guérin, ont guéri de la manière la plus satisfaisante par le pansement ouaté.

L'état du malade, à son entrée à l'hôpital, est le suivant · Il existe, à droite, dans la fosse sus-épineuse, de la matité absolue. La respiration est saccadée; il y a un souffle très marqué au sommet du poumon gauche.

La tunique vaginale du côté droit est le siège d'un léger épanchement de liquide. A gauche, on constate une induration considérable de l'épididyme, surtout au niveau de la tête. Le cordon est volumineux.

Enfin, il y a un mois environ, le malade s'aperçut de l'existence d'une grosse tumeur dans la partie gauche du bas-ventre. Cette tumeur, qui n'est autre chose qu'un énorme abcès froid, présente actuellement les caractères suivants : elle occupe en totalité la fosse iliaque et y dessine un relief considérable. Passant au-dessous de l'arcade de Fallope, elle occupe et distend complétement le triangle de Scarpa, de telle sorte que la tumeur, dans son ensemble, est composée de deux lobes volumineux, séparés par une bride, qui répond à l'arcade de Fallope. On renvoie facilement la sensation de flot de l'une à l'autre de ces bosselures. De plus, lorsqu'on examine la face postérieure dn corps, on observe dans la région fessière un troisième prolongement de la tumeur, sorti du bassin par la grande échancrure sciatique. Rien du côté de l'articulation coxo-fémorale; ni déformation, ni douleur sur le trajet de la colonne vertébrale. Il s'agit donc d'un abcès froid ayant son point de départ dans l'intérieur même du bassin.

En présence d'une collection aussi volumineuse, chez un malade dont l'état général était très mauvais, qui portait sur divers points du corps d'autres manifestations tuberculeuses, toute opération sanglante présentait un haut caractère de gravité. Je rejetai donc immédiatement l'idée de l'incision au bistouri, et je me décidai à tenter l'injection d'iodoforme.

Le 12 septembre, une ponction est faite au côté externe de la fosse iliaque et donne issue à 500 grammes au moins de pus. Quand l'écoulement est arrêté, on injecte dans la poche 50 grammes d'une solution éthérée d'iodoforme à 8 pour 100, c'est-à-dire environ 4 grammes d'iodoforme.

A la suite de cette injection, des douleurs violentes se produisent; elles persistent pendant toute la journée du 12 et du 13 septembre. Elles n'occupent pas la poche elle-même, mais sont localisées dans le genou et dans le talon. La poche est distendue par les vapeurs d'éther et donne à la percussion un son tympanique. Le malade a accusé dans la bouche un goût d'éther, et a eu quelques vomissements. Pendant longtemps l'analyse des urines y révèle la présence d'iodoforme.

Le 21 septembre, la poche est encore distendue par les gaz et donne à la main une sensation de chaleur.

Mais, le 24 septembre, les douleurs ont beaucoup diminué, et, dès le 28, la poche fessière a complètement disparu. La température s'est élevée le quatrième jour seulement à 38°,4; pendant tout le reste du temps, elle est demeurée au-dessous de 38 degrés.

La tumeur occupant le triangle de Scarpa ne tarda pas ensuite à s'affaisser; enfin, le 15 octobre, on note une diminution considérable de la tuméfaction, qui occupait la fosse iliaque et faisait saillie au-dessus de l'arcade de Fallope.

Le 20 novembre, M. Le Fort, qui avait repris son service, fait

---

de grande ligne sont remplies; un voyageur qui monte dans une petite station ne peut trouver où s'asseoir, bien qu'en suivant le couloir médian il ait fait une inspection soigneuse des coins et des recoins de toutes les voitures, de toutes les classes; à la fin il aperçoit un siège à deux places accaparé par un voyageur élégamment disposé dans un semi-décubitus dorsal; il s'approche, attend quelques secondes, une minute même, que son voisin veuille bien lui céder un coin, mais son voisin le regarde sans rire et il reste comme il est. Excédé par une pareille impassibilité, le premier l'interpelle en colère : « Monsieur, dit-il, vous êtes un infernal *hog*. » — *Hog* est un sobriquet zoologique difficile à prendre pour un compliment. Il froissa le voyageur nonchalant. « Vous osez m'appeler *hog!* Attendez un peu, je vais envoyer le sommet de votre tête d'idiot faire une petite excursion à travers champs. » Il prit position pour engager la bataille; heureusement le conducteur apparut.— « Allons donc, docteur, dit-il a l'irascible compagnon, de quoi s'agit-il ? — Docteur? reprend le second dont la colère tombe à l'instant même ; est-ce que vous l'êtes réellement? — Sans doute — Et moi aussi. » Alors ils échangèrent leurs cartes et des poignées de main. — « Comment, vous désiriez la moitié de mon siège! mais prenez-le tout entier avec le reste du wagon si vous voulez. — Pas du tout, je serais au contraire désolé de vous déranger. — Je vous en prie. — Puisque vous insistez, permettez-moi d'occuper une toute petite place à côté de vous. » Ainsi fut fait, et les deux confrères réconciliés et enchantés firent de compagnie le plus agréable des voyages.

— A Carbondale, dans l'Illinois, vit un vieux charlatan prétentieux qui, à force d'impudence, a réussi, comme beaucoup de ses pareils, à se faire une place au soleil. Un beau jour, il entre dans un magasin où se trouvaient plusieurs médecins et un homme instruit de la ville qui résolut de profiter de l'occasion pour le mystifier. — « Docteur, dit-il à un des médecins présents en clignant de l'œil, que

pratiquer l'électrisation de la cuisse. Le malade commence à se lever.

Le 21 décembre, le malade part pour Vincennes. Depuis un mois, il marche avec des béquilles; depuis trois jours, un nouveau symptôme est survenu : c'est une éruption de purpura sur les membres inférieurs.

Le 11 janvier, le malade, revenant de Vincennes, se présente de nouveau à l'hôpital Necker, parce qu'il marche péniblement et manque de forces. Le purpura des jambes, qui avait augmenté à Vincennes, commence à s'effacer. L'abcès de la fosse iliaque n'existe plus. Il reste seulement, au niveau de l'arcade crurale et au-dessus d'elle, une masse indurée, mais sans aucune trace d'empâtement, ni de fluctuation.

Obs. II. *Volumineux abcès froid siégeant à la partie supérieure de la cuisse droite. Guerison à la suite de deux injections d'ether iodoformé.* — P... (Apollonie), cinquante ans, journalier, est entré le 11 septembre 1885 à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 24. Ce malade fait remonter son affection au début de l'année 1882. Il a eu, à ce moment, deux abcès au côté gauche du périnée. Il entra à Saint-Louis, dans le service de M. Péan, où les abcès furent incisés. Bien que le malade ait eu une blennorrhagie en 1858, ces abcès périnéaux ne sauraient être mis sur le compte d'un rétrécissement, car le malade n'a jamais eu de difficulté à uriner, et une bougie n° 16 franchissait aisément le canal.

Il resta onze mois à l'hôpital; à sa sortie, il put reprendre son travail; mais il conservait une fistule livrant passage à l'urine et l'obligeant à s'accroupir pendant la miction.

Il y a cinq ou six mois, ressentant des douleurs dans la cuisse et le côté droit du bassin, il alla de nouveau trouver M. Péan, qui l'adressa à M. Debove. Celui-ci pratiqua, à deux reprises, des pulvérisations au chlorure de méthyle, qui amenèrent un soulagement momentané; mais les douleurs reparurent au bout de quelques jours. Enfin, il y a un mois, le malade s'aperçut qu'il portait, à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, une petite grosseur. Actuellement il existe en ce point un énorme abcès froid, qui remplit le triangle de Scarpa, contourne le côté interne de la cuisse et se continue avec une poche volumineuse, qui occupe toute la face postérieure du membre. Il est facile de transmettre la sensation de flot d'un point à l'autre de cet énorme abcès.

Le malade accuse des douleurs violentes à la région lombaire, et surtout vers la partie postérieure de l'os iliaque droit, au niveau de l'articulation sacro-iliaque. On ne sent aucune tumeur dans la fosse iliaque. Il y a une vive sensibilité, et une sudation abondante du membre correspondant, qui se prononce surtout sous l'influence des douleurs causées par l'exploration. Les réflexes sont exagérés. Au périnée, il existe du côté gauche une dépression en cul-de-sac, au fond de laquelle se voit l'orifice fistuleux dont il a été question plus haut. Un stylet, introduit par cet orifice, se dirige vers la ligne médiane, au voisinage de l'urèthre. La prostate est volumineuse; comme les vésicules séminales, elle est indurée et douloureuse à la pression. Il faut ajouter que le malade a eu une suppuration de l'épididyme du côté droit. On sent là un noyau cicatriciel adhérent à la peau, qui est la trace d'un des abcès ouverts à l'hôpital Saint-Louis.

Cet examen conduit au diagnostic d'abcès froid ossifluent chez un homme atteint de tuberculose des organes génito-urinaires. L'auscultation ne révèle aucun signe positif de tuberculose pulmonaire.

Le 15 septembre, on fait à la partie supérieure et postérieure de la poche une ponction, qui donne issue à un litre environ de pus; et l'on y injecte 50 grammes de la solution à 8 pour 100 d'iodoforme dans l'éther, c'est-à-dire 4 grammes d'iodoforme.

Le 16 septembre, violentes douleurs; tension très grande de la poche, qui donne un son tympanique à la percussion. Le malade accuse le goût d'iodoforme dans la bouche; il a eu quelques vomissements.

Le 18 septembre, les douleurs sont toujours extrêmement violentes; on constate la présence d'iodoforme dans l'urine.

Le 28 septembre. Il s'est formé, au niveau du talon, une petite ecchymose. On protège ce point contre la pression par une couche de ouate.

Le 30 septembre, le gonflement de la poche a diminué au moins des deux tiers.

Le 4 octobre, diminution encore plus marquée, surtout du côté interne, où l'on distingue actuellement la saillie des muscles adducteurs, auparavant complètement cachés par l'abcès.

Le 20 octobre, les douleurs sont redevenues très violentes, et la poche s'est un peu remplie depuis quelques jours. On pratique une nouvelle ponction, qui donne issue à 100 grammes d'un pus épais, crémeux, d'un gris verdâtre. Une injection d'éther iodoformé ne put être faite ce jour-là.

Le 23 octobre, une nouvelle ponction est pratiquée avec l'appareil Dieulafoy et suivie d'une injection de 50 grammes de la solution déjà indiquée, représentant 4 grammes d'iodoforme.

Les phénomènes qui suivent cette seconde injection sont les mêmes que la première fois : violentes douleurs, accumulation de gaz dans la poche révélée par le tympanisme; nausées, goût d'iodoforme dans la bouche, etc.

Le 3 novembre, l'orifice de la ponction devient fistuleux, et livre passage à un écoulement séro-purulent.

Le 10 novembre, l'ouverture se reproduit et donne de nouveau issue à quelques centimètres du liquide.

Le 12 novembre, l'ouverture est refermée; la tumeur diminue.

Le 15 novembre, la pression reproduit l'écoulement d'un peu de pus.

Le 21 décembre, le malade part pour Vincennes. Il n'y a plus

---

pensez-vous de la question soulevée dans la *Lancette ?* — Je vous avoue que je ne l'ai pas suivie. — Il me semble extraordinaire qu'un problème important comme celui de la situation du foie n'ait pas reçu jusqu'a ce jour une solution définitive. — Ce n'est pas aussi extraordinaire que vous le pensez, dit un autre médecin non sans malice, j'ai vu des cas dans lesquels il est difficile de donner une réponse; je crois pourtant que le foie siège le plus souvent au-dessous du diaphragme. — Il faut que la question ait une importance sérieuse, sans cela la *Lancette* de Londres ne lui eût pas accordé une aussi grande place. Voyons, docteur O'Haven (c'est le charlatan), dites-nous ce que vous a appris à ce sujet votre immense expérience. — Je m'en suis longtemps occupé, j'ai fait assez d'études, je possède assez d'observations pour clore la discussion. Selon moi, Messieurs, voici la vérité: Une moitié du foie est placée au-dessus du diaphragme, et une autre moitié au-dessous!! »

Dr L. Thomas.

Exposition d'hygiène. — Une exposition d'hygiène urbaine, organisée par les soins de la Société de médecine, aura lieu au mois de mai prochain à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville.

Cette exposition, d'un caractère exclusivement scientifique et technique, comprendra tous les plans et modèles de constructions, ainsi que les appareils destinés à assurer la salubrité du sol, du sous-sol, des habitations privées, des maisons à bon marché et des édifices publics, tels que : écoles, hôpitaux et hospices, théâtres, salles de réunion, asiles de nuit, etc.

Elle est placée sous le patronage du Conseil municipal et de savants, appartenant à l'Institut, à l'Académie, à la Faculté de médecine, au Comité consultatif d'hygiène publique de France, au Conseil de salubrité de la Seine, à la Commission des logements insalubres, au Parlement et à l'Administration.

rien de sensible dans le triangle de Scarpa. Il reste seulement à la partie postérieure du membre une très petite collection, complètement isolée du reste de la poche.

Telles sont, mon cher maître, mes deux observations. Du reste, le premier de mes malades, H..., est encore actuellement dans votre service, où vous avez bien voulu l'admettre, en raison de l'atrophie considérable du membre malade, qui rend chez lui la marche très difficile. Vous pourrez donc le suivre, et, au besoin compléter son observation.

Ces deux faits parlent bien haut en faveur de la méthode que vous avez préconisée. Il n'est pas utile, en effet, je pense, d'insister longuement sur la gravité qu'aurait nécessairement présentée toute opération sanglante chez des malades vieux fort débilités, atteints de lésions tuberculeuses multiples, et porteurs d'abcès froids d'un pareil volume. Je sais bien qu'aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, on peut éviter le plus souvent les accidents primitifs, liés à l'ouverture par le bistouri des grands abcès par congestion Mais, si les malades ne succombent pas, dans les premiers jours, à la pyohémie ou à la septicémie aiguë, trop souvent l'orifice reste fistuleux, la suppuration s'éternise, les viscères se tuberculisent, et le malade finit par succomber à la septicémie chronique ou à la fièvre hectique des anciens chirurgiens. On se hâte beaucoup trop, en général, de publier les observations ; le malade est guéri, nous dit-on, sauf un petit trajet fistuleux insignifiant. Or, si petit que soit ce trajet, si minime que soit la quantité de pus qu'il fournit, il constitue en réalité pour l'avenir une grave menace et ne permet pas de conclure à une vraie guérison.

La ponction et l'injection iodoformée ont pour elles une simplicité extrême et une extrême bénignité; elles ne nécessitent même pas l'emploi du chloroforme, ce qui est bien un avantage chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire. Mais, à ces qualités précieuses la nouvelle méthode joint-elle une efficacité suffisante? Les faits publiés me paraissent être aujourd'hui encore en nombre insuffisant pour permettre une réponse définitive à cette question. Il est donc nécessaire de multiplier les observations pour dresser le bilan de la méthode, et arriver à fixer sa valeur thérapeutique. Mais là n'est pas mon but unique en publiant les faits qui me sont personnels. Comme toute méthode nouvelle, le traitement des abcès froids par l'injection d'iodoforme en est encore à la période d'hésitation et de tâtonnement. Depuis que vous avez appelé sur lui l'attention dans la *Revue de chirurgie* de l'année dernière, vous y avez eu recours un grand nombre de fois. L'expérience vous a révélé sans doute bon nombre de faits importants, que tous les chirurgiens avec moi seront bien aises de vous entendre formuler, pour en faire profiter leurs malades. Ainsi, par exemple, quelles sont les indications et les contre-indications de la méthode? Dans quelles conditions peut-on surtout compter sur le succès? A-t-elle des inconvénients sérieux? — Un de ses inconvénients noté dans les deux observations précédentes, c'est l'existence de douleurs extrêmement violentes. Elles sont dues sans doute à la tension considérable développée dans la poche par les vapeurs d'éther. Un moyen de les éviter serait de laisser échapper, par la canule du trocart, la totalité de ces vapeurs. Je m'imagine cependant que cette manière de faire ne serait pas recommandable; car il peut y avoir, dans l'injection d'éther iodoformé, à côté de l'action modificatrice exercée sur les parois même de la poche, par la poudre d'iodoforme, une action mécanique due à la présence des vapeurs d'éther. En exerçant une pression considérable à la face interne de l'abcès, elles peuvent s'opposer à la sécrétion du pus. Mais n'est-ce pas là une pure imagination?

D'autres points méritent d'être fixés. Ainsi, la quantité de solution éthérée d'iodoforme à injecter, le titre même de cette solution. Sur ce dernier point, il me semble que, pour ne pas introduire une trop grande quantité d'éther dans l'abcès, il y a avantage à employer des solutions concentrées, représentant sous le plus petit volume la plus forte dose possible d'iodoforme. Il ne serait pas moins important d'être fixé sur l'époque à laquelle il convient de renouveler l'injection. Si je m'en rapporte aux deux observations précédentes, il ne faut pas trop se hâter; car la résolution demande un temps assez long, qui s'est mesuré, chez mes deux malades, par trois mois environ. Enfin le mode de guérison lui-même varie, puisque nous voyons des malades guérir sans suppuration extérieure, tandis que, chez d'autres, l'orifice de la ponction reste plus ou moins longtemps fistuleux.

Je serai heureux, mon cher maître, de provoquer de votre part une explication sur ces différents points, et de contribuer ainsi, dans une faible mesure, à la diffusion d'une méthode qui me paraît constituer un grand progrès chirurgical et être appelée dans l'avenir à un légitime succès.

Veuillez agréer l'assurance de mon respectueux dévouement.

E. Kirmisson.

Mon cher Kirmisson,

Je vous remercie très sincèrement de la communication de ces deux faits, et plus encore des questions que vous m'adressez à la fin de votre intéressante note.

Comme vous, je crois qu'il ne suffit pas de préconiser tel procédé ou telle méthode, mais qu'il faut prouver sa valeur par des observations bien prises et suivies assez longtemps ; alors on peut affirmer le succès pratique aussi bien que le succès opératoire.

Je l'ai si bien compris, qu'à l'heure même où je publiais dans la *Revue de chirurgie* la technique de l'injection iodoformée, je chargeais spécialement M. le docteur Verchère, mon chef de clinique, de prendre les observations nouvelles et de compléter, autant que possible, les observations anciennes. Ce travail est assez avancé pour que la publication en soit prochaine, vous y trouverez réponse à la plupart de vos demandes.

Dès aujourd'hui cependant je puis, par anticipation, vous dire que je suis toujours très satisfait des résultats, que les inconvénients, d'ailleurs faciles à éviter, sont presque négligeables, que les dangers sont nuls, ou peu s'en faut, que la santé générale surtout, loin d'être ébranlée par l'acte opératoire, paraît s'améliorer d'une façon manifeste sous l'influence de l'imprégnation iodoformique en honneur.

En revanche, je rappellerai que pour réussir il faut du temps, variant de quelques semaines à quelques mois, et que des mécomptes attendent certainement aussi bien les chirurgiens trop pressés que ceux qui transgresseront les règles que j'ai posées pour l'exécution.

Si les chirurgiens qui ont essayé l'injection iodoformée — ils sont assez nombreux déjà — suivaient votre

exemple et publiaient leurs cas, bons ou mauvais, l'enquête serait bien plus vite terminée.

Bien cordialement à vous. VERNEUIL.

1er mars 1886.

Rachitisme et syphilis.

Nous avons résumé il y a quelques semaines dans la *Gazette hebdomadaire* (15 janvier 1886) une observation communiquée par Galliard à la Société clinique et publiée dans la *France médicale*. Ce fait tendait à infirmer les relations établies par Parrot entre le rachitisme et la syphilis héréditaire : les parents, en effet, avaient contracté la vérole après la naissance d'un enfant rachitique.

Voici maintenant que Giraudeau publie (*France médicale*, 1886, t. I, p. 183) quatre observations où l'on voit des rachitiques avérés être atteints d'une syphilis indiscutable.

Deux de ces faits sont déjà relativement anciens. Le premier a été recueilli dans le service de M. Hayem : un rachitique, souffrant d'accidents cardio-pulmonaires, portait un chancre induré et présenta, quelques jours après, de la roséole et des plaques muqueuses. Le second provient du service de M. Hallopeau : une femme rachitique avait des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus. Mais ces cas, observ s à l'hôpital, n'ont pu être suivis avec autant de soin que les deux autres. Ceux-ci en effet ont été fournis à Giraudeau par la clientèle privée.

Un homme de trente-huit ans, soigné pour une poussée de bronchite, avait, à un degré notable, les déformations caractéristiques du rachitisme le plus évident. La femme également avait le squelette atteint, moins il est vrai. Une première grossesse avait pris fin, à terme, par l'extraction au forceps d'un enfant mort. La malade redevint bientôt enceinte et on provoqua alors un accouchement prématuré au huitième mois. L'enfant qui en résulta, âgé de huit ans en mai 1885, offrait des accidents strumeux multiples ; mais il n'était nullement rachitique. Quelque temps après, le père contracta la syphilis et ne tarda pas à contaminer la mère. Les accidents secondaires les plus classiques évoluèrent alors.

Comme le dit Giraudeau, c'est la contre-épreuve de l'observation de Galliard. Si le rachitisme était une manifestation de la syphilis héréditaire, il devrait tout au moins procurer à ceux qu'il atteint les avantages d'une immunité ultérieure. Mais, comme nous le disions à la fin de notre dernier article, ne serait-ce pas que cette immunité, temporaire seulement, a une durée sur laquelle la science n'est pas encore fixée ? Nous ne saurions mieux faire, à ce sujet, que de citer la conclusion de Giraudeau :

« On nous objectera peut-être que ces quatre rachitiques, syphilitiques de naissance, avaient contracté ultérieurement la syphilis, tout comme on voit parfois, chez l'adulte, à des époques éloignées l'une de l'autre, apparaître successivement deux chancres indurés ; mais d'abord ce fait est exceptionnel ; quand on l'observe, on le considère comme une rareté pathologique, et il serait bien étrange que nous ayons eu affaire successivement à quatre exceptions. En second lieu, nous ne connaissons pas de cas authentiques d'individus porteurs de lésions syphilitiques indiscutables, de celles sur la nature desquelles tout le monde est d'accord, ayant contracté ultérieurement la syphilis. Pourquoi donc le rachitisme, s'il était d'essence syphilitique, ferait-il exception à la règle ? »

A. BROCA.

Contributions pharmaceutiques.

SUR L'URÉTHANE.

On a donné le nom d'uréthanes à toute une classe d'éthers dérivés de l'acide carbamique parce que cet acide a des rapports chimiques avec l'urée. En effet, l'acide carbamique étant diatomique, forme des bicarbonates et des carbonates neutres. Si l'on enlève l'eau des deux sels ammoniacaux, on a des amides acides avec l'un, et des amides neutres avec l'autre. Ainsi, du carbonate neutre d'ammoniaque, moins $2H^2O$, donne de l'urée ou carbamide ; du carbonate acide, moins H^2O, donne l'acide carbamique.

La même analogie existe entre les urées composées et les uréthanes, puisque les produits qui en dérivent sont formés par le remplacement d'un atome d'hydrogène par un radical alcoolique mono-atomique. Ainsi l'urée, $C(AzH^3H)AzO$, et l'éthylurée, $C(AzH^3.C^2H^5)AzO$;

L'acide carbamique, $C(H.AzH^2)O^2$, et le carbamate d'éthyle ou *uréthane*, $C(C^2H^5AzH^2)O^2$.

L'acide carbamique n'a jamais été isolé, mais on en a préparé les sels et les éthers :

$\left.\begin{matrix} CO \\ H.AzH^2 \end{matrix}\right\} O$ Acide carbamique,

$\left.\begin{matrix} CO \\ {}^2 \end{matrix}\right\} O$ Carbamate métallique mono-atomique,

$\left.\begin{matrix} CO \\ R.AzH^2 \end{matrix}\right\} O$ Carbamate d'un radical alcoolique mono-atomique ou *uréthane*,

substitutions aussi faciles à réaliser qu'à comprendre.

Il existe plusieurs moyens d'obtenir les uréthanes :

1° Action du gaz ammoniac sur les éthers carboniques et chloro-carboniques ;

2° Action du chlorure de cyanogène sur les alcools ;

3° Action de la chaleur sur l'urée en présence d'un excès d'alcool.

C'est par ce dernier procédé, dû à Hoffmann, que l'on prépare l'uréthane éthylique, appelée ordinairement l'*uréthane*, comme nous disons l'*alcool*, en parlant de l'alcool éthylique.

L'uréthane se présente sous la forme de beaux cristaux blancs, dérivant d'un prisme rhomboïdal oblique.

Elle fond à 60 degrés et distille à 180 degrés ; elle cristallise très facilement ; elle est très soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther et ne présente aucune réaction chimique caractéristique. Il est donc impossible, — du moins jusqu'à présent, — de la retrouver dans les urines.

Elle procure un sommeil calme et réparateur à la dose de 4 grammes (Huchard).

D'après ces données, l'uréthane se prête à toutes les formes pharmaceutiques.

Afin de fixer la mémoire, je propose les deux préparations suivantes :

Solution. — Eau distillée	100	grammes.
Uréthane	10	—

Ce qui fait 0gr,50 par cuiller à café ou 1 gramme par cuiller à dessert.

On ajoute cette solution à un breuvage quelconque, l'uréthane ayant un goût très supportable.

Potion. — Uréthane.....................	4	grammes.
Sirop de menthe ou d'éther....	30	—
Eau..........................	100	—

A prendre en une ou deux fois le soir en se couchant.

Ce julep hypnotique peut remplacer l'ancienne potion calmante.

P. VIGIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er MARS 1886. — PRESIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LA MÉTHODE POUR PRÉVENIR LA RAGE APRÈS MORSURE, par M. *Pasteur*. (Voy. p. 154.)

SUR LES CENTRES RESPIRATOIRES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. Note de M. *E. Wertheimer*. — L'auteur rappelle tout d'abord les études de M. Brown-Séquard en 1860, et de M. Langendorff en 1880, sur la persistance de la respiration chez les mammifères nouveau-nés, après l'ablation de la moelle allongée. Il rend compte ensuite des expériences qu'il vient de faire lui-même au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Lille, non plus sur des animaux nouveau-nés. mais soit sur des chiens âgés de quelques mois, soit sur des chiens adultes. La question était d'autant plus intéressante à étudier dans ces conditions que, jusqu'à présent, la persistance de la respiration spontanée, après la section de la moelle, entre l'atlas et l'axis, chez des mammifères déjà arrivés à leur complet développement, n'avait pas encore été signalée.

Ces expériences, au nombre de trente, conduisent l'auteur aux conclusions suivantes : En somme, il existe, dans la moelle, des centres nerveux qui président, les uns à l'inspiration, les autres à l'expiration, et leur activité peut être mise en évidence même chez les mammifères adultes. Le retour de la respiration spontanée, même pendant l'insufflation pulmonaire, montre que la moelle, abandonnée à elle-même, envoie aux muscles inspirateurs des impulsions rythmiques, sans qu'elle ait besoin d'y être sollicitée par un excitant quelconque. D'autre part, les caractères que prennent les mouvements respiratoires quand le bulbe n'exerce plus son influence, prouvent que celui-ci sert aux centres médullaires de modérateur et de régulateur, et que, dans la respiration comme dans la circulation, son rôle est identique.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *A. Voisin* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoi à la section.)

M. le docteur *L. Fournier* (d'Angoulême) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la premiere division (*Médecine*). (*Commission spéciale.*)

M. le docteur *Crouzat* envoie un *Pli cacheté*, renfermant des *Notes sur l'obstétrique*, dont le dépôt est *accepté*.

M. le docteur *Famechon*, médecin-major de 2e classe, adresse un *Rapport sur les revaccinations* qu'il a pratiquées en 1885, à l'École militaire préparatoire d'infanterie à Rambouillet. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Dambier* (de Caussade) envoie le *Relevé des vaccinations* qu'il a opérées en 1885. (*Même Commission.*)

Mme *Torino* (de Gentilly, Seine) adresse un *État de ses vaccinations* en 1885. (*Même Commission.*)

M. le docteur *Prince Zageill* (à Graduo, Russie) envoie une *Note* manuscrite *sur le traitement de la rage par les racines de Spirea flipendula*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *le Président* présente le *Compte rendu du Congrès français de chirurgie en* 1885, par M. le docteur *Pozzi*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *L. Passy*, une *Notice sur M. Magne*; 2° de la part de M. le docteur *Germa* (d'Arras), deux brochures ayant pour titres *De la méthode dans l'évolution des sciences* et *Relation médico-légale de l'affaire Saison*; 3° au nom de M. le docteur *Triplett* (de New-York), un ouvrage intitulé : *Delle machie e di corpuscoli che s'incontrano in alcune molattie del baco da seta* et *Due nuovi teoremi di fisica applicate specialmente a fenomani dell' economia animale.*

M. *Riche* présente, au nom de M. *Tanret*, un mémoire manuscrit *sur quelques principes immédiats de l'écorce d'oranges amères.*

M. *Dujardin-Beaumetz* offre : 1° de la part de M. le docteur *Rouvier*, médecin en chef de la marine une brochure *sur les injections intraveineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra*; 2° la traduction, en langue anglaise, par M. le docteur *Hurd*, du 3e volume de sa *Clinique thérapeutique.*

M. *Brouardel* présente l'article VIABLE, VIABILITÉ, par M. le docteur *Maurice Laugier*, extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. *Rochard* dépose, au nom de M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe, le *Compte rendu* manuscrit *des vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées au 93e régiment de ligne. (*Commission de vaccine.*)

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur *Bérenger-Féraud*, un volume ayant pour titre : *Réminiscences populaires de la Provence*; 2° au nom de M. le docteur *Lanoaille de Lachèze*, une brochure sur *le tarassis.*

M. *Legouest* dépose l'*Exposé des titres et travaux scientifiques* de M. le docteur *Paulet*, médecin inspecteur de l'armée.

M. *Verneuil* présente : 1° un mémoire imprimé de MM. les docteurs *Jeannel* et *Laulanié* (de Toulouse), intitulé : *Recherches sur le rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathogénie de la septicémie*; 2° une brochure de M. le docteur *Jeannel* sur *les blessures et maladies chirurgicales du cou*; 3° un mémoire imprimé de M. *Bertoye* (de Lyon) sur *les microbes de l'ostéomyélite infectieuse*, et fait hommage du tome IV de ses *Mémoires de chirurgie*, volume ayant pour sous-titre : *Traumatisme et complications.*

M. *Cariet* présente, de la part de M. *C. Trouvé*, plusieurs *appareils d'éclairage électrique destinés aux recherches des laboratoires.*

RAGE. — M. *Pasteur* fait la communication reproduite plus haut (p. 154). L'Académie accueille cette communication par des applaudissements unanimes et réitérés, à la suite desquels M. *le Président* souligne, en termes éloquents, l'intérêt à la fois scientifique et humanitaire de la grande découverte de M. Pasteur.

PTOMAÏNES, LEUCOMAÏNES ET MICROBES. — Après quelques observations de M. *Armand Gautier* demandant à M. Béchamp d'apporter dans cette discussion non des affirmations passionnées, mais des faits et des objections précises appuyées de preuves expérimentales, M. *Guéniot* examine plus particulièrement la bienfaisante influence que la doctrine microbienne a déjà exercée en obstétrique et en chirurgie; c'est elle en effet qui a permis avec sécurité et succès des opérations qu'on n'avait jamais osé faire jusqu'ici. Les affections septiques ne s'observent jamais que concurremment avec l'existence d'une plaie et l'agent infectieux vient manifestement du dehors; aussi comprendrait on mal en pareil cas l'intervention des leucomaïnes, produits spontanés de l'organisme pour lesquels la dénudation des tissus est un phénomène indifférent, et qui ne sauraient d'autre part cheminer d'un individu à un autre, pas plus que celle des ptomaïnes, formées au sein des tissus en décomposition sous l'influence apparemment alors de microbes venus du dehors; sans ceux-ci pas de putréfaction et sans putréfaction pas de ptomaïnes. Faudrait-il admettre avec MM. Le Fort et Peter qu'une septicémie ou toute autre affection analogue, apparaissant inopinément dans une localité jusque-là indemne, ne peut recevoir de la doctrine microbienne une explication satisfaisante, sous le prétexte que les microbes devraient forcement émaner d'un foyer beaucoup trop lointain ou bien recouvrer sur place une activité qu'ils auraient perdue depuis de longues années? Mais pour ces micro organismes les distances ne comptent pas; ils suivent l'homme sur terre et sur l'eau; ils peuvent être transportés tout aussi loin que les graines des végétaux ou la poussière fécondante des fleurs, et, quant à la durée de leur existence, on l'ignore; la vie latente peut être chez eux aussi longue que pour les vertébrés. En d'autres termes, il est probable que pour la propagation des maladies infectieuses ce ne sont jamais les microbes qui font défaut. Mais si les maladies chirurgicales de nature septique, de même que l'infection puerpérale, proviennent évidemment d'une source extérieure de contagion microbienne, en est-il de même du plus grand nombre d'entre elles? On ne saurait le prétendre, et c'est ici que la théorie naissante des alcaloïdes animaux pourra sans doute fournir un jour l'explication de faits restés jus-

qu'ici obscurs, soit qu'elle conduise à déterminer les phénomènes dus aux empoisonnements chimiques intra-organiques, soit qu'elle fasse comprendre comment le jeu régulier de nos fonctions oppose, en maintes circonstances, une résistance efficace à l'action des causes morbigènes.

M. *de Ranse*, correspondant national, tout en n'attaquant ou ne défendant aucune doctrine, tient à dégager et à signaler quelques inconnues qu'il appartient aux actériologistes de résoudre, et dans ce but il esquisse une sorte de programme d'expérimentation. Une doctrine parasitaire exclusive ne saurait rendre compte de la genèse de toutes les maladies infectieuses; mais aussi il n'est pas indifférent, pour la prophylaxie et la thérapeutique de ces affections, de savoir si elles procèdent toujours et fatalement d'un microbe pathogène, *agent extérieur*, ou si certaines d'entre elles peuvent se développer spontanément: dans le premier cas, l'agent extérieur joue le principal rôle et l être vivant, c'est-à-dire le terrain, un rôle secondaire; dans le second cas, le terrain est tout. Le microbe agit-il, à la façon des parasites, par sa multiplication, sa pullulation, ou doit-il sa nocivité aux produits toxiques qu'il engendre? La prophylaxie est toujours la même, mais une fois que l'invasion a eu lieu, dans le premier cas, on n'a plus qu'à soutenir les forces de l'organisme dans sa lutte avec le microbe; dans le second cas, on a une ressource de plus, celle de neutraliser les effets des produits toxiques, des ptomaïnes, ou d'en assurer et d'en faciliter l'élimination. D'autre part, on s'est jusqu'à présent ingénié à découvrir les microbes dans les produits morbides, à les cultiver, les isoler, les inoculer à des animaux pour voir s'ils reproduisent la maladie de l'individu d'où ils émanent, enfin à atténuer leur virulence pour la transformer en vaccin; il faut maintenant établir leur histoire naturelle aussi complète que possible; rechercher la nature et les variations, suivant les milieux où ils se développent, des ptomaïnes qu'ils engendrent et la part revenant à celles-ci; étudier les conditions propres à modifier cette action pathogénique des microbes, comment on doit comprendre l'atténuation du virus, si elle agit en diminuant la vitalité du microbe pathogène, sa force de développement et de reproduction, ou en modifiant les produits toxiques qu'il engendre, ou en apportant une modification plus profonde dans les caractères de l'espèce. Enfin, la restitution de la virulence aux microbes qui l'ont perdue expérimentalement, conduit tout naturellement à rechercher si des microbes ne peuvent acquérir une virulence qu'ils ne possèdent pas originellement.

Une courte discussion s'engage ensuite entre MM. *Hervieux*, *Charpentier* et *Guéniot*. Le premier combat la doctrine de l'immunité des femmes enceintes à l'égard de la septicémie puerpérale, doctrine soutenue il y a huit jours par le second; il s'appuie sur les relevés statistiques qu'il a fait connaître à l'Académie dans la séance du 5 novembre 1884, relevés d'où il résulte que le nombre des accouchements prématurés observés à la Maternité a toujours été en proportion directe avec la mortalité des femmes en couches, c'est-à-dire avec l'intensité des épidémies puerpérales. De ses observations personnelles il ressort en outre que le toucher pratiqué sur les femmes enceintes par les élèves chargées de soigner les accouchées malades a été la cause de contaminations qui provoquaient l'accouchement prématuré et souvent même une septicémie puerpérale consécutive. De plus, lorsqu'il régnait à la Maternité une épidémie de pleurésies puerpérales ou d'érysipèles, les femmes grosses en étaient atteintes et accouchaient prématurément. M. Hervieux invoque encore, pour compléter sa démonstration, les conséquences graves auxquelles exposent chez les femmes enceintes les opérations et les affections chirurgicales. Il cite à ce propos de nombreuses observations qui prouvent que ces sortes d'affections et ces opérations peuvent engendrer l'érysipèle, l'infection purulente, l'interruption du cours de la grossesse et la mort. Si la doctrine de l'immunité des femmes enceintes était acceptée, il faudrait renoncer à tous les moyens de préservation dont nous entourons les femmes gravides.

L'Académie ne peut accepter la responsabilité des conséquences de cette théorie.

M. *Guéniot* rappelle que les femmes enceintes ne peuvent être infectées avant l'accouchement, que si elles ont une plaie, une fissure quelconque, et que l'élève sage-femme qui les touche porte avec elle un poison qu'elle leur inocule; il n'en faut pas davantage pour que la femme soit empoisonnée; il n'est donc pas nécessaire qu'elle soit accouchée. Quant à la facilité plus grande des femmes enceintes à contracter les accidents variables de la septicémie, si elles ne sont pas plus exposées que les autres, de par le fait de leur grossesse, à la septicémie, elles ne possèdent non plus à cet égard aucune immunité.

De son côté M. *Charpentier* fait remarquer que toutes les relations d'accouchements prématurés rapportées par M. Hervieux, remontant à une époque où l'on n'osait laver ni les femmes enceintes ni les accouchées, ne sauraient servir à éclairer le débat actuel. Il est impossible de nier la fréquence des complications consécutives aux opérations pratiquées sur les femmes enceintes; mais il n'en est pas moins vrai qu'une femme enceinte, saine et bien portante, n'est pas plus exposée qu'une autre aux accidents septicémiques; si elle n'est ni saine ni bien portante, elle devient *ipso facto* un milieu de culture favorable aux germes qui pullulent tout autour d'elle.

Cependant, réplique M. *Hervieux*, dans les épidémies de fièvres puerpérales, ce sont d'ordinaire les femmes les plus jeunes, les plus robustes et les plus saines qui succombent, et il est des séries de mortalité prouvant qu'il n'est besoin ni d'une lésion, ni d'une fissure quelconque, dans le vagin ou ailleurs, pour déterminer de tels accidents.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos de l'encombrement des services hospitaliers : M. Gérin-Roze. — Nodosités sous-cutanées rhumatismales : M. Guyot. — Kyste hydatique multiloculaire du foie; guérison : M. Gérin-Roze. — Rapport sur l'enquête au sujet de la contagiosité de la tuberculose : M. Vallin.

M. *Gérin-Roze* insiste, comme l'a fait M. Siredey dans la précédente séance, sur l'encombrement déplorable qui existe en ce moment dans les services hospitaliers et en particulier à Lariboisière, où chaque salle renferme de quinze à seize brancards; il fait observer que c'est là le résultat du nouveau système d'admission dans les hôpitaux. La literie a dû être dédoublée, le personnel est surmené, les conditions d'hygiène sont des plus mauvaises! Il serait urgent de réclamer tout au moins des baraquements pour placer les malades chroniques, en attendant l'ouverture de nouveaux services, ou la création de nouveaux hôpitaux. Aussi M. Gérin-Roze demande-t-il à ses collègues de rédiger au plus tôt la pétition qui a été réclamée par M. Siredey pour être remise entre les mains de M. le directeur général de l'Assistance publique.

M. *Guyot* ajoute que l'encombrement, bien qu'un peu moindre, existe également à l'hôpital Beaujon, où se trouvent en ce moment environ quarante-cinq brancards. Or les salles de cet établissement sont plus petites et dans de moins bonnes conditions au point de vue de l'hygiène que celles de Lariboisière.

M. *Desnos* sait que la pétition a été signée à l'hôpital de la Charité, et a dû être envoyée à M. Siredey.

— M. *Guyot* présente une malade rhumatisante chez laquelle sont apparues brusquement l'année dernière, puis à nouveau cette année, plusieurs nodosités sous-cutanées douloureuses au niveau des membres inférieurs. Les caractères objectifs de ces tumeurs ne répondant pas exactement à la description qui a été donnée des nodosités sous-cutanées rhumatismales, M. Guyot s'informa auprès de M. Millard qui avait soigné la malade l'année précédente et apprit que celui-ci avait porté le diagnostic de gommes syphilitiques. Il résolut alors de tenter le traitement spécifique, bien que la malade niât tout antécédent syphilitique et n'offrît aucun signe actuel pouvant permettre de croire à la vérole ; le biiodure fut si mal supporté, qu'on dut en suspendre l'usage au bout de deux jours, et reprendre le traitement par le salicylate de soude. Les tumeurs ont aujourd'hui diminué de près des deux tiers. Il semble donc évident que l'on a affaire à des nodosités rhumatismales.

M. *Lailler* est d'avis qu'on ne peut hésiter dans ce cas à admettre la nature rhumatismale des tumeurs : la brusquerie de leur apparition, les douleurs qui l'ont accompagnée, l'évolution rapide de la lésion appartiennent aux nodosités rhumatismales. Celles-ci, en effet, s'accompagnent de phénomènes congestifs plus marqués que ceux qu'on observe dans le cas de gommes syphilitiques : les gommes ont une marche plus lente et plus indolore. M. Lailler signale à ce propos une autre variété de tumeurs rouges et douloureuses, paraissant siéger à la face profonde de la peau, qu'il a observées dernièrement chez un syphilitique soumis au traitement par l'iodure de potassium. On pouvait hésiter entre une manifestation d'origine iodique ou des lésions gommeuses ; le traitement fut suspendu, et toute trace de tumeur disparut en huit ou dix jours. Il s'agissait donc bien dans ce cas d'une lésion de la peau déterminée par la médication iodurée.

— M. *Gérin-Roze* présente un malade qu'il a opéré pour un kyste hydatique multiloculaire du foie par la méthode de Récamier, et qui est aujourd'hui complètement guéri. Cet homme entra à l'hôpital au mois d'octobre, et une première ponction donna issue à 150 grammes de liquide clair renfermant une grande quantité de crochets. La tumeur n'ayant, on le conçoit, subi aucune diminution appréciable, on pratiqua, quatre jours après, une seconde ponction, mais la canule s'obstrua par des débris d'hydatides, et le liquide ne put sortir. C'est alors que M. Gérin-Roze eut recours à l'opération de Récamier, qu'il modifia par l'emploi du thermocautère pour pratiquer une première incision profonde allant jusqu'à la couche musculaire ; c'est au fond de cette incision qu'il plaça la pâte de Vienne. A la chute de l'eschare, il dut inciser le tissu hépatique et eut à combattre alors une hémorrhagie veineuse assez abondante ; n'ayant pas obtenu jusqu'alors l'ouverture du kyste, il pratiqua de nouveau une ponction, mais la canule fut encore obturée et ne donna issue à aucun liquide. Enfin, deux jours plus tard, le kyste s'ouvrit spontanément sous le pansement de Lister et l'on assista à la sortie d'hydatides nombreuses. Trois poches vinrent s'ouvrir successivement au niveau de la plaie et aujourd'hui, après trois semaines, le malade est complètement guéri.

— M. *Vallin* donne lecture de son rapport sur l'enquête relative à la contagiosité de la tuberculose. Il résume ce volumineux travail en ces termes :

« L'enquête a fourni 439 observations nominales dont 213 à l'appui de la contagion, et 226 observations négatives, où malgré les conditions favorables à la contagion celle-ci n'a pas eu lieu ; il n'est pas douteux que la proportion des cas négatifs est infiniment plus considérable.

» *Hérédité.* — On ne peut nier que l'hérédité joue un rôle important dans le développement de la tuberculose ; mais, en raison de la grande fréquence de cette affection, il est difficile de fixer rigoureusement la limite de cette influence ; elle ne semble pas s'exercer dans plus de la moitié des cas. Toutefois, un certain nombre de cas imputés à l'hérédité pourraient bien n'être que l'effet de la contagion familiale.

» En tout cas l'hérédité ne se produit guère que par la voie directe, c'est-à-dire par le père ou par la mère : elle n'a lieu que très exceptionnellement par atavisme ou par voie collatérale.

» L'enfant a beaucoup de chances de devenir tuberculeux quand la mère, à l'époque de la conception, était déjà tuberculeuse ; quand le père seul était phthisique, les enfants restent très souvent indemnes.

» On ne peut encore considérer comme démontrée la tuberculisation par conception, c'est-à-dire la contamination d'une mère saine jusque-là par le produit de la conception qu'elle porte dans son sein et qui provient d'un père phthisique.

» La tuberculose héréditaire est d'ordinaire précoce, elle apparaît dans l'enfance ou dans la jeunesse ; la tuberculose tardive est le plus souvent acquise et le fait de la contagion.

» *Contagion.* — Les 213 cas de contagion se répartissent ainsi : *Entre conjoints*, 107 cas, dont 64 fois du mari à la femme et 43 fois de la femme au mari ; *Entre parents consanguins*, 73 fois, dont 38 fois entre frères et sœurs, 19 fois entre enfants et parents (14 fois des enfants à leur père ou à leur mère), 16 fois entre parents éloignés ; *entre étrangers*, 32 fois.

» Dans la classe aisée, la contagion de l'époux tuberculeux au survivant paraît n'avoir lieu qu'une fois sur 10, ce qui entraînerait encore 2500 décès annuels par suite de contagion conjugale. Cette proportion est notablement plus élevée dans les classes pauvres ou peu aisées. La contagion dans ces cas est favorisée par la communauté du lit et de la chambre pendant la période de consomption de l'époux tuberculeux, par la mauvaise ventilation et le défaut de propreté de la chambre du malade. La femme, plus sédentaire sinon plus dévouée, est plus fréquemment que le mari victime de la contagion.

» Dans les localités isolées, dans les montagnes ou les îles, la tuberculose paraît souvent naître accidentellement par importation des villes voisines, et se concentrer autour des cas ainsi importés.

» La surveillance et la désinfection des literies, des vêtements, des tapis, du sol, souillés par les crachats et les déjections des phthisiques, sont les moyens les plus efficaces d'atténuer les chances de la contagion. »

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Manuel opératoire des opérations sur la bouche ; Continuation de la discussion : MM. Monod, Verneuil, Marchand, Terrier, Le Fort, Trélat, Polaillon, Desprès. — Laparatomie pour un kyste intrapéritonéal : M. Bouilly. — Nouveau procédé pour prendre la forme et les dimensions du thorax : M. Le Fort. — Présentation de malade : M. Polaillon. — Présentation de pièces pathologiques : M. Terrillon, M. Marchand.

M. *Verneuil* fait hommage à la Société du quatrième volume de ses *Mémoires de chirurgie*.

— M. *Monod*, craignant qu'on ait mal compris le sens de la communication qu'il a faite un peu à la hâte, au début de la dernière séance, désire insister sur quelques points. Il n'a pas eu intention de recommander la trachéotomie dans tous les cas d'extirpation de la mâchoire ou d'opérations sur la

langue, il ne la préconise que pour les interventions portant sur les parties profondes de la bouche. Elle permet alors d'isoler complètement le champ opératoire, de le rendre parfaitement aseptique et de s'opposer ainsi au développement de pneumonies septiques. Ces pneumonies existent bien réellement, et aux quelques exemples que M. Monod a rappelés dans la dernière séance, il peut en joindre d'autres. C'est ainsi que Langenbeck au douzième Congrès de chirurgie allemand en a rapporté deux cas, terminés par la mort et à l'autopsie desquels on trouve dans le poumon des débris de tissus plus ou moins altérés, provenant de la plaie. Quelque temps après, le même auteur rapporte trois nouveaux cas et dans la discussion qui suivit, les chirurgiens présents déclarèrent avoir observé des faits analogues dans leur pratique. Cinq opérations de Kocher (de Berne) sont bien faites pour montrer à la fois la possibilité de ce genre de complications et les moyens de les prévenir. Sur ces cinq opérés, quatre furent trachéotomisés, un seul ne le fut pas; ce dernier seul mourut, tandis que les quatre autres se rétablirent. Relativement aux dangers de pneumonie créés par l'introduction directe de l'air dans les ramifications bronchiques, M. Monod les croit illusoires.

M. *Verneuil* pense que la trachéotomie préventive a ses indications. Il en a retiré des services et on trouvera à ce sujet ses idées résumées dans la thèse d'un de ses élèves, le docteur Redon. D'abord préconisée par Trendelenburg, dans le but d'empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes, la trachéotomie peut être remplacée par des moyens plus simples. On l'a ensuite employée pour prévenir l'accès de matières septiques dans le poumon, mais n'est-il pas à craindre que l'ouverture même de la trachée ne leur ouvre la porte? L'emploi du tube œsophagien, qu'ont recommandé MM. Krishaber et Verneuil, a fait disparaître un certain nombre des accidents observés autrefois à la suite des opérations sur la bouche; mais il reste encore à lutter contre l'infection de l'économie par les produits septiques de ces plaies cavitaires, que l'on voit même se produire à la suite de simples fractures du maxillaire inférieur, intéressant la muqueuse gingivale, ainsi que M. Richet l'a signalé le premier. La trachéotomie ne semble pas devoir mettre à l'abri de cet accident, d'autant plus à craindre chez les individus à qui on a pratiqué de graves opérations sur la bouche, qu'ils sont en général plus anémiés au moment de l'intervention.

M. *Marchand* tient à faire remarquer que les recommandations opératoires faites par M. Monod visent les opérations pratiquées, non pas sur la bouche, mais bien tout à fait sur l'arrière-bouche et le pharynx. A sa connaissance, ce genre d'opérations n'a été fait en France, jusqu'à ce jour, qu'un très petit nombre de fois. Il en a pratiqué une pour sa part, il y a trois ans pour un cancer du pharynx. Il ne fit pas la trachéotomie et son malade mourut. Dans sa conviction, le résultat eût été tout autre, si l'ouverture de la trachée eût permis un pansement plus septique.

M. *Terrier* fait observer que M. Monod semble lui avoir fait dire que l'entrée de l'air froid dans les bronches est capable de déterminer des pneumonies. Ce n'est pas par ce mécanisme que se développent les accidents inflammatoires du poumon chez les trachéotomisés; l'air pénétrant directement dans les voies aériennes ne se filtre plus, ne se débarrasse plus des germes qu'il tient en suspension, et c'est par ces germes qu'il engendre les pneumonies. La trachéotomie trouvera sans doute ses indications pour certaines opérations sur l'arrière-bouche et le pharynx, mais, dans aucun cas, on ne saurait la pratiquer seulement dans le but d'assurer l'asepsie du champ opératoire.

M. *Le Fort* ne fait pas aussi bon marché que M. Terrier de l'influence nocive de l'air froid. Il croit que seul il est capable de provoquer des inflammations du poumon. Que si on lui objectait que ces inflammations ne sont pas plus fréquentes chez les trachéotomisés que chez les autres personnes, il répondrait que sans doute, à la longue, la sensibilité de la muqueuse bronchique s'émousse et s'habitue au contact de l'air froid.

M. *Trélat* développe la même doctrine que M. Verneuil. Il pense que le tube œsophagien dans les narines et le tamponnement de la cavité buccale sont des mesures suffisantes pour prévenir, autant qu'il est au pouvoir des chirurgiens, les accidents de septicémie. Si Langenbeck et les autres chirurgiens cités par M. Monod ont recommandé la trachéotomie, c'est que sans doute ils ne disposaient pas, au moment où ils opéraient, des moyens aujourd'hui en usage. La trachéotomie s'impose réellement pour un tout autre genre d'accidents, à savoir les infiltrations, les œdèmes des replis aryténo-épiglottiques, qu'on doit toujours redouter lorsqu'on pratique des opérations dans le fond de la bouche. L'imminence de ce danger lui a été révélée dernièrement sur un opéré de cancer de la langue, mort de toute autre complication.

M. *Polaillon* communique le résultat de ses opérations sur les parties profondes de la bouche. Ces opérations sont au nombre de quatre; il n'a jamais fait la trachéotomie préventive, mais, en revanche, il a pris le soin de faire la ligature soit de la carotide externe, soit de la carotide primitive. Il n'a perdu aucun de ses malades de pneumonies consécutives; deux ont guéri, deux ont succombé à des hémorrhagies secondaires.

M. *Després* est de plus en plus frappé de voir que la théorie domine les chirurgiens. Si les débris de tissus en proie au sphacèle et à la suppuration étaient capables d'engendrer les pneumonies, pourquoi ne les verrait-on pas se développer chez les malades atteints de cancer de la cavité buccale et du pharynx? Or tous les chirurgiens savent que rien n'est plus rare. Ce que l'on prend pour des pneumonies infectieuses chez les malades qui succombent à la suite d'extirpation de tumeurs intra-buccales ou pharyngiennes, ce n'est autre chose que des infarctus, des abcès métastatiques. Ces malades ont été emportés par l'infection purulente.

— M. *Bouilly* communique une observation de laparatomie, qu'il a pratiquée pour un kyste hydatique intra-péritonéal. Le malade, jeune homme de vingt-trois ans, portait au-dessous de l'hypochondre droit, près de l'ombilic, une tumeur du volume du poing, ponctionnée trois mois auparavent et qu'on avait diagnostiquée kyste hydatique de la face postérieure du muscle grand droit. La tumeur s'étant reproduite, M. Bouilly résolut de l'enlever. A cet effet il fit une incision verticale le long du bord externe du grand droit et tomba immédiatement après l'ouverture de la paroi sur la tumeur, qu'il essaya, mais en vain, d'énucléer. Pendant ces manœuvres le kyste se creva, et, après issue de son contenu purulent, la poche elle-même sortit tout d'une pièce, laissant en place la membrane adventive formée par la soudure des anses intestinales agglutinées entre elles. Cette cavité fut alors lavée et drainée avec soin, et on sutura le péritoine et la paroi abdominale, comme à la suite des opérations d'ovariotomie. Aucun accident ne survint; le vingtunième jour les tubes furent supprimés et quelques semaines après la guérison était complète. M. Bouilly pense qu'aucun autre procédé n'aurait donné pareil résultat.

— M. *Després* donne des nouvelles de la petite malade atteinte d'une rétention des règles, dont il a déjà entretenu la Société au mois de décembre. Depuis cette époque elle a eu ses règles deux fois sans aucun incident.

— M. *Le Fort* communique un ingénieux procédé permettant de prendre rapidement et facilement les dimensions et la conformation de la poitrine. Il consiste essentiellement à entourer le thorax d'une bande plâtrée, que l'on

coupe en avant et en arrière après dessiccation, de façon que chaque moitié représente le moule d'un des côtés.

— M. *Polaillon* présente un homme qu'il a réséqué du coude pour tumeur blanche. La cicatrisation est complète et les mouvements sont en grande partie conservés.

— M. *Terrillon* montre une pièce pathologique sur laquelle on peut se rendre compte des effets des injections irritantes dans les kystes multiloculaires de l'ovaire. Elle provient d'une malade chez laquelle on fit pour la première fois, il y a huit ans, une injection de chlorure de zinc pour un kyste, que l'on crut uniloculaire en raison du volume énorme de la poche principale. Depuis, les ponctions et les injections irritantes ont été souvent répétées et chaque fois la malade a ressenti des douleurs extrêmement vives. La malade a succombé à la suite de suppuration du foie. On peut voir que la poche ovarienne est ratatinée et qu'elle a perdu son épithélium. Cette absence d'épithélium explique sans doute l'absence de paralbumine dans le liquide extrait par les dernières ponctions.

— M. *Marchand* présente un utérus cancéreux qu'il a enlevé par le vagin. La dégénérescence remontait jusqu'au niveau du détroit supérieur. L'opération a été facile, mais a présenté un accident, dont les conséquences n'ont heureusement pas eu de gravité. Une hémorrhagie s'étant déclarée au fond du vagin sitôt après l'extirpation de l'utérus, on laissa sur le vaisseau une pince à demeure, qui, comprenant dans ses mors la paroi antérieure du rectum, en détermina la perforation. La fistule est aujourd'hui complètement oblitérée. La malade a repris des forces et le toucher vaginal ne révèle l'existence d'aucune induration pouvant faire craindre la récidive.

Alfred Pousson.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le sphacèle des fibro-myomes utérins, par le docteur J.-B. Agostini. — Longue et intéressante observation, qui peut se résumer par ces mots : mort, avec phénomènes infectieux, d'une femme de quarante-deux ans par suite du sphacèle intra-utérin d'un fibro-myome volumineux, en dépit d'un traitement antiseptique energiquement conduit.

L'étude de la question des fibro-myomes et de leurs modes d'évolution, entreprise par l'auteur à l'occasion de l observation précédente, le conduit à des conclusions pratiques qu'il est bon de signaler : 1° le sphacèle des fibro-myomes utérins est *intra-utérin* ou *vaginal;* 2° le sphacèle intra-utérin est beaucoup plus grave que le vaginal; 3° la mort est presque toujours consécutive au sphacèle intra-utérin; 4° toutes les fois qu'on sera en présence d'un fibrome utérin volumineux et qu'on assistera à des accès fébriles irréguliers survenant sans cause appréciable, il faudra soupçonner un travail préparatoire de sphacèle et proposer l'hystérectomie. (*Montpellier médical*, novembre 1885.)

Des fermentations qui ont lieu dans le tube digestif et des schizomycètes qui y prennent part, par M. Miller. — Les schizomycètes sont nombreux dans le tube digestif; le suc gastrique ne les empêche nullement de pénétrer dans l'intestin; ce n'est qu'au moment où la digestion est en son plein et où la réaction acide est la plus marquée que quelques-uns de ces microphytes, ceux qui ont le moins de résistance vitale, périssent. La fermentation lactique est possible dans l'estomac aussi longtemps que son contenu n'a pas atteint un degré d'acidité donné marqué par 1.6 pour 1000 d'acide chlorhydrique. Si la sécrétion d'acide chlorhydrique est insuffisante, si l'on a surchargé l'estomac d'aliments, la fermentation lactique persiste. Les maladies de l'estomac, les troubles généraux de la santé, la fièvre, etc., favorisent la fermentation en troublant la sécrétion stomacale. L'acide salicylique est plus efficace pour arrêter les fermentations que l'acide chlorhydrique.

Un caractère commun à un grand nombre de schizomycètes du tube digestif, c'est de provoquer la fermentation lactique dans les solutions d'hydrate de carbone : c'est ce qui explique la fréquence de l'acide lactique dans l'estomac et l'intestin. Plus rarement on observe la fermentation acétique, butyrique, etc.

Cinq des espèces de schizomycètes étudiées par l'auteur provoquent la fermentation avec développement d'acide carbonique et d'hydrogène en quantité notable. Il est impossible de tirer une ligne de démarcation nette entre les microphytes qui, dans un mélange, provoquent la réaction acide et ceux qui provoquent la réaction alcaline, pas plus qu'entre les champignons de la fermentation et ceux de la putréfaction. Enfin, le plus souvent ces champignons ont une action peptonisante, rarement une action diastasique. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, n° 49.)

Emploi de l'acide lactique contre les affections fongueuses des parties molles, par M. A. Bum. — On connaît les résultats surprenants obtenus par Mosetig dans le traitement des affections cancéreuses et du lupus de la peau (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1885, n° 12). C'est ce qui a donné l'idée à M. Bum de tenter l'emploi du même corps contre les affections fongueuses (tuberculeuses) des parties molles, de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des ganglions lymphatiques. L'acide lactique n'agit aucunement comme caustique, mais comme une sorte de fondant Voici les résultats obtenus par l'auteur : 1° l'acide lactique détruit totalement les granulations fongueuses et épargne les tissus sains, à l'exception de l'épiderme; 2° il remplace avantageusement la curette de Volkmann; 3° les cicatrices qui restent sont molles et unies; 4° aucune récidive locale n'est à craindre, si l'emploi de l'acide lactique a eu lieu selon les règles.

On peut rapprocher de ces faits ceux que Kranse a fait connaître à la Société de médecine de Berlin (14 octobre) et ceux que Jellinek a communiqués à la réunion du Collège des médecins de Vienne (9 novembre), tous relatifs au traitement de la tuberculose du larynx par l'acide lactique; ce qui démontre que cet acide se comporte vis-à-vis des muqueuses exactement comme à l'égard de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1885, n° 47.)

Des relations entre les propriétés physiologiques et chimiques des métaux alcalins du premier groupe d'après Mendelejeff, par M. S. Botkin. — Des expériences ont été faites avec le lithium, le potassium, le rubidium, le cæsium et le sodium. On sait que le potassium est un poison énergique du cœur; on constate que le lithium, le rubidium et le cæsium agissent également sur cet organe, mais à des degrés divers; le sodium forme un sous-groupe spécial, malgré sa ressemblance avec le potassium; introduit dans la circulation, même en quantité notable, il est inoffensif.

L'action sur le cœur est surtout nette pour le potassium, le rubidium et le cæsium dont la toxicité croît en raison inverse du poids atomique; le potassium (39), qui a le poids le plus faible, est le plus toxique; vient ensuite le rubidium (85), enfin le cæsium (133). Le lithium (7) paraît faire exception, car son action sur le cœur est plus faible que celle du cæsium. Mendelejeff explique cette contradiction apparente par ce fait d'observation que les métaux les plus légers de chaque groupe, les métaux *typiques*, d'après son expression, n'offrent les propriétés de tout le groupe que dans leurs traits essentiels. (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1885, n° 48.)

De la terpine et de son emploi dans les bronchites chroniques et les catarrhes des phthisiques, par M. A. Kien. — L'auteur a eu l'occasion de contrôler les propriétés attribuées à la terpine par M. G. Sée : de modifier puissamment la muqueuse respiratoire et d'en tarir les sécrétions exagérées. Il a administré ce médicament à 13 malades, dont 6 atteints de bronchite chronique et de catarrhe pituiteux, et 7 de phthisie pulmonaire, il l'a donné de dix jours à trois semaines, à la dose de 0gr,75 jusqu'à 1gr,25 par jour. Le médicament a été très bien supporté et n'a provoqué aucun trouble des voies digestives, ni des voies urinaires, mais il n'a pas produit des effets aussi nets qu'entre les mains de M. G. Sée. Voici les conclusions formulées par M. Kien : dans certaines bronchorrhées ou bronchites catarrhales et même purulentes, avec abondante expectoration, la terpine est capable de diminuer la sécrétion broncho-pulmonaire de moitié et peut-être même de plus, si l'on insiste et si l'on a recours à de plus fortes doses; son action sur l'expectoration muco-purulente des tuberculeux est infiniment moindre; elle n'a point de supériorité sur la térébenthine de Venise, la créosote et les autres balsamiques usités. (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1885, n° 12.)

BIBLIOGRAPHIE

La scrofule et les bains de mer, par le docteur C. Van Merris, médecin principal de 2e classe, avec une introduction par le professeur Arnould. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1886. 1 volume in-8° de x-662 pages.

Ce volumineux ouvrage, bien qu'il traite de la scrofule aux différents points de vue de la nature, du traitement, etc., de cette maladie, n'est pas un *Traité complet de la scrofule;* il ne l'envisage que chez l'enfant, et, si quelques pages sont consacrées au traitement des soldats scrofuleux, c'est que M. Van Merris est médecin militaire, et puis que la pathologie militaire se rapproche souvent de la pathologie infantile.

L'auteur n'a pris position définitive en faveur d'aucune des théories récentes sur la nature de la scrofule « De quelque manière que l'on envisage toutes ces doctrines, dit-il, il y a désaccord complet entre elles, désaccord sur le fond, incohérence dans les termes; on ne sait plus rien de la scrofule, ni ce qu'elle est, ni ce qu'elle n'est pas, ni où elle finit. » Il a désiré sans doute que, quelles que fussent les opinions des praticiens auxquels s'adresse ce livre, aucun ne fût détourné de son étude par le drapeau doctrinal arboré par l'auteur et que tous pussent concentrer leur attention sur l'examen de l'excellence du traitement de la scrofule par les bains de mer. Pourtant, en acceptant, comme il le fait, la définition que donne M. Potain du *lymphatisme*, M. Van Merris eût pu admettre, nous semble-t-il, l'existence d'un terrain (lymphatisme) modifiable par le traitement maritime sur lequel les germes se développent aisément pour donner lieu à ces tuberculoses locales justiciables du traitement curatif par la mer.

Quoi qu'il en soit, le travail que nous analysons a été jugé digne d'une récompense académique (prix de 2000 francs sur la fondation A. Monbinne, 19 mai 1885), et l'on ne saurait qu'en louer l'ordonnance générale et les détails.

Il se divise en deux parties : la première a pour objet la *démonstration* et la *détermination* de l'influence des bains de mer sur la scrofule; la seconde s'occupe de l'*application* de cette influence.

L'influence favorable des bains de mer sur la scrofule est établie par des preuves historiques, par des preuves théoriques et par des statistiques. Chose étrange, ce n'est que de 1750, époque de la publication en Angleterre du livre de Russel, que date l'usage thérapeutique régulier des bains de mer. La question, étudiée en France depuis 1767, n'y est entrée dans une voie vraiment féconde que depuis la fondation de l'hôpital de Berck-sur-Mer (1861). Les résultats curatifs qui ont été obtenus, ceux qu'on a notés en Italie dans les *ospizii marini*, ceux qu'ont enregistrés les médecins de l'armée qui chaque année reçoivent dans certains hôpitaux les militaires spécialement désignés à cet effet, sont tous la démonstration certaine de l'excellence du traitement maritime. Notre auteur a classé ces résultats dans de nombreux tableaux statistiques dont les chiffres sont faits pour surprendre ceux qui n'ont pas pratiqué au bord de la mer, puisque sur 100 adénites scrofuleuses on compte 76,5 succès, sur 100 abcès froids, 72 succès, sur 100 affections des os (mal de Pott compris) 78,2 succès, sur 100 maladies des articulations, 76 succès, etc.! Voici de quoi encourager les envois aux bains de mer et la création de sanatoria maritimes! Mais qu'on se garde de conseiller la mer aux malades atteints de tuberculose pulmonaire, elle leur est fatale.

Le moyen thérapeutique le plus puissant de la médication maritime est le bain de mer, pris en mer. Mais à côté de lui l'atmosphère maritime, la promenade, les exercices musculaires et tous les facteurs hygiéniques jouent un rôle considérable que l'auteur analyse avec soin. Il n'est pas indifférent non plus de choisir suivant les malades et suivant les saisons, telle ou telle plage. On trouvera de minutieux mais importants détails sur tous ces points dans le livre très intéressant de M. Van Merris. La portée sociale de cette œuvre a été trop bien indiquée dans l'introduction qu'a écrite pour elle M. Arnould, pour que nous n'en citions pas le passage suivant qui la résume : « Somme toute voilà un monument magnifique et durable, élevé en l'honneur de cette pensée de régénération humaine par la mer, qui, depuis un demi-siècle, entraîne les philanthropes, les hygiénistes et les médecins de tous les pays civilisés. Puisse-t-elle aussi, bientôt, entraîner les administrations! »

Manuel d'hygiène militaire, suivi d'un Précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée des médecins, par M. Charles Viry, médecin-major de 1re classe.— Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1886.

Rappeler l'importance de l'hygiène militaire, c'est répéter une chose devenue absolument banale. Nous avons en diverses circonstances fait la douloureuse expérience de ce que coûtaient à nos armées les erreurs hygiéniques. Les progrès réalisés tant dans l'installation et l'aménagement des casernes que dans l'alimentation des soldats ont déjà fait baisser de beaucoup le taux de la mortalité; du chiffre de 27,9 pour 1000 en 1822, il est tombé dans ces dernières périodes à 13 pour 1000, chiffre encore trop élevé et bien supérieur à celui de la population civile correspondante. Le lourd tribut que l'armée paye annuellement à la fièvre typhoïde et à la tuberculose, pour ne citer que deux des maladies qui ressortissent le plus à l'hygiène, pourrait être bien allégé. Mais il faut, pour arriver à un résultat quelconque, faire pénétrer dans l'esprit de ceux qui commandent des notions précises et exactes d'hygiène et leur en faire comprendre l'importance. C'est précisément le but que s'est proposé le docteur Viry.

Chef de service de santé à l'École de Saint-Cyr, il a dû enseigner l'hygiène aux officiers élèves. Il a réuni pour ce cours les documents qui lui ont servi à écrire le manuel qu'il publie aujourd'hui.

L'ouvrage n'est cependant pas exclusivement écrit pour les officiers; il sera au contraire, croyons-nous, très utile aux médecins. Il présente en un petit nombre de pages un résumé complet, très exact, de nos connaissances en hygiène militaire. Très au courant de la littérature médico-militaire, l'auteur a su réunir et condenser de nombreux documents épars dans des revues et traités plus considérables publiés en France et à l'étranger. Les questions relatives au recrutement, à la morbidité et à la mortalité dans l'armée, à l'aménagement, au chauffage et à la ventilation des casernes y sont traitées avec beaucoup de soin. Des figures fort bien choisies aident à comprendre le texte.

Les médecins militaires trouveront dans ce livre les éléments des conférences que le règlement les oblige à faire tous les ans aux officiers de leurs régiments. Il sera en outre très utile à tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'hygiène militaire.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LA GUÉRISON EXPÉRIMENTALE DE LA TUBERCULOSE.

Cinquième liste.

M.	Bisehoffsheim	300 fr. »
	Un anonyme (par l'entremise de M. le docteur Cadet de Gassicourt)	300
MM.	Salomon Reinach	200
	Charles Richet	200
M. et Mme	Maurice Ephrussi	200
	Association française pour l'avancement des sciences	200
	La *Revue politique et littéraire*	100
Mme	veuve Chameroy	100
Mlle	Chameroy	100
MM.	Chameroy fils	100
	de Basseuse	100
	Alfred Feydeau	100
Mme	veuve Eugène Fournier	100
MM.	le baron Larrey (de l'Institut)	100
	H.-Ch. Monod, préfet du Finistère	100
	le docteur Morvan	100
	le docteur Pozzi, chirurgien des hôpitaux	100
	le docteur Le Dentu, chirurgien des hôpitaux	50
	le docteur Musgrave-Clay, à Pau	50
	Ribouleau	50
	le docteur Clison, à Baccarat	50
	Dorange	50
	Georges Barry	50
	le docteur Herouse Charly	20
	Pruais, à Dinan	20
	Eugène Gand	20
Mme	Colomb	20
MM.	Lefebvre	10
	le docteur Edelmann, à Pantin; M. le docteur Parsavant et MM. Forterre et Schœdelin, chacun 5 francs; M. Bachmann, 2 francs	22
	Arthur Guillon	5
Mme	D	5
	Un anonyme: reçu du *Soleil*	5
	Total	2927 fr. »
	Listes précédentes	2338 fr. 55
	TOTAL GÉNÉRAL	5265 fr. 55

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Pathologie interne et médecine légale.* Ordre de la soutenance des thèses: 1° M. Brousse: *De l'involution sénile*, argumenté par MM. Brissaud et Lannois. — M. Chauffard: *Des crises dans les maladies*, argumenté par MM. Parizot et Gaucher.

2° M. Boinet: *Parentés morbides*, argumenté par MM. De Beurmann et Lober. — M. Dubreuilh: *Des immunités morbides*, argumenté par MM. Weill et Lemoine.

3° M. Sarda: *Des migraines*, argumenté par MM. Simon et Ballet. — M. Chauffard: *Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané*, argumenté par MM. Barth et Moussous.

4° M. Déjerine: *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*, argumenté par MM. Letulle et Grenier. — M. Brissaud: *Paralysies toxiques*, argumenté par MM. Lannois et Chauffard.

5° M. Parizot: *Pathogénie des atrophies musculaires*, argumenté par MM. Gaucher et Boinet. — M. De Beurmann: *De la médication abortive*, argumenté par MM. Lober et Dubreuilh.

6° M. Weill: *Des vertiges*, argumenté par MM. Lemoine et Sarda. — M. Simon: *Des fractures spontanées*, argumenté par MM. Ballet et Chauffard.

7° M. Barth: *Le sommeil non naturel; ses diverses formes*, argumenté par MM. Moussous et Déjerine. — M. Letulle: *Pyrexies abortives*, argumenté par MM. Grenier et Brousse.

8° M. Lannois: *Nosographie des chorées*, argumenté par MM. Chauffard et Parizot. — M. Gaucher: *Pathogénie des néphrites*, argumenté par MM. Boinet et De Beurmann.

9° M. Lober: *Paralysies, contractures et affections douloureuses*, argumenté par MM. Dubreuilh et Weill. — M. Lemoine: *Antisepsie médicale*, argumenté par MM. Sarda et Simon.

10° M. Ballet: *Langage intérieur et diverses formes de l'aphasie*, argumenté par MM. Chauffard et Barth. — M. Moussous: *De la mort chez les phthisiques*, argumenté par MM. Déjerine et Letulle.

11° M. Grenier: *Localisations dans les maladies nerveuses*, argumenté par MM. Brousse et Brissaud.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Chirurgie et accouchements.* — Sujet de composition écrite, donné le 2 mars 1886: *Décrire le crâne osseux, son développement, ses fonctions.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 12 mars). — *Ordre du jour:* M. Dujardin-Beaumetz: Du pronostic dans le cancer de l'estomac. — M. Debove: Sur la contagion de la fièvre typhoïde. — Discussion sur la pleurésie hémorrhagique: M. Robert Moutard-Martin.

SUPPRESSION DE L'INSPECTORAT DES ASILES DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par suite de nécessités budgétaires, M. le préfet de police s'est trouvé contraint de supprimer l'inspection médicale des asiles publics d'aliénés de la Seine. En conséquence, MM. les docteurs Blachez, Ritti, Legras et P. Garnier, médecins-inspecteurs; Marchant (Gérard) et Marcel Briaud, inspecteurs-adjoints, ont dû cesser leurs fonctions à partir du 13 février dernier.

M. le préfet de police a réorganisé depuis ce service et a nommé M. le docteur Ritti, médecin-inspecteur de Bicêtre, de Sainte-Anne et de Villejuif, et de M. le docteur P. Garnier, médecin-inspecteur de Charenton, de Ville-Evrard et de Vaucluse.

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS DE PARIS. — M. le docteur Rattel a été nommé médecin-adjoint de cette institution.

NÉCROLOGIE. — Le docteur E. Billod, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine et membre correspondant de l'Académie de médecine, est décédé vendredi dernier, à Château-Gonthier (Mayenne), âgé de près de soixante-dix ans. Élève et interne de Falret père, il entra, dès qu'il fut reçu docteur (1843), dans le service des aliénés et montra aussitôt des capacités administratives de premier ordre. Après avoir dirigé plusieurs asiles de province, parmi lesquels nous citerons particulièrement ceux de Blois et de Sainte-Gemmes, près Angers, il fut appelé à organiser le service de Vaucluse (Seine-et-Oise), un des établissements créés pour les aliénés du département de la Seine.

Le docteur Billod a publié, dans les *Annales médico-psychologiques*, un grand nombre de travaux importants qu'il a réunis en deux volumes, sous le titre général: *Des maladies mentales et nerveuses* (Paris, 1882). On lui doit encore un *Traité de la pellagre*, dont une seconde édition parut en 1870, et un intéressant travail sur *les Aliénés en Italie, des établissements qui leur sont consacrés*, etc (1 vol. in 8°. Paris, 1884). Ce dernier ouvrage est le résultat d'une mission officielle.

Comme correspondant de l'Académie de médecine, le docteur Billod prit la parole dans la discussion qui eut lieu, il y a deux ans, sur la revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, et défendit vivement cette loi contre ses détracteurs.

Le docteur Billod était un confrère d'un commerce agréable et sûr; ses subordonnés, comme ses amis, se plaisent à reconnaître qu'il était, quoique un peu porté au formalisme, d'une grande bienveillance à l'égard des inférieurs et se montrait scrupuleux observateur des devoirs de sa profession, qu'il a honorée par ses travaux. R. A. R.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Candellé, ancien interne des hôpitaux de Paris, mort à Houga à l'âge de quarante-deux ans; de M. le docteur Decorsse, chirurgien de la maison de Charenton; de M. le docteur de Sotomayor, médecin-major en retraite; de M. le professeur J. Marcacci, chirurgien de l'Université de Sienne; de M. le docteur Zillner (de Vienne); de M. le docteur Leve, directeur de la clinique pœdiadrique de Florence; de M. le docteur Gernath, médecin-major général en retraite à Vienne.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5127. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

DEUX OBSERVATIONS.

I. Ischurie. — II. Cystite aiguë.

I. M. Émile B..., rentier, âgé de trente-quatre ans, demeurant à Paris, rue du Faubourg-Saint-Honoré, n° 95, a beaucoup voyagé dans l'Amérique du Sud, où il a passé dix ans, menant la vie à grandes guides, abusant de tout, particulièrement des femmes. Revenu en France depuis quelques année, il a continué jusqu'en ces derniers temps la même existence.

Il a rapporté de ses voyages un rétrécissement uréthral de moyenne importance, auquel il attribue une dysurie ou ischurie fort pénible, et par moment tellement complète qu'il est obligé de se faire sonder.

Depuis un an, cet état s'accompagne, par accès, de douleurs vives dans le bas-ventre, dans le périnée et même sur le trajet de l'urèthre; il a des envie continuelles d'uriner, épreintes, rétention complète. Fièvre, surtout le soir; urine sédimenteuse avec dépôt de mucus et de cristaux d'acide urique et d'urates. L'appétit, jusqu'alors excellent, disparaît, l'amaigrissement est notable, les forces tombent; le malade s'affecte et l'hypochondrie est marquée. Ces accès durent une huitaine de jours et se dissipent en grande partie, mais alors apparaissent des douleurs extrêmement vives dans l'une ou l'autre cuisse, depuis la fesse jusqu'au genou. Le malade est alors obligé de garder le lit.

Depuis quelques mois, ces symptômes ont pris une telle gravité et ces crises sont tellement longues et rapprochées, que le malade, très affaibli, sans appétit, ne pouvant plus uriner qu'avec la sonde, tourmenté d'épreintes très douloureuses, est tombé dans un état de dépression tel qu'il se déclare perdu, et que cet homme, qui a donné maintes preuves de fermeté, se met à pleurer maintenant en songeant à sa mort prochaine.

Il a d'abord été soigné comme syphilitique. Il affirme, cependant, ne pas avoir eu de chancres. Il ne porte, d'ailleurs, aucune plaque d'induration, aucune adénopathie, ni inguinale, ni cervicale. Le traitement antisyphilitique n'a produit aucun résultat. Actuellement, on le traite comme ataxique. — Je remarque que la pupille gauche est plus dilatée que l'autre, mais il n'y a aucun trouble dans la vision; à l'ophthalmoscope, on ne remarque pas d'altération notable de la papille. Il n'y a pas de désordre dans les mouvements: le malade, dans l'intervalle des crises, est resté un excellent marcheur. Il y a hyperesthésie de la peau sur les cuisses et le bas-ventre.

Il a d'abord été traité par l'hydrothérapie, qui ne lui a pas réussi. Actuellement, il prend du bromure de potassium; on lui fait des injections hypodermiques de morphine pour calmer les douleurs; et son médecin lui a appliqué plusieurs fois, le long de la colonne vertébrale, des pointes de feu qui, à ce qu'il paraît, ont apporté un soulagement réel, mais de courte durée.

Quoi qu'il en soit, le malade, que je connais depuis longtemps, sans être, jusqu'ici, son médecin, vient me demander mes soins, dans l'état de dépression que j'ai décrit plus haut.

Je supprime le bromure, la morphine et, pour le moment, les pointes de feu, croyant à un état rhumatismal plutôt qu'à l'ataxie. Cataplasmes sur le ventre, bains tièdes prolongés, lavements purgatifs d'abord, émollients ensuite, avec de l'eau de graine de lin, tisane rafraîchissante. Suppositoires belladonnés pendant la nuit. Cathétérisme de la vessie deux fois par jour. Deux verres d'eau de Pougues tous les matins à jeun. Eau de Pougues aux repas. Régime léger.

Peu de jours après, les douleurs de la cystite aiguë commencent à se calmer; le malade urine tout seul, quoique très lentement et en petite quantité. Plus d'épreintes, plus de douleurs à la miction. Bientôt l'appétit revient, puis le courage et les forces. Les douleurs musculaires ont disparu et, au bout de quinze jours, il n'y a plus aucun malaise. En raison du rétrécissement, il y a toujours rétention d'urine. On procède à la dilatation graduelle à l'aide de bougies.

L'eau de Pougues est continuée à raison d'une bouteille et demie par jour. — Le malade, qui s'attendait à une rechute au bout de quelques semaines (ses *accès* se produisant ordinairement toutes les trois ou quatre semaines), n'a plus ressenti aucune douleur dans la vessie depuis plus de cinq mois, et n'éprouve plus que quelques élancements passagers dans les membres, particulièrement aux changements de temps. Il ira, l'été prochain, faire une saison à Pougues.

II. M. C..., employé de ministère, âgé de quarante-neuf ans, demeurant à Paris rue de Rennes, 104, est sujet à des cystites aiguës qui durent environ une semaine et cèdent ordinairement à l'emploi des grands bains, des cataplasmes, des boissons émollientes et des laxatifs.

Cependant, peu à peu, car cet état dure depuis plusieurs années, la maladie a fini par se fixer et passer à l'état chronique. Actuellement, il y a des envies fréquentes d'uriner : miction très douloureuse, impossible à retenir au moment où le besoin s'en fait sentir, douleurs sourdes dans l'hypogastre et dans la région anale; fièvre le soir, frissons, perte d'appétit, affaiblissement, teint cachectique, etc. Les urines sont glaireuses et deviennent rapidement ammoniacales. La constipation est extrême. Au toucher rectal, la prostate est légèrement hypertrophiée. Pas de rétrécissement de l'urèthre.

Je prescris le cubèbe (6 grammes par jour et six doses espacées) contre les envies fréquentes d'uriner, la tisane de *Diosma crenata*, les lavements laxatifs et les cataplasmes, me réservant de faire un peu plus tard, si la maladie tourne tout à fait au catarrhe cystique, des injections intravésicales avec la teinture d'iode iodurée. (Le malade a été soigné antérieurement par Mallez, qui a employé avec succès ladite injection.)

Après six jours de ce traitement, je trouve que les choses ont changé d'aspect, mais nullement dans le sens que j'attendais. Les besoins d'uriner ont disparu, les douleurs sont presque nulles, mais il y a rétention presque complète des urines qui s'écoulent goutte à goutte par regorgement atone. La vessie ne se contracte plus, quoique très distendue. Les urines, qui stagnent dans la vessie, sont fortement ammoniacales, le malade a l'haleine urineuse et présente un aspect cachectique très marqué. Langue blanche, peau sèche et froide, abattement extrême, mouvement de fièvre.

Je fais suspendre le cubèbe, les bains et les tisanes, et prescris des lavements froids, des frictions sur le ventre avec un mélange d'alcool et d'essence de térébenthine; ergot de seigle, 50 centigrammes toutes les trois heures. Évacuation de la vessie avec la sonde deux fois par jour. Eau de Pougues, trois demi-verres le matin, un ou deux verres à chacun des deux repas (qui sont fort légers, le malade n'ayant aucun appétit).

Vingt-quatre heures après, la vessie manifeste quelques contractions. On continue les frictions et les lavements froids. Eau de Pougues.

Ce traitement est suivi pendant cinq jours sans amener de grands changements. Cependant il n'y a plus de rétention absolue; le malade ne peut parvenir à vider sa vessie entièrement, mais il urine, en petite quantité, il est vrai, quand il veut. Il remarque que l'eau de Pougues lui rend l'appétit, et qu'il a toujours une miction relativement copieuse et facile après avoir avalé, le matin, trois demi-verres d'eau de Pougues, à vingt minutes de distance.

On continue quelques frictions irritantes sur le bas-ventre, bien que l'effet n'en paraisse pas bien évident. Deux verres d'eau de Pougues, le matin à jeun, deux verres à chaque repas.

Ce traitement, réduit bientôt à l'eau de Pougues (le malade étant obligé de reprendre son service), est couronné de succès. M. C... urine à volonté plusieurs fois par jour, et commence à vider sa vessie, surtout après avoir bu l'eau minérale; il mange et digère bien, le teint cachectique disparaît peu à peu, les forces reviennent, les urines sont normales.

Au bout de cinq semaines, le catarrhe vésical qui durait depuis des années, avec des poussées à l'état aigu et compliqué dernièrement de paralysie de la vessie, est absolument guéri, quoique l'émission de l'urine soit encore un peu lente ; mais M. C..., qui a repris toutes ses occupations, déclare que les choses vont de mieux en mieux. Il a adopté l'eau de Pougues comme boisson habituelle à ses repas et s'en trouve très bien.

THÉRAPEUTIQUE

Des préparations de quinquina : vins, extraits, quinium.

On a signalé depuis bien des années et un grand nombre de fois l'imperfection extrême des préparations usuelles de quinquina, vins, extraits, teintures. On a démontré leur indigence en principes actifs, la variabilité inévitable de leur composition. On a fait ressortir suffisamment que les quinquinas des diverses sortes présentent de telles différences que la quantité d'alcaloïdes y varie comme 1 est à 8, comme 1 est à 80 et même comme 1 est à 150. Mais cette composition des écorces fût-elle constante, ou bien aurait-on le soin de choisir un mélange assorti de façon à avoir une moyenne toujours la même, ne sait-on pas que le traitement par le vin et par l'alcool épuise si peu le quinquina, qu'après avoir servi à la préparation des vins et des teintures, il peut encore être employé à l'obtention des alcaloïdes, avec presque autant de profit que s'il était vierge de toute opération.

Les alcaloïdes, en effet, continuent à rester fixés, pour la plus grande partie, dans l'écorce, après l'action prolongée même à chaud de l'alcool. C'est pourquoi Torti préférait dans le traitement des fièvres d'accès, à toutes les préparations de la pharmacopée, l'écorce en nature simplement pulvérisée.

Ainsi, c'est un fait connu de tous que le vin de quinquina est une préparation nécessairement inconstante et fort pauvre en principes utiles, à peine un peu plus élevée dans l'art des manipulations pharmaceutiques que les vulgaires tisanes, et, néanmoins, c'est la préparation dont il se consomme peut-être le plus, c'est celle que nous prescrivons chaque jour. Et, en réalité, malgré ses imperfections et ses défectuosités, nous lui devons bien souvent des résultats favorables, tant il est vrai que le quinquina est un tonique d'une puissance extraordinaire.

Mais le vin de quinquina serait autrement fidèle, son activité serait autrement remarquable, si le praticien s'imposait la règle de retrancher ce médicament de la médecine domestique où il ne donne qu'une fraction minime de sa force, et d'exiger que sa préparation fût soumise à des règles précises en vertu desquelles le vin de quinquina représenterait un médicament d'une formule constante.

Cette révolution ne comporterait ni difficultés ni études nouvelles. Le problème a été résolu depuis longues années, mais l'application n'en a été faite jusqu'ici que dans un cercle trop restreint.

A. Delondre, qui avait coopéré aux recherches qui conduisirent Pelletier et Caventou à la découverte de la quinine, poursuivant ses travaux sur la quinologie, se proposa d'extraire des quinquinas tout ce qu'ils pouvaient donner de principes utiles et de réunir cet extrait dans une préparation unique, exactement titrée. C'est de ces derniers travaux faits en collaboration avec M. A. Labarraque que naquit le quinium.

Dès son apparition, au jugement de Trousseau et de Bouchardat, le quinium devait servir de base à la préparation des vins de quinquina et remplacer les extraits. L'Académie de médecine donna son approbation. Le procédé d'obtention du quinium permet de se rendre compte des qualités de ce produit et de sa supériorité.

Avant toutes choses, il faut choisir des écorces de quinquina telles qu'elles fournissent une proportion donnée de quinium et de cinchonine; — le rapport adopté était de 2 du premier à 1 du second de ces alcaloïdes. — Cette opération nécessite une analyse des écorces. C'est là le point délicat. A. Delondre et Labarraque, qui se livraient à la fabrication en grand du sulfate de quinine, possédaient des aptitudes et des commodités exceptionnelles pour cette recherche préliminaire.

Une fois ce titrage effectué, les écorces sont broyées et mélangées à parties égales avec de la chaux éteinte. Celle-ci doit servir à déplacer de leurs combinaisons salines les alcaloïdes qui ont un pouvoir basique plus faible. Sur ce mélange on verse de l'alcool bouillant, qui entraîne en les dissolvant les alcaloïdes ainsi chassés de leurs combinaisons naturelles, et en même temps les autres principes solubles de l'écorce s'écoulent en grande partie avec l'alcool. Ce qui reste dans l'entonnoir de l'appareil à déplacement est un mélange de chaux, de ligneux, de tanin combiné à la chaux, et d'autres substances inertes cireuses, etc.

Ce qui est entraîné par dissolution dans l'alcool, ce sont les alcaloïdes et divers principes résineux et aromatiques. L'opération s'achève par l'évaporation de l'alcool et la dessiccation du résidu. Ce résidu est l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux, le *quinium* de A. Delondre et de A. Labarraque.

L'analyse, une analyse facile à faire par des procédés simples et sans laboratoire spécial, permet de vérifier que cet extrait contient, par 4gr,50, 1 gramme de quinine et 50 centigrammes des autres alcaloïdes. Les trois autres grammes sont composés de substances toniques et aromatiques, rouge cinchonique et substances résineuses à odeur balsamique. Ce poids de 4gr,50 est la quantité de quinium adoptée pour être dissoute dans un litre de vin d'Espagne.

Le quinium n'est pas un extrait complet. Il ne renferme pas la totalité des substances de l'écorce; il ne serait alors que celle-ci sous une forme différente. Dans cette préparation le quinquina se dépouille des matières inertes insolubles ou peu solubles, de la cellulose et du ligneux, une bonne partie du tanin qui reste fixé à la chaux. Et cette séparation est fort heureuse; car, le ligneux, la cellulose, les substances cireuses, etc., d'une part, sont absolument réfractaires; d'autre part, le tanin est loin d'être eupeptique.

Le tanin précipite la pepsine et la rend inactive dans les digestions artificielles. Le tanin en excès dans les liquides alimentaires, dans le vin, dans les infusions de thé, de café, etc., est une des causes extrêmement fréquentes de dyspepsie. Quoi de plus commun que d'entendre dire aux malades considérés et traités comme anémiques que le vin de quinquina irrite, brûle leur estomac, qu'il leur donne des crampes, qu'il réveille ou provoque la gastralgie.

L'anémie la plus commune assurément est celle qui résulte d'une élaboration imparfaite ou vicieuse des aliments. Celui qui fait un mauvais chyme se fait aussi un mauvais sang. Les dyspeptiques sont des cacochymes d'abord, des anémiques ensuite, et en passant, j'ajouterai, des névropathes toujours. Or, comment espérer refaire, restaurer un organisme qui pèche en principe par les fonctions digestives, si, pour le tonifier, nous lui donnons des médicaments de nature à offenser les organes digestifs et à entraver le travail de la transformation des aliments.

Le vin de quinquina doit être eupeptique et stomachique avant tout, pour être un vrai cordial, un tonique véritable. Il ne le sera qu'à la condition d'être expurgé de toutes les substances inertes et irritantes.

Le vin de quinium seul me paraît devoir satisfaire à ces conditions. Il possède, par les alcaloïdes, la propriété des amers francs, d'exciter les sécrétions gastriques en augmentant la tonicité des fibres lisses. Il est stimulant et aseptique par ses principes résineux et aromatiques. Ce n'est plus un médicament banal, c'est un remède vrai. C'est le tonique quotidien que l'on doit substituer aux vins de quinquina primitifs, toutes les fois qu'il s'agit de ranimer les fonctions digestives, de restaurer tout l'organisme en donnant une impulsion nouvelle à la nutrition. C'est la préparation de quinquina que l'on peut en toute sécurité et avec confiance conseiller dans ces *fièvres nerveuses* qui ne sont qu'un des malaises infinis dans leur variété, et néanmoins très monotones dans leur polymorphisme, dont se plaignent les névropathes.

Ces personnes nerveuses ne sont, en dernière analyse, que des dyspeptiques, des cacochymes dont le système nerveux est en souffrance à cause d'une réparation, d'une nutrition défectueuse et peut-être aussi de certaines intoxications intestinales.

C'est dans cette classe de maladies, dont la description comprend à peu près toute la symptomatologie de l'hystérie *minor*, que Briquet autrefois, et de nos jours Lancereaux ont prodigué la quinine et le quinquina. Le vin de quinquina représente mieux que l'équivalent de ces préparations.

En raison de son énergie, le vin de quinium de A. Labarraque se donne comme tonique et eupeptique à dose moindre que les vins de quinquina : deux à quatre cuillerées à soupe — 30 à 60 grammes, — en deux ou trois doses, aussitôt après le repas, chaque jour. Ce vin constitue d'ailleurs une liqueur de table d'un goût exquis.

(*A suivre.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5096. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

MM. les Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. Lereboullet, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : La doctrine microbienne. — Les ptomaïnes et les leucomaïnes.

Le long mémoire lu, mardi dernier, par M. Colin (d'Alfort) s'appuie sur une série d'arguments dont on ne saurait contester la valeur. Ils tendent à montrer que, généralisée à un trop grand nombre de maladies, étendue à diverses affections qui peuvent s'expliquer sans l'intervention de parasites venus du dehors, la doctrine microbienne ne s'appuie pas encore sur un nombre de faits suffisamment étudiés pour pouvoir s'imposer toujours comme une vérité inattaquable. Mais, il convient aussi de le reconnaître, ce n'est pas avec des doutes et des négations que l'on fait progresser la science. Claude Bernard n'aimait-il pas à dire que l'hypothèse précède et guide l'expérimentation? Et, dans la séance précédente, MM. Guéniot et Charpentier n'ont-ils pas fait voir que la clinique elle-même, au moins alors qu'il s'agit d'opérations chirurgicales ou d'affections puerpérales, montre la bienfaisante influence que la doctrine microbienne a, dans ces dernières années, exercé sur la thérapeutique? Sans doute, la très savante argumentation de M. Cornil l'a prouvé dans la dernière séance, bien des objections théoriques peuvent être encore adressées aux observations de MM. Doléris, Fraenkel et Babès. S'il est vrai que le vagin des femmes les mieux portantes renferme les microbes pathogènes les plus dangereux, et si l'on doit croire qu'une déchirure vaginale suffit à permettre l'empoisonnement septicémique, on peut se demander pourquoi les accidents puerpéraux sont l'exception et non la règle, et pourquoi les faits cités par M. Hervieux ne s'observent plus de nos jours. Mais n'est-il pas évident d'autre part, que la nouvelle doctrine s'affirme chaque jour par d'indéniables progrès? Ceux-ci ne doivent-ils pas être enregistrés? Et de la discussion actuelle ne devra-t-on pas conclure que, si les chirurgiens et les accoucheurs deviennent tous partisans de la doctrine microbienne, c'est que la clinique chirurgicale et obstétricale en a reconnu l'importance et la valeur?

— On lira plus loin, au Compte rendu de l'Académie des sciences, que sur la proposition de M. Vulpian, une grande commission a été nommée pour recueillir les fonds destinés à assurer l'établissement d'un Institut Pasteur. Les noms des commissaires garantissent le succès de l'œuvre à laquelle s'associeront les savants de tous les pays.

Le retour en France des troupes du Tonkin.

Le retour en France d'une partie des troupes du Tonkin préoccupe vivement les pouvoirs publics; il est l'occasion en ce moment d'un voyage de M. le ministre du commerce et de l'industrie sur les côtes de la Méditerranée, où il s'est fait accompagner de MM. Brouardel et Proust, de M. Didiot et d'un aide-de-camp de M. le ministre de la marine et des colonies. Le voyage a pour but d'examiner sur place les projets d'assainissement des villes de Toulon et de Marseille et de déterminer l'emplacement où devront débarquer les soldats rapatriés de notre corps expéditionnaire au Tonkin et en Annam. Ces questions sont en effet complexes et il n'est pas de trop de beaucoup d'efforts et de multiples bonnes volontés pour leur donner des solutions satisfaisantes.

Les épidémies de choléra qui ont successivement parcouru la France en 1884 et en 1885 ont toutes deux commencé par Toulon et par Marseille; cette coïncidence a frappé l'opinon publique et plus fait pour l'intéresser à la salubrité de ces deux villes que les innombrables victimes que la fièvre typhoïde et les autres affections zymotiques y ont faites depuis tant d'années. Tout le monde s'accorde à considérer Marseille et Toulon comme des foyers pestilentiels des plus dangereux, et l'on pouvait lire il y a quelques mois, dans les *Archives de médecine navale*, un remarquable travail du docteur Mourson, médecin de première classe de la marine, d'après lequel le tribut que les marins et les soldats payent au poison typhoïde à Toulon est en

moyenne de 1100 à 1200 cas par année avec 150 décès et une gravité de 12,7 pour 100; en outre, la plupart des navires qui partent de Toulon présentent des cas plus ou moins nombreux de fièvre typhoïde. Mais, si l'insalubrité de Toulon et de Marseille est chose reconnue, si le danger que ces deux villes, en raison surtout de leurs relations incessantes avec les pays de l'Orient, font courir à la santé publique dans toute la France est évident, il est moins facile de trouver le remède à l'état de choses actuel. L'assainissement de telles cités est œuvre de longue haleine, et, quand bien même l'on adopterait les mesures provisoires et d'extrême urgence dont on s'occupe en ce moment, il faut prévoir des mesures plus radicales et définitives. M. Brouardel s'en est occupé avec un grand zèle depuis l'épidémie cholérique de 1885 et il n'a ménagé ni son temps ni ses efforts pour y intéresser les trop nombreux pouvoirs publics qui ont voix obligatoire dans l'espèce. Sur un rapport qu'il a rédigé avec M. Bruniquel, un projet complet d'assainissement de Toulon a été dressé, qui comprend l'évacuation immédiate de toutes les immondices des rues et des habitations et leur refoulement en dehors de la ville sur des champs d'épuration agricole; plus récemment il a fait approuver par le Comité consultatif d'hygiène certaines mesures que la municipalité se propose de prendre très promptement, telles que le démantèlement d'une partie de l'enceinte, le curage de fossés infects, l'écoulement des eaux de l'abattoir, le cimentage des chaussées et la vidange par procédés aussi hermétiques que possible. Tout cela est très utile, mais ce ne sont que des palliatifs. Le danger qui menace constamment Toulon, c'est assurément l'état de sa rade et des bassins le long desquels la ville est élevée; ce que sont les eaux de ces bassins, tout le monde le sait; elles forment un amas de matières en fermentation, dégageant incessamment des amas de gaz infects et putrides. Or, les digues qu'on a, à diverses reprises, fait construire pour défendre l'entrée de la rade ont eu pour conséquence d'empêcher presque tout mouvement dans ces eaux, si bien qu'on pourrait dire que les habitants de Toulon respirent constamment les émanations de marais à eau stagnante et croupissante. Et l'on n'est pas près, soit de draguer ces bassins, soit de donner un écoulement aux eaux souillées en détruisant ces digues, qu'une ligne de torpilles remplacerait plus utilement, même au point de vue de la défense.

Quoi qu'il en soit, les craintes dont l'insalubrité de Toulon et de Marseille n'a que trop montré la justesse dans les deux dernières années, se renouvellent encore cette année à l'approche de la saison chaude, avec cette circonstance particulière que l'arrivée des troupes du Tonkin risquerait d'introduire de nouveau des germes cholériques dans ce milieu si propre à leur culture. Le choléra a produit près de 1600 décès de soldats et 40 décès d'officiers dans notre corps expéditionnaire sur un effectif d'environ 18 000 hommes; les causes de contamination, que la vie en commun sur les navires pendant une traversée développe si aisément et qu'un débarquement en une localité déjà prédisposée rend si redoutables, exigent que des précautions sérieuses soient prises, ne serait-ce que pour imposer confiance aux populations si éprouvées de ces villes. Aussi, à l'exemple de ce qui s'est passé après la guerre de Crimée lorsqu'on redoutait le typhus dont nos troupes souffraient, il est question de faire débarquer nos soldats, dès leur retour au mois de mai, en un point suffisamment isolé de la côte de Provence, à Porquerolles, dans les îles d'Hyères, par exemple, afin que des mesures de préservation puissent être immédiatement prises dans leur intérêt comme dans celui de la France tout entière. C'est, en effet, dans ces îles, ainsi que le rappelle M. Léon Colin dans son *Traité des maladies épidémiques*, qu'en 1856 furent installés les camps sanitaires qui devaient recevoir les troupes françaises revenant de Crimée, afin de les soumettre, avant de les mêler aux populations du littoral et de l'intérieur, à une sorte d'observation médicale et à des conditions hygiéniques déterminées. Un arrêté ministériel, en date du 26 mars 1856, prescrivit alors les mesures sanitaires que durent prendre ces troupes infectées de typhus. La science heureusement a fait de tels progrès, que ces mesures peuvent être aujourd'hui très rapidement prises, et les hommes valides promptement débarqués et renvoyés à leurs foyers; la désinfection des objets apportés par les troupes, ce qui est le côté le plus important et le plus difficile de cette prophylaxie, peut être effectuée en un temps très court et dans des conditions de garantie absolue; une station de désinfection, qui comprendrait, par exemple, huit étuves du genre de celles dont M. Grancher rappelait récemment à la Société de médecine publique les qualités éprouvées, pourrait suffire à la destruction de tous germes, cholériques ou autres, pour plus de mille matelas, couchettes ou paquets d'effets et vêtements par vingt-quatre heures. En dehors de ces mesures, il n'y aurait d'autre procédé prophylactique que la destruction par le feu des objets apportés par les troupes, mesure grave et qui se comprend pour les effets militaires qui peuvent être immédiatement remplacés, mais qui, pour le reste des objets, serait bien plus onéreuse et, sans offrir plus d'avantages, serait peu méritée par des hommes qui viennent de tenir vaillamment en mains le drapeau de la patrie.

De la dilatation de l'estomac, son rôle pathogénique.

Il y aurait à faire un intéressant chapitre de pathologie générale sur les lésions organiques compatibles avec ce qu'on est convenu d'appeler la santé. Sans parler des lésions organiques compensées, telles que les lésions mitrales chez les jeunes gens, il y aurait à étudier : les lésions des reins donnant naissance à ce qu'on appelle à tort l'albuminurie physiologique transitoire; les dégénérescences cardiaques expliquant les morts subites chez des individus vaquant à leurs occupations; les lésions du foie, la stéatose en particulier, entraînant des complications inattendues et la mort chez des blessés légèrement atteints, dont la santé ne laissait pas à désirer avant l'heure de la blessure; l'artério-sclérose généralisée compatible avec une santé relativement bonne et donnant naissance, sous la moindre influence, à un véritable détraquement de tout l'organisme; les lésions viscérales de l'impaludisme, qui peuvent rester latentes jusqu'au jour où un accès pernicieux survient. La connaissance de toutes ces lésions compensées ou latentes est de nature à donner beaucoup à réfléchir au clinicien, et à lui fournir la clef de bien des phénomènes qu'on se borne trop souvent à qualifier d'inexplicables, ou, ce qui est moins scientifique encore, à rapporter à des idiosyncrasies et à des prédispositions. L'avenir démontrera, sans nul doute, que la prédisposition n'est, le plus souvent, pas autre chose qu'une tare organique héréditaire ou acquise, et que des lésions viscérales superficielles ou profondes, mais antérieures à la maladie qu'on

observe, rendent compte, soit de l'éclosion de cette maladie, soit des phénomènes anormaux qu'elle présente.

L'étude de la dilatation de l'estomac rentre bien dans ce chapitre de pathologie générale, car, comme les lésions ci-dessus mentionnées, elle est compatible avec une santé quelquefois parfaite, quoique le plus souvent médiocre, et elle constitue, pour les individus qui en sont atteints, une prédisposition à une foule de malaises, de misères, voire même de maladies. Cette étude a déjà été fouillée par M. le professeur Bouchard et ses élèves, mais, sur l'avis du maître, nous avons cru devoir y apporter notre modeste collaboration.

I

La dilatation de l'estomac n'a rien de commun avec la dilatation du côlon transverse; elle n'est ni consécutive à un rétrécissement organique du pylore, ni passagère, comme les pneumatoses des hystériques; ce n'est pas non plus la distension momentanée qui suivrait un repas extraordinairement copieux, ni la dilatation aiguë survenant brusquement, sans cause appréciable et capable d'entraîner une mort rapide, cas d'ailleurs tout à fait exceptionnels (voy. thèse de Lechandel, 1880). C'est une dilatation permanente chez des gens bien portants en apparence. Elle est permanente en ce sens que, lorsqu'elle a été rencontrée une fois, on peut et on doit la retrouver à tous les examens ultérieurs faits dans les conditions requises. Le sujet étant couché les jambes fléchies sur les cuisses, la bouche entr'ouverte pour respirer à l'aise, l'estomac quelque peu garni, soit par un repas pris quatre ou cinq heures avant l'examen, soit par un demi-verre de liquide, si la prise du repas était trop éloignée, on palpe rapidement avec la pulpe des doigts, le ventre mis à nu, sur une ligne qui va de l'ombilic à la partie inférieure des fausses côtes gauches, puis à quelques centimètres au-dessus et au-dessous de la partie moyenne de cette ligne, et si l'on perçoit le glou-glou caractéristique, on peut affirmer qu'il y a dilatation. Suivant que la limite inférieure du bruit du glou-glou se perçoit près des fausses côtes ou près de l'arcade crurale, nous la désignons sous le nom de dilatation n° 1 ou n° 2. Le mode d'exploration paraît bien simple et l'est en effet dans la majorité des cas, mais il prend relativement beaucoup de temps; il faut avoir, comme nous l'avons fait, examiné plus de 1000 individus pour savoir la somme de patience qu'exige cette recherche. D'autre part, l'exploration directe est environ 10 fois sur 100 rendue très difficile par le fait de l'impressionnabilité des sujets, qui contractent involontairement, au moindre contact, leurs muscles droits antérieurs. Aussi doit-on savoir le plus grand gré à M. le professeur Bouchard d'avoir trouvé une coïncidence extrêmement fréquente entre la dilatation de l'estomac et certaines déformations des jointures des doigts qui méritent à ce titre d'être dorénavant désignées sous le nom de nodosités de Bouchard. Elles n'ont rien de commun avec les nodosités d'Heberden, avec les déformations du rhumatisme ou de la goutte; elles ne ressemblent qu'à elles-mêmes. Elles sont étudiées avec le plus grand soin dans la thèse de M. Legendre (janvier 1886). Ces déformations consistent en un épaississement notable des extrémités osseuses constituant l'articulation de la phalange avec la phalangine; elles surviennent toujours sans douleur, à un moment de l'existence que nous n'avons pas encore pu préciser; elles sont rares chez les enfants et les adolescents, et fréquentes chez les adultes. Il ne faudrait pas croire que cet aspect noueux des doigts soit dû à un amaigrissement de la région, car on ne le rencontre pas chez tous les émaciés, et on peut l'observer chez les obèses. Elle porte de préférence sur l'index, le médius et l'annulaire, très rarement sur le petit doigt, et jamais sur le pouce. Elle atteint un nombre plus ou moins considérable de doigts, tantôt une seule articulation d'un doigt d'une main, dans les cas les plus atténués, tantôt deux articulations des quatre doigts de chaque main, et entre ces deux extrêmes, toutes les combinaisons sont possibles.

Nous avons adopté pour nos études deux degrés de déformation, comme nous avons admis deux degrés dans la dilatation de l'estomac (1). Bien qu'il y ait des dilatés qui n'ont pas de déformations articulaires et inversement, il existe entre la dilatation de l'estomac et les nodosités de Bouchard un rapport tellement fréquent, que l'examen des doigts peut, dans la plupart des cas, constituer une méthode d'exploration indirecte pour diagnostiquer l'existence d'une dilatation de l'estomac, ou tout au moins pour exciter le médecin à la rechercher. Il y a de plus un rapport fréquent entre le degré de déformation articulaire et le degré de la dilatation de l'estomac; à la déformation n° 2 correspond le plus souvent une dilatation de l'estomac considérable.

Quant à l'explication de cette fréquence du rapport, elle nous échappe complètement. Est-ce une coïncidence, comme le pensent quelques bons esprits? Les dilatés étant le plus souvent arthritiques, il n'est pas étonnant, d'après eux, qu'ils aient des doigts noueux; mais cette interprétation n'est pas la vraie, car il s'en faut de beaucoup que tous les dilatés soient arthritiques; sur 100 dilatés, nous n'avons trouvé que 18 fois des antécédents rhumatismaux, soit chez le père, soit chez la mère.

La déformation des doigts est-elle un trouble de nutrition ayant sa source dans le mauvais fonctionnement d'un estomac dilaté? C'est l'opinion que M. Bouchard adopte et qu'il se chargera de défendre beaucoup mieux que nous ne pourrions le faire. Explique-t-on beaucoup mieux la fréquence des doigts en massue chez les phthisiques et la pathogénie des doigts hippocratiques?

Les sujets dont l'estomac est dilaté d'une façon permanente, que pour plus de commodité nous appellerons dorénavant les dilatés, peuvent ne pas être des malades; mais, dans la grande majorité des cas, ils ne sont pas tout à fait bien portants, surtout quand ils ont une dilatation considérable.

II

La dilatation permanente de l'estomac se rencontre fréquemment; sur 1000 personnes d'un âge variant de dix-huit à trente-cinq ans, appartenant, pour la plupart, au sexe masculin, nous l'avons rencontré 360 fois (soit 36 fois sur 100), mais à des degrés différents; 22 fois elle était peu considérable; 14 fois elle méritait la mention de dilatation n° 2. Fort heureusement tous ces dilatés ne sont pas des malades; il en est même qui sont très bien portants quand ils suivent une hygiène sévère. Mais la plupart ont des malaises multiples, des indispositions infiniment plus fréquentes que les personnes dont l'estomac est normal. Notre enquête a

(1) Nous pourrions donner comme exemple de déformation du deuxième degré cette admirable toile du Cigoli (seconde travée de la grande galerie du Louvre), qui représente saint François d'Assise en prières, joignant sur sa maigre poitrine ses mains pâles tachées par les meurtrissures des stigmates. Ajoutons que ces déformations n'ont rien d'esthétique; elles sont non seulement sans grâce, mais absolument disgracieuses.

porté sur 205 personnes dilatées à divers degrés; nous indiquerons, dans un autre travail, les détails de cette enquête, la manière la plus rapide de procéder, la série de questions que nous avons posées. En voici les résultats principaux : les troubles de la santé, le plus souvent minimes ou nuls chez les jeunes gens à conduite régulière, s'accentuent et se multiplient proportionnellement au nombre des années de séjour à Paris, chez les personnes surmenées par des veilles, des fatigues excessives, des écarts fréquents de régime.

Les troubles digestifs tiennent la tête, puis viennent les névralgies intercostales, les vertiges, les troubles nerveux retentissant sur l'état général, etc. En général, ils sont proportionnels au degré de dilatation, et c'est chez les dilatés n° 2 qu'ils sont surtout accentués. Sur 100 dilatés, nous avons trouvé 17 fois de la gastralgie intermittente avec crises quelquefois très douloureuses et prolongées pendant plusieurs heures, 15 fois du pyrosis, 13 fois des sensations anormales de la région épigastrique que les hommes désignaient sous le nom de tiraillements d'estomac, quelquefois des flatulences; 9 fois des diarrhées fréquentes, et 3 fois seulement une constipation habituelle, mais souvent des alternatives de diarrhée et de constipation, et des indigestions fréquentes et inexplicables. Toutes ces misères étaient réparties entre 60 des 100 examinés, les 40 autres n'ayant pas accusé de troubles digestifs. Le plus souvent, ce n'est qu'en appelant avec précision l'attention des dilatés sur les divers détails du fonctionnement de leur estomac et de leur intestin qu'on parvient à obtenir d'eux les renseignements ci-dessus consignés. Si l'on se contente de leur dire : « Avez-vous bon estomac? » ils répondent qu'ils l'ont excellent; ceux-là mêmes qui détailleront le plus complaisamment leurs souffrances en répondant à un interrogatoire bien conduit font toujours de prime abord cette réponse optimiste. Il est cependant un point que les hommes mentionnent très souvent spontanément, c'est leur infériorité à l'égard des excès d'alcool et de tabac; ils ne sont pas à la hauteur de leurs camarades quand il s'agit de subir un écart de régime; aussi sont-ils quelquefois ramenés, malgré eux, à la tempérance; ils n'ont pas de mérite à être sobres. Plusieurs ont renoncé d'eux-mêmes à boire entre les repas et à fumer avec excès, et il serait intéressant de chercher dans quelle mesure la dilatation de l'estomac met à l'abri de l'alcoolisme chronique; le *castigat dolendo mores* lui est plus applicable qu'il ne l'est à la goutte.

Après les troubles digestifs et coïncidant la plupart du temps avec eux, ceux qui se rencontrent le plus souvent chez les dilatés sont les suivants : 1° l'essoufflement (nous l'avons noté 26 fois sur 100), surtout pendant les exercices qui suivent les repas ; 2° la sensation de glou-glou que les dilatés n° 2 éprouvent dans l'estomac quand ils font des mouvements brusques après les repas est assez incommode surtout chez les cavaliers; 3° les névralgies intercostales, telles que les ont étudiées MM. Chantemesse et Leloir (*Archives de médecine*, juillet 1885), se sont rencontrées 14 fois sur 100; mais nous n'avons vu qu'une fois la névralgie débuter subitement sous forme de point de côté mal limité avec fièvre (T. 39°,2) et embarras gastrique au point d'égarer le diagnostic comme ces auteurs en ont signalé plusieurs cas. Les palpitations se sont rencontrées 5, 6 fois sur 100. Dans certains cas, elles sont assez tenaces pour effrayer beaucoup les malades; tel a été le cas d'un homme de vingt-huit ans, que nous soignions depuis deux ans et qui n'a pu être guéri de ses palpitations que par le traitement diététique. Mais chez les hommes plus jeunes, les palpitations ne surviennent que de temps à autre et constituent une manifestation de deuxième ordre; tels sont aussi les vertiges, que nous avons notés 13 fois sur 100; ils surviennent brusquement et disparaissent au bout de quelques instants.

Les migraines sont plus tenaces, mais moins fréquentes, 11 fois sur 100 ; nous n'avons pas remarqué qu'elles fussent plus fréquentes chez les dilatés arthritiques que chez les autres dilatés; c'est un point à revoir.

La plupart de nos dilatés n'ont pas l'apparence extérieure de la santé; ils sont très souvent pâles, et, 25 fois sur 100, ils nous ont affirmé avoir maigri, même parfois sans être dyspeptiques.

Nous ne savons pas encore dans quelle mesure *exacte* les dilatés sont plus exposés que les autres à contracter la tuberculose, les pleurésies, les angines, le tænia, etc.; mais ce que nous savons, c'est la fréquence relativement considérable des bronchites, des embarras gastriques et de la fièvre typhoïde chez les dilatés. 26 pour 100 de nos dilatés, non tuberculeux, sont sujets à s'enrhumer tous les hivers, 2 et 3 fois. Pour ce qui est de la fréquence relative des embarras gastriques fébriles, nous l'affirmons, et sans avoir encore de chiffres à fournir, nous pensons que 90 fois sur 100, les embarras gastriques, même très fébriles, survenant brusquement sans cause connue avec diarrhée et vomissements, quelquefois avec symptômes cholériformes, disparaissant en deux ou trois jours, soit avec un ipéca, soit simplement par le fait de la diète, sont en rapport avec une dilatation permanente de l'estomac. Nous pourrions citer 21 observations semblables, recueillies exclusivement chez des dilatés, dans une période de dix mois. Mais c'est surtout les rapports de la dilatation de l'estomac et de la fièvre typhoïde qui sont intéressants à étudier ; ils sont démontrés : 1° par la fréquence considérable de la dilatation de l'estomac chez les typhoïdiques en traitement dans les hôpitaux; 2° mais surtout par la fréquence de la fièvre typhoïde dans les antécédents morbides des dilatés. C'est ainsi que sur 100 dilatés à un degré quelconque, nous en avons trouvé 23,7 qui avaient eu la fièvre typhoïde à une période quelconque de leur existence, tandis que sur 100 non dilatés, 14 seulement avaient eu la fièvre typhoïde. De ces chiffres il faut conclure ou que la fièvre typhoïde laisse souvent à sa suite une dilatation de l'estomac (G. Sée et Mathieu) ou que la dilatation prédispose les hommes à contracter la fièvre typhoïde (Bouchard et Legendre). A l'égard du choléra, les dilatés ne paraissent pas offrir une réceptivité spéciale.

III

Nous ne savons rien de précis sur les causes de la dilatation de l'estomac; les excès alimentaires ne nous semblent pas devoir être invoqués, car nous connaissons de très gros mangeurs qui n'ont pas de dilatation permanente, et par contre bien des dilatés n'ont jamais fait d'excès alimentaires. Nous aurions bien plus de tendance à incriminer l'irrégularité dans l'heure des repas, l'insuffisance de mastication, l'usage de la soupe prise immodérément et les excès de boisson, eau, bière, cidre, vin, piquette, bus à dose excessive en dehors des repas. La plupart de nos dilatés nous ont dit qu'en effet ils buvaient ces quantités considérables de liquides alors qu'ils travaillaient à la terre ou à la forge ou à tout autre labeur fatigant. A quel moment de la vie se pro-

duit la dilatation, est-ce dans la tendre enfance, par suite d'une alimentation incorrecte, est-ce plus tard? Nous ne le savons pas.

Pour étudier à fond la question, il faudrait pouvoir examiner non seulement des séries d'adultes, mais des séries d'adolescents, d'enfants, de divers âges; on verrait ainsi probablement que l'alimentation des établissements d'instruction n'est pas aussi irréprochable que l'annoncent les prospectus et qu'elle laisse à désirer non par la qualité et l'abondance, mais par la précipitation inqualifiable qui est imposée aux jeunes gens. Le tabac est préjudiciable aux dilatés ; qui ne sait en effet que les grands fumeurs sont en général petits mangeurs et souvent dyspeptiques? En outre le tabac pousse à boire, et la première règle de l'hygiène des dilatés est de ne rien boire entre les repas.

Les anatomo-pathologistes de profession nient pour la plupart l'existence de la dilatation de l'estomac ; c'est peut-être qu'après la mort, l'estomac dilaté se contracture et revient sur lui-même. La question doit être étudiée à nouveau.

Le traitement est celui que M. Bouchard a si soigneusement formulé; les principes sont : 1° de manger lentement et de s'interdire le vin rouge et le vin de quinquina ; 2° de ne jamais boire, ni manger en dehors des trois repas, espacés le plus possible. M. Bouchard interdit la soupe aux dilatés ; on sait combien les hygiénistes voient d'un œil défavorable la faveur dont continue à jouir en France cette préparation culinaire.

Le lavage de l'estomac n'est indiqué que très rarement, quant il y a stagnation alimentaire et gastrorrhée ; deux ou trois lavages à l'eau de Vichy peuvent alors être utiles. Dans les cas de pyrosis, l'acide chlorhydrique donne d'excellents résultats ; chez d'autres malades, les alcalins doivent être conseillés dès le début du traitement. En suivant une bonne hygiène alimentaire et les prescriptions de l'hygiène générale, les dilatés voient en quelques mois et parfois en quelques semaines, leur état général s'améliorer, la dyspepsie, si elle existait, céder tout d'abord. En tous cas, la maladie ne fait plus de progrès. Le dilaté qui se soigne n'arrive ni à cette dyspepsie rebelle, ni à ces états graves qui sont souvent confondus avec un début de tuberculose ou qui confinent à l'irritation spinale et qui font le désespoir des malades et des médecins.

Dr Burlureaux.

Contributions pharmaceutiques.

POTIONS FILANTES.

On nous pose la question suivante : Pourquoi certaines potions calmantes se prennent-elles quelquefois en une gelée semblable à l'albumine de l'œuf? Ainsi un mélange composé de :

Extrait thébaïque............	5	centigrammes.
— de jusquiame.........	10	—
— d'aconit..............	15	—
Eau chloroformée saturée......	25	grammes.
Sirop de fleur d'oranger.......	40	—
Eau.........................	180	—

a conservé pendant deux jours sa limpidité ; et quand, après ce temps, on a voulu s'en servir, il avait pris la consistance d'une gelée transparente qui s'est échappée en masse du flacon qui la contenait. La même préparation faite chez un autre pharmacien s'est, au contraire, conservée plusieurs jours sans aucune altération.

Voici notre réponse. On sait que les potions s'altèrent rapidement, surtout lorsqu'elles contiennent de l'eau ou du sirop de fleur d'oranger. L'eau de fleur d'oranger surtout, fût-elle la mieux préparée, peut spontanément *filer* ou *tourner au gras*. Dans ce cas il se développe au sein de la masse liquide un champignon parasitaire qui la fait se prendre en masse. Malgré les moyens que l'on pourrait employer pour détruire cette végétation, il vaut toujours mieux rejeter une eau ainsi altérée. Je suis convaincu que si notre correspondant avait prescrit du sirop de Tolu, la potion se serait bien conservée, parce que ce sirop est saturé d'acide benzoïque, et que cet acide est aussi antiseptique que l'acide salicylique, au moins dans les cas du genre de celui qui nous occupe. L'essentiel est donc, si l'on veut conserver les potions, d'y ajouter un sirop doué de propriétés antiseptiques et d'empêcher ainsi la formation des végétations cryptogamiques.

P. Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Un cas de septicémie foudroyante par auto-inoculation traumatique (1), par M. le professeur Gross, de Nancy.

Observation (recueillie par M. Vautrin, interne du service). — Le nommé C... (Antoine), de Phlin (Meurthe-et-Moselle), entre au service le 1er décembre 1883. Il est âgé de cinquante-deux ans, manœuvre et travaille à la campagne. Hormis deux fluxions de poitrine, dit-il, a toujours été bien portant. Antécédents héréditaires nuls.

Au mois de mai précédent, il est entré une première fois au service, à l'hôpital Saint-Léon, pour se faire enlever un épithélioma de la lèvre inférieure. L'observation recueillie à cette époque par l'interne de service, M. Donmartin, porte que le début de l'affection remontait à un an auparavant; à ce moment avait apparu sur la moitié gauche de la lèvre inférieure, une petite verrue; depuis six semaines celle-ci était ulcérée à son sommet. En même temps s'était montrée une petite grosseur dans la région sous-maxillaire du même côté.

Le 28 mai 1883, M. Gross pratique l'ablation de la petite tumeur épithéliomateuse par une excision en V, largement faite, en conduisant le bistouri à un bon centimètre au delà des limites du mal. Pour rapprocher les parties, il est nécessaire de pratiquer une incision libératrice de trois centimètres sur la commissure gauche des lèvres. Trois épingles réunissent ensuite les bords de l'excision cunéiforme faite sur la lèvre. A l'aide du lambeau labio-jugal formé par l'incision commissurale on répare la partie externe de la lèvre inférieure. Une quatrième épingle et deux fils d'argent sont placés à l'angle restauré de la bouche. Deux points avec fil de soie réunissent la muqueuse à la peau sur la partie reconstituée de la lèvre. Les lignes de réunion sont saupoudrées avec de l'iodoforme pulvérisé. Après cela, on pratique à la région sous-maxillaire gauche l'extirpation de deux ganglions engorgés, de la grosseur d'une noisette chacun. Réunion. Drainage. Pansement de Lister.

Le 30 mai, on enlève les épingles et on applique une suture de sûreté avec des bandelettes collodionnées. Quelques jours plus tard, le 3 juin, la cicatrisation est assurée et le malade quitte l'hôpital au bout d'une quinzaine.

C... rentre au service, à l'hôpital civil, le 3 décembre, pour deux ganglions tuméfiés qui ont apparu au cou du côté opposé au mal d'autrefois. Un premier ganglion est senti dans la région

(1) Communication faite à la Société de médecine de Nancy, séance du 10 février 1886.

sous-maxillaire. Il est assez volumineux, isolé, et paraît superficiel. Plus bas, en avant du sterno-mastoïdien, sur le trajet des vaisseaux carotidiens, on reconnaît un second ganglion, moins volumineux et plus profond. La cicatrice de l'opération subie six mois auparavant, est très visible sur la lèvre inférieure à gauche; en prenant cette cicatrice entre les doigts, elle semble légèrement épaissie vers son extrémité inférieure, mais on n'ose affirmer l'existence d'un nodule de récidive.

Le malade est amaigri; il présente un teint jaune qui semble révéler un commencement de cachexie. Pourtant il se sent fort, se croit bien portant et n'a jamais cessé de travailler. L'appétit est bon; l'examen des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal. Rien de particulier à l'examen des urines.

Le diagnostic est simple et facile. Il s'agit d'une adénopathie secondaire en relation évidente avec l'épithélioma labial qui a été enlevé quelques mois auparavant.

Connaissant l'importance de la manifestation nouvelle de la maladie, C... réclame une deuxième opération. Celle-ci a paru indiquée, et, le 5 décembre, l'extirpation des tumeurs ganglionnaires est pratiquée.

Opération : Chloroformisation. Précautions antiseptiques habituelles. A la région sous-maxillaire droite, incision parallèle à la branche horizontale de la mâchoire inférieure et à un centimètre de son bord ; mise à découvert de la tumeur ganglionnaire ; celle-ci est ramollie. Sa coque adhère à la glande sous-maxillaire; vers la fin de la dissection, elle se déchire. Il s'écoule environ une cuillerée à soupe d'un liquide séro-purulent qui se répand dans la plaie. Le liquide est enlevé à l'aide d'une éponge phéniquée. A ce moment la chloroformisation a donné lieu à une alerte. Menace de syncope. Une injection hypodermique avec de l'éther devient nécessaire.

Après cela, l'opération est continuée. Une deuxième incision est faite sur la partie supérieure du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien ; on découvre ainsi un deuxième ganglion profondément situé, adhérent à la veine jugulaire interne. Ce deuxième ganglion est également ramolli; sa coque, extrêmement mince, se rompt encore pendant la dissection. Il s'écoule environ une cuillerée à café de liquide séro-purulent, mince, analogue à celui que renfermait le premier ganglion. Le liquide se répand dans la plaie, d'où il est épongé.

Les deux tumeurs enlevées, les plaies opératoires sont touchées avec une éponge trempée dans la solution phéniqué forte (5 pour 100) et l'on passe au pansement. La plaie sous-maxillaire est réunie à l'aide de deux points de suture avec fil d'argent sauf à son extrémité antérieure où l'on place un petit drain. La plaie de la région carotidienne plus irrégulière et plus profonde n'est point suturée. Application d'un pansement de Lister, légèrement compressif dans la région sous-maxillaire.

Les coques ganglionnaires extirpées sont constituées par du tissu fibreux, infiltré de globules de pus. On n'y découvre point d'éléments épithéliaux.

Le malade a été fortement impressionné par l'opération qu'il a subie. Le soir, à la contre-visite, il paraît encore sous l'influence du shok opératoire. On le trouve prostré, triste. Le pouls assez faible, est à 100 degrés ; la température, à 38 degrés. Vers la nuit, surviennent des vomissements, puis du frissonnement et de petits frissons. Il y a de l'insomnie, de l'agitation et une grande inquiétude. La religieuse de la salle juge nécessaire de faire appeler l'interne de garde, qui prescrit du sirop de morphine. Après l'administration de ce médicament, l'opéré s'endort.

Le lendemain, 6 décembre, au matin : grand malaise, fièvre intense, pouls faible, fréquent à 120; température à 38°,5. Le teint est jaune, l'œil terne, la langue sèche, chargée d'un enduit épais, blanc jaunâtre. L'opéré se plaint de quelques tiraillements douloureux au niveau des plaies. On enlève le pansement et on trouve celles-ci d'un mauvais aspect ; la plaie carotidienne laissée béante est couverte d'une petite quantité d'un liquide jaunâtre; le même liquide se retrouve autour du drain placé dans la plaie sous-maxillaire. On enlève les points de suture et on désunit les bords de cette dernière, mais on ne constate aucune rétention de liquide, les parties étaient déjà recollées. Drainage des deux plaies. Applications de compresses phéniquées humides. Pulvérisation phéniquée. Rien de particulier à l'examen des fonctions et des organes. Bouillon. Lait. Champagne. Thé au rhum.

Dans la journée, à plusieurs reprises, l'opéré se plaint de frissonnement. Le soir, le malaise est encore plus grand que le matin, il existe une prostration inquiétante. Pouls à 130. Température à 39°,4. Le malade refuse toute nourriture. Nouvelle pulvérisation et renouvellement des compresses phéniquées.

La nuit est mauvaise. Insomnie. Divagations.

Le 7 décembre au matin, aggravation notable. Pouls fréquent, petit, à 132 pulsations; la température à 39 degrés. Teint jaune terreux, langue sèche recouverte d'un enduit épais, jaune brunâtre. Inappétence complète. Soif vive. Respiration anxieuse. Subdélire. Les deux plaies sont sèches, recouvertes d'un enduit jaunâtre peu épais. Aucune rétention de liquide. Ni rougeur, ni tuméfaction dans les régions voisines. Potion de Todd.

Le soir, situation désespérée. Pouls à 140, petit, filiforme; température à 40°,2. Prostration extrême. Délire complet.

L'opéré succombe à une heure du matin.

Autopsie. — La région du cou est disséquée avec soin ; l'état du système veineux notamment est examiné avec attention; mais on n'y découvre rien de particulier. Au niveau de la plaie carotidienne, un peu d'infiltration de la gaine des vaisseaux dans les points où le ganglion carotidien avait été adhérent ; mais ni phlébite, ni thrombose jugulaire ou autre. Dans la région sous-maxillaire rien de spécial. Du côté opposé du cou, non plus.

A l'examen des viscères, les poumons présentent les traces d'une congestion intense ; à droite le lobe supérieur est splénisé. Rien dans les plèvres. Le péricarde contient environ 40 à 50 grammes d'un liquide séro-purulent; mais il ne montre ni épaississement, ni fausses membranes ; quelques légers dépôts fibrineux récents, non organisés, sur différents points du feuillet cardiaque. Le cœur est flasque, mou, jaunâtre. Au microscope on y reconnaît une dégénérescence graisseuse assez avancée des fibres musculaires. Rien aux orifices. Le foie de volume à peu près normal est pâle et présente une infiltration graisseuse avancée. Les reins sont également pâles et jaunâtres. L'épithélium des tubes urinifères est rempli de granulations graisseuses. Les corpuscules de Malpighi ne contiennent pas de matière amyloïde. La rate a gardé son aspect normal, mais elle est légèrement ramollie. Le sang est noir, diffluent. Rien de particulier dans le cerveau.

(*A suivre*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

FONDATION D'UN ÉTABLISSEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA RAGE. — La commission nommée par l'Académie des sciences, dans sa séance du 1er mars 1886, a adopté à l'unanimité le projet suivant :

Art. 1er. — Un établissement pour le traitement de la rage après morsure sera créé à Paris sous le nom d'*Institut Pasteur*.

Art. 2. — Cet Institut admettra les Français et les Étrangers mordus par des chiens ou autres animaux enragés.

Art. 3. — Une souscription publique est ouverte, en France et à l'étranger, pour la fondation de cet établissement.

Art. 4. — L'emploi des fonds souscrits sera fait sous la direction d'un comité de patronage composé de MM. l'amiral Jurien de la Gravière, président de l'Académie des sciences, Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, Pasteur, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences, Vulpian, Marey, Bert, Richet, Charcot, Hervé-Mangon, de Freycinet, membres de l'Académie des sciences; Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française, Wallon, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, de Laborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts, Jules Simon, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques, Magnin, gouverneur de la Banque de France, Christophle, gouverneur du Crédit foncier, Alphonse de Rothschild, membre de l'Institut, Béclard, doyen de la Faculté de médecine de

Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, Brouardel, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président du Comité consultatif d'hygiène publique, Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Art. 5. — Les souscriptions seront reçues : à la Banque de France et dans ses succursales, au Crédit foncier et dans ses succursales ; chez les trésoriers-payeurs généraux, chez les receveurs particuliers et les percepteurs.

Les noms des souscripteurs seront insérés au *Journal officiel*.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Corlieu* se porte candidat à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe, envoie le *Compte rendu* manuscrit *des vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées au 93e régiment de ligne. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Geschwind*, médecin-major de 1re classe, adresse le *Compte rendu* manuscrit des *vaccinations et revaccinations* qu'il a faites au 13e régiment de ligne. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Suss* envoie un mémoire manuscrit ayant pour titre : *De la paralysie diphthéritique du pneumogastrique*, pour le concours du prix Saint-Paul en 1886.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Kcin* (de Strasbourg), deux mémoires imprimés intitulés : *Pleurésie purulente traitée par les ponctions aspiratrices suivies de lavages au sublimé* et *De la terpine et de son emploi dans les bronchites chroniques et les catarrhes des phthisiques.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une brochure de M. le docteur *Fouques* sur *la rage canine.*

M. *Léon Colin* présente : au nom de M. le docteur *Quivogne*, médecin-major de 2e classe, la relation manuscrite de *la fièvre typhoïde* au quartier Dupleix, à Paris, du 20 août 1884 au 20 août 1885 (*Commission des épidémies*); 2° de la part de M. *Eymard Lacour*, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Oran, un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Observations sur les détails pratiques dans les analyses d'eaux douces ou d'eaux minérales.* (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Potain* dépose un mémoire de M. *Lamothe* sur l'application de la loi Roussel en Seine-et-Marne. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

Ptomaïnes, leucomaïnes et la théorie microbienne. — M. *Colin* (d'Alfort), intervenant à son tour dans la discussion pendante, estime que l'on n'est pas fondé à attribuer aux microbes la production des états septiques, pas plus que la virulence et les divers états morbides spécifiques ; les expériences nombreuses qu'il a faites à ce sujet ne lui ont donné que des résultats négatifs ; aussi pense-t-il qu'il faut accorder une bien plus grande valeur pour expliquer ces faits aux altérations qualitatives du sang et des divers liquides de l'organisme. Ce qui lui fait surtout douter de l'importance du rôle des microbes dans le développement des accidents septiques, c'est que les microbes sont toujours associés à des matières en apparence très toxiques, qui tuent toujours les grands comme les petits animaux, dans des délais très courts, à la condition d'être en quantité suffisante; il faudrait, pour avoir quelque certitude, produire ces accidents avec les vibrions septiques seuls, associés à l'eau pure. D'autre part, leur rôle au point de vue de la virulence est-il mieux prouvé ? Les phénomènes constatés sont les mêmes, que les microbes soient absents ou présents; car ils font défaut dans le virus rabique aussi bien que dans le virus vaccinal, le claveleux, le péripneumonique et l'on n'est pas sûr qu'il y en ait dans le cholérique, le typhique, etc. De plus, on les signale dans plusieurs maladies virulentes ou non, transmissibles par inoculation ; ceux-là seraient donc impropres à remplir comme les autres l'office d'agents vivants de contagion. En fait, le rôle des bactéridies du charbon paraît seul prouvé; encore n'est-il pas certain que la bactéridie y soit seule virulente et l'on n'est pas en droit d'en tirer une conclusion applicable à toutes les maladies virulentes.

Que d'inconnues dans un tel problème, suivant M. Colin. A-t-on prouvé les rôles mécanique, chimique, physiologique prêtés à ces êtres; montré comment ils pourraient embarrasser la circulation, obstruer les vaisseaux alors qu'ils sont à l'état de fins corpuscules plus petits que les derniers débris des globules blancs; indiqué comment ils absorberaient l'oxygène du sang au point d'asphyxier? A quoi a-t-on reconnu qu'ils devaient fabriquer des ptomaïnes ou un poison quelconque, que personne encore n'a pu obtenir au cours de telle ou telle maladie virulente? A-t-on démontré le prétendu fait de la sécrétion de ferments ou de zymases par ces petits êtres et alors à quoi serviraient donc les glandes et les cellules glandulaires? Au lieu de démonstrations scientifiques on n'apporte que des hypothèses ; on voudrait que le pouvoir de la cellule vivante, du protoplasma, s'efface devant l'omnipotence d'un microcoque ou d'une bactérie. D'un côté, on nie la production par l'organisme du moindre granule mouvant, sous prétexte que la génération spontanée est inadmissible ; de l'autre, on fait dériver la bactérie d'un granule immobile qui évolue ; une fois le granule devenu bactérie, on lui attribue une génération alternante ou on le gratifie de la faculté de se transformer d'après les lois du darwinisme. Et cependant ni les matières toxiques fabriquées par l'organisme, ni les êtres qui s'introduisent dans nos organes et nos tissus ne donnent la raison de tout ce qu'on ignore en pathologie. L'économie prépare des poisons redoutables ; elle en est constamment imprégnée et saturée ; mais elle n'en est lésée qu'en cas de production excessive ou d'élimination insuffisante. Elle résiste également à l'action des êtres microscopiques qui lui apportent l'air, les aliments et les boissons. La résistance est moins efficace à l'action des agents virulents; elle s'y soustrait cependant dans une certaine mesure par des procédés de destruction et d'élimination qu'il importerait surtout de bien connaître.

M. *Cornil* donne lecture d'une note de M. le docteur Doyen (de Reims), dans laquelle il déclare que toutes les suppurations et septicémies diverses, qu'il a étudiées depuis cinq ans, sont dues à l'action locale et directe de microbes pathogènes ; jamais il n'a pu attribuer les accidents généraux observés à l'action seule des ptomaïnes. Dans le cas de fièvre puerpérale cité récemment par M. Léon Le Fort, la plaie utérine s'est certainement trouvée infectée par des microbes ; le trajet fistuleux de la cuisse a pu être suspecté, mais il n'est même pas besoin d'admettre cette auto-infection. M. Doyen soigne en ce moment un homme de la campagne atteint d'infection purulente consécutive à une simple coupure superficielle du doigt et dans ce cas le malade a certainement puisé son microbe pathogène soit dans l'air ambiant, soit en soignant ses bestiaux. D'ailleurs la fièvre puerpérale n'est qu'une des variétés de la septicémie et peut être caractérisée par l'un des trois microbes ordinaires des suppurations aiguës, qui se trouvent presque partout dans l'air et surtout dans certains liquides en voie de décomposition. Le vulgaire purin des fosses à fumier contient assez de microbes pathogènes pour éterniser bien des maladies contagieuses. D'autre part, des injections d'une macération putréfiée de viande dans l'eau, qui donnent la mort, ne prouvent pas qu'il s'agisse là exclusivement de l'action des ptomaïnes ; car dans toutes les septicémies naturelles ou expérimentales on observe toujours l'infection générale du sang par les microbes.

S'attachant spécialement à la question de la fièvre puerpérale, M. *Cornil* fait remarquer que cette maladie ne saurait être considérée comme une seule et même affection ; les autopsies montrent en effet que tantôt les fièvres puerpérales mortelles appartiennent à la pyohémie et que tantôt elles sont des septicémies véritables, déterminées par les bactéries et les alcaloïdes toxiques formés sous leur influence et dans lesquelles il n'y a ni pus, ni lésion nettement appréciable à

l'œil nu. Or, dans ces deux groupes d'accidents, il y a des bactéries qui ont pénétré par la plaie utérine où ils ont d'autant plus de facilité à produire une action pathogène que la grossesse a modifié l'utérus et troublé toute l'économie. Les microbes trouvé dans ces diverses formes sont très variés; Doléris, Frænkel et Babès, en ont signalé un grand nombre. Il va de soi que des bactéries inoffensives si la muqueuse est recouverte des couches épaisses de son épithélium, s'introduiront à la faveur de la plaie utérine ou de déchirures vaginales et deviendront la cause des plus graves accidents; c'est ainsi que se reproduisent, à n'en pas douter, les pyohémies et les septicémies des nouvelles accouchées.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Sarcome de la muqueuse utérine : M. Terrillon. — Traitement des kystes de l'ovaire par les injections de chlorure de zinc : M. Th. Anger. Discussion : MM. Trélat, Gillette, Terrier. — Hernie dans un sac intérieur, rapport : MM. Berger. Discussion : MM. Le Dentu, Nicaise, Polaillon, Terrier. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale : M. Nicaise.

M. *Terrillon* lit un travail *sur le sarcome de la muqueuse utérine*, dont le point de départ a été l'observation suivante. Une femme de cinquante-trois ans, n'ayant jamais présenté quoi que ce soit d'anormal dans son passé génital, voit disparaître ses règles il y a quelques années. Depuis cette époque elle a de temps à autre un écoulement séro-muqueux par le vagin et des douleurs assez violentes et son ventre s'est mis à grossir. Au toucher on constate un effacement du col de l'utérus en même temps qu'une dilatation manifeste du corps de l'organe par du liquide. On essaye, mais en vain, d'introduire un hystéromètre dans le col. Une ponction exploratrice pratiquée à travers la paroi abdominale donne issue à six litres de sang noirâtre et fait porter le diagnostic de kyste hématique de l'utérus. La laparotomie ayant été pratiquée, on tombe sur une tumeur adhérente qu'on isole non sans peine des parties voisines, après en avoir retiré 7 litres de liquide brunâtre. L'utérus très volumineux après cette évacuation est extirpé. La malade ne présenta dans la suite aucun accident opératoire; mais très affaiblie déjà avant l'intervention elle finit par succomber à l'épuisement au cinquante-huitième jour. A l'autopsie on trouva une infiltration cancéreuse des ganglions lombaires. L'utérus extirpé pesait 8 kilogrammes, ses parois offraient une épaisseur de deux à trois travers de doigt; les trompes n'étaient pas dilatées, mais la cavité de la matrice elle-même renfermait une certaine quantité de sang. La face interne était recouverte de masses mamelonnées, mollasses, très vasculaires, d'aspect télangiectasique. L'examen histologique montra que ces masses étaient constituées par du tissu sarcomateux, sans traces d'éléments épithéliomateux ou carcinomateux; la dégénérescence occupait exclusivement la muqueuse, et la tunique musculeuse quoique hypertrophiée était absolument saine. En face de ces constatations il n'est pas douteux qu'on ait eu affaire à un sarcome de la muqueuse utérine ayant déterminé une hématomètre par rétention. C'est là une affection encore peu étudiée. Signalée dans le traité de Virchow, elle a été étudiée plus en détail par Gusserow; on en trouve aussi une bonne description dans Pitha et Billroth; Simpson en parle également. En France, M. Nicaise en a publié un cas intéressant dans les *Annales de gynécologie* et on en trouve un autre rapporté dans les cliniques de M. Péan et présenté à l'Académie de médecine. Dans ce dernier fait il y avait, comme dans le cas de M. Terrillon, hématomètre. On fit l'extirpation de l'utérus, la malade guérit. Avec les faits qu'il a recueillis, M. Terrillon esquisse l'histoire des sarcomes de la muqueuse utérine. C'est une affection à évolution très lente et torpide, qui retentit peu sur l'organisme. A la longue elle détermine une hypertrophie de l'organe et s'accompagne assez souvent de sa tranformation kystique, produite par la rétention du sang dans sa cavité. Les indications opératoires qu'elle réclame sont l'extirpation partielle ou totale.

M. *Tillaux* a observé il y a quelques années un cas analogue de sarcome de la muqueuse utérine caractérisé par la distension de la cavité par des masses polypiformes, au point que la malade vint pour la première fois à l'hôpital avec des accidents d'obstruction intestinale. Par le curage on débarrassa la matrice de ces productions et les accidents cessèrent pour quelque temps; mais bientôt et à deux reprises assez rapprochées on dut recommencer la même opération, qui resta sans résultat. La malade s'étant présentée une quatrième fois à l'hôpital, on fit à ce moment l'examen du néoplasme et on reconnut qu'il s'agissait de produits sarcomateux. Dans ces conditions l'extirpation de l'utérus s'imposait, mais une laparatomie exploratrice montra que ce projet était irréalisable en raison des adhérences qui fixaient l'utérus de toute part. C'est alors que M. Tillaux regretta de n'avoir pas pratiqué l'hystérectomie dès le début.

M. *Gillette* a observé trois malades portant dans l'utérus des tumeurs mollasses, végétantes, fortement adhérentes à la muqueuse et qu'il a opérées par le raclage. L'examen microscopique a montré qu'elles étaient formées de tissu sarcomateux. De ces trois malades, une est morte, les deux autres ont guéri.

M. *Poncet* conserve des doutes sur la nature des tumeurs dont il vient d'être question. Il voudrait, pour que sa conviction fût faite, qu'on précisât mieux les éléments révélés par le microscope, car la marche clinique des sarcomes ne répond pas au tableau offert par les malades, dont les observations viennent d'être rapportées.

— M. *Th. Anger* lit l'observation de la malade atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire traité par les injections au chlorure de zinc et dont M. Terrillon a présenté les pièces anatomiques à la dernière séance.

M. *Trélat* considère comme déplorable la pratique des injections caustiques dans les kystes de l'ovaire. L'ovariotomie est de beaucoup préférable.

M. *Gillette* pense que les injections caustiques peuvent donner un bon résultat, lorsque se trouvant inopinément en face d'un kyste multiloculaire le chirurgien ne peut après la laparotomie l'enlever dans sa totalité. Dans un cas récent où cette difficulté d'extirpation complète s'est dressée devant lui, M. Gillette a tenté de détruire la portion restante par les injections caustiques. Il tiendra la Société au courant de ce qui se passera.

M. *Terrier* est opposé, comme il l'a déjà déclaré, au traitement des kystes ovariens par les injections caustiques. Pour le cas particulier de M. Gillette, ces injections, sans être aussi nuisibles que dans les cas où le kyste n'a été l'objet d'aucun traitement, resteront néanmoins sans résultat. La guérison ne pourra pas être obtenue, il restera une fistule persistante. Cette durée de l'affection s'explique facilement; en effet, les tumeurs multiloculaires ne sont autre chose que des épithéliomas, ainsi que cela vient d'être démontré de la façon la plus démonstrative dans l'excellente thèse de M. Poupinel.

— M. *Berger* fait un rapport sur un travail de M. Quénu à propos d'une observation de hernie dans un sac intérieur : laparotomie; guérison. Une femme de cinquante-deux ans portait une hernie crurale entrant et sortant sans déterminer aucune espèce d'accident. Un jour la tumeur ne sort pas, et bientôt après la malade est prise de phénomènes d'étranglement. On administre en ville divers purgatifs à la malade,

et finalement on l'envoie à l'hôpital quatre jours après le début des accidents. M. Quénu voit pour la première fois la patiente au milieu de la nuit : il explore avec soin l'anneau crural, siège habituel de la hernie, et ne trouve rien dans son intérieur; la pression à son niveau et dans ses environs du côté de l'abdomen ne détermine aucune douleur. L'état général est assez satisfaisant, et le chirurgien croit devoir remettre son intervention au lendemain. En attendant, il pratique l'aspiration et le lavage de l'estomac à l'aide du siphon. Le lendemain, les phénomènes d'étranglement n'ayant pas cédé, M. Quénu se décide à pratiquer la laparotomie. Ne sachant la nature et le siège de l'étranglement, il fait l'incision sur la ligne médiane, et va à la recherche du point malade. Tout d'abord l'orifice crural est exploré, et on ne trouve aucune anse intestinale dans son intérieur; mais, dans son voisinage, on rencontre un petit orifice dans lequel s'engage une anse intestinale, que l'on dégage avec la plus grande facilité. Après avoir constaté que l'anse est absolument saine, on l'abandonne dans l'abdomen. L'examen de l'orifice dans lequel l'intestin était étranglé montre alors qu'il donne accès dans un petit sac mobile dans l'enceinte abdominale et ne se prolongeant pas dans les parois. Afin de prévenir des accidents ultérieurs, M. Quénu en débrida le collet. La malade se rétablit après avoir offert quelques accidents pulmonaires. Le rapporteur suit M. Quénu dans la discussion des points que vise son travail. Tout d'abord se présente la question du lavage et de l'aspiration du contenu de l'estomac. Ce moyen, conseillé par Senator et Kussmaul, ne donne qu'une amélioration passagère; il est impuissant à guérir les étranglements; aussi, l'année dernière, la Société de médecine de Berlin a rejeté son emploi. Sans le bannir complètement, M. Berger est d'avis qu'on doit le réserver aux cas dans lesquels l'estomac est irritable et distendu par une grande quantité de liquide. Cette précaution pourra avoir pour heureux résultat de prévenir les vomissements chloroformiques. L'âge de la malade, cinquante-deux ans, aurait pu faire songer qu'il s'agissait d'une affection organique; mais, pour éloigner cette idée, on avait ce renseignement précieux de l'existence d'une hernie antérieure, et dès lors toute hésitation devait cesser. Etant donné qu'il s'agissait d'un étranglement interne, la laparotomie s'imposait; mais où fallait-il faire l'incision? Ne sachant le siège exact de la lésion, M. Quénu a bien fait d'ouvrir la paroi abdominale sur la ligne médiane, et du reste il a pu, par cette voie, satisfaire à toutes les indications. La pathogénie de la variété de sac herniaire que portait la malade de M. Quénu a été interprétée de deux façons : pour Rokitansky, Parise, ces sacs ne sont autre chose que des diverticules congénitaux; pour d'autres, ce sont des sacs refoulés dans la cavité abdominale. A ces deux interprétations M. Berger en ajoute une troisième : il pense qu'on peut avoir eu affaire à une hernie inguinale coïncidant avec une hernie crurale, cas assez fréquent selon lui. Dans le but de prévenir un nouvel étranglement, M. Quénu a débridé le collet; peut-être aurait-il été préférable de réséquer le sac ou d'oblitérer son collet, si toutefois cela avait été possible?

M. *Le Dentu* dit qu'on a pratiqué trois fois, dans son service, le lavage de l'estomac pour des cas d'obstruction intestinale; cela n'a donné aucun résultat. L'amélioration passagère qu'on obtient souvent dans l'état des malades peut devenir nuisible, car elle expose à laisser passer le moment favorable pour l'opération.

M. *Nicaise* fait remarquer qu'il convient de distinguer le lavage de l'estomac de son évacuation. Kussmaul a préconisé le lavage dans le but d'exciter les contractions de l'intestin dans les cas d'obstruction intestinale. L'évacuation s'applique aux cas dans lesquels existe, en même temps qu'une obstruction, une distension considérable de l'estomac par du liquide. C'est ainsi qu'il a eu occasion d'observer un malade grand buveur, dont l'estomac dilaté descendait jusque dans la fosse iliaque droite, et qui offrait avec cela des phénomènes d'obstruction. L'aspiration de 3 litres de liquide de l'estomac amena un grand soulagement; mais le malade finit cependant par succomber. A l'autopsie, on constata l'existence d'une bride mésentérique effaçant le calibre du duodénum.

M. *Polaillon* a vu, il y a cinq ans, une femme atteinte d'une hernie ombilicale étranglée, et chez laquelle toute opération était impossible. M. Constantin Paul eut alors l'idée de pratiquer le lavage et l'évacuation de l'estomac. Cette manœuvre procura un soulagement réel à la malade, et lui permit de vivre une dizaine de jours.

M. *Terrier* pense qu'on ne doit pas se méprendre sur la valeur du lavage et de l'évacuation de l'estomac. Lorsqu'on se trouve en présence d'une obstruction intestinale de nature inconnue, on peut essayer le lavage au même titre que l'électricité et les autres moyens. Mais si l'on est sûr que l'on a affaire à un véritable étranglement, il ne faut pas perdre son temps à ces moyens, et on doit chercher à lever l'étranglement directement et le plus tôt possible.

— M. *Nicaise* présente un fibro-sarcome de la paroi abdominale (région de la fosse iliaque) qu'il a enlevé chez une femme de vingt-quatre ans. Cette tumeur, qui s'était développée très vite et sans altérer la santé générale de la patiente, englobait l'aponévrose du petit oblique et du transverse, et se prolongeait sur le péritoine sans y adhérer. Malgré cela, la séreuse fut ouverte en deux endroits au cours de l'opération et refermée immédiatement à l'aide d'une suture en bourse. La tumeur enlevée laissa à sa place une cavité très irrégulière, dont on réunit, non sans quelque peine, les parois au moyen de la suture à étage, suivant le procédé de Socin, ménageant un bon drainage dans son intérieur. La malade présenta les premiers jours quelques accidents péritonéaux, mais aujourd'hui elle peut être considérée comme complètement guérie, et il y a lieu d'espérer que, grâce au mode de suture, la malade n'aura pas d'éventration.

M. *Le Dentu* a eu occasion d'observer un certain nombre de tumeurs analogues des parois abdominales. Se fondant sur sa pratique, il est d'avis qu'on doit opérer ces malades de bonne heure, car rapidement ces néoplasmes contractent des adhérences avec le péritoine, ce qui complique et aggrave considérablement l'intervention. La suture à étage ne peut pas toujours être faite, et on a la plus grande difficulté à assurer le drainage et le pansement au niveau d'une paroi aussi mobile et peu résistante que la paroi abdominale. Il en résulte que rarement on obtiendra la réunion immédiate totale. Chez un de ces malades, il eut pour cette raison un phlegmon de la paroi abdominale.

M. *Gillette* a opéré en 1883 une femme portant une tumeur analogue à celle de la malade de M. Nicaise. Il n'y avait pas d'adhérences péritonéales et la séreuse ne fut pas ouverte. M. Gillette ne fit pas de suture en étage et ne rencontra aucune difficulté dans le drainage de la plaie. La malade guérit sans suppuration.

— Au cours de la séance, M. Labbé a été nommé à l'unanimité membre honoraire de la Société de chirurgie.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Anévrysme de la première portion de l'aorte : M. Poncet. — La formation des réserves dans l'organisme : M. L. Brasse. — Mesure de la conductibilité des tissus pour le son : M. d'Arsonval. — Prolongation de certains réflexes médullaires après la mort : M. Brown-Sequard.

— M. *Poncet* (du Val-de-Grâce) fait une communication sur un cas d'anévrysme de la première portion de l'aorte au début. La tumeur, large de 7 à 8 centimètres, saillante de 2 centimètres, occupait par son milieu le bord interne de la deuxième côte au sternum et avait rongé les deux tiers du diamètre transverse de ce dernier os. Elle présentait sous la main des battements isochrones à ceux du cœur ; mais, pas plus que ce dernier organe, elle n'offrait de souffle à aucun temps. Le fait intéressant est l'état particulier du pouls : *faible à gauche* et *ample à droite*, à l'inverse de ce qui existe en général. M. Franck, pour le tronc innominé, a expliqué ce pouls *renversé* par une paralysie du troisième ganglion cervical, qui permet une dilatation des vaisseaux droits ; les vaisseaux gauches n'ayant plus alors assez de sang ne donnent qu'un pouls faible.

M. le professeur Poncet pense que si le ganglion cervical était comprimé au point d'être paralysé, l'artère et la veine qui sont juste en avant du ganglion, seraient aussi comprimées, d'où petitesse du calibre artériel et du pouls, et c'est le contraire qui existe. Pour le pouls du côté gauche, M. Poncet se range à la théorie anglaise de Barwell et c'est au sac qu'il attribue l'absence d'ascension dans le tracé du pouls ; l'élasticité de la poche empêche aussi la descente brusque ; de là un tracé presque horizontal, comme celui qui a été recueilli dans ce cas.

Barwell, tirant de la physiologie des conséquences pour le traitement, a conseillé de traiter les anévrysmes qui donnent un pouls gauche faible, par la ligature des vaisseaux gauches. M. Poncet, ne voyant pas quelle influence peut avoir sur le sac placé au-dessus des sigmoïdes la ligature de la sous-clavière gauche, a préféré le traitement de Balfour par l'iodure de potassium, bien que son malade ne fût pas syphilitique. Et de fait, après un mois de soins par la glace en applications, par l'iodure potassique, à la dose de 4 à 5 grammes, la tumeur s'était affaissée et largement durcie sur les bords. Deux moules pris au début de l'affection et après trente jours du traitement indiqué ne laissent pas de doute à cet égard ; du reste, la diminution de volume a été encore prouvée par l'appareil à fond mobile dont Franck a donné la description.

La méthode de Balfour est donc d'une efficacité indiscutable pour la cure des anévrysmes de l'aorte.

M. *François-Franck* fait observer qu'il n'a jamais appliqué la théorie de la paralysie du sympathique qu'aux anévrysmes du tronc brachio-céphalique. Quant à la différence des deux pouls, droit et gauche, elle ne constitue pas ce qu'on appelle le *pouls paradoxal ;* celui-ci est le pouls en rapport avec de fortes variations respiratoires.

— M. *d'Arsonval* présente, au nom de M. *Léon Brasse*, une note sur le mécanisme de la formation des réserves dans l'organisme. M. Brasse remarque que la formation des réserves s'explique aisément toutes les fois que le principe emmagasiné est soustrait à la diffusion par son passage à un état insoluble ; mais il est plus difficile d'expliquer l'accumulation d'un principe soluble. M. Brasse a essayé de se rendre compte de la répartition du sucre de canne dans certaines espèces de betterave.

— M. *d'Arsonval* a imaginé un moyen simple de mesurer la conductibilité des tissus pour un son déterminé : il applique sur la paroi thoracique un téléphone en communication avec le chariot de Dubois-Reymond ; la hauteur et l'intensité du son varient suivant le degré de perméabilité des tissus.

— M. *Brown-Sequard* a constaté une persistance, tout à fait exceptionnelle par sa durée, de divers mouvements réflexes déterminés après la mort par l'excitation de certains nerfs thoraciques. Il en conclut qu'on ne peut juger de la véritable durée de la faculté réflexe de la moelle par le seul fait que la mise en jeu de cette faculté n'est plus possible dans certains points du corps.

Élection. — M. *Gley* est élu membre titulaire de la Société.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Propriétés de la narcéine : M. C. Paul (Discussion : MM. Limousin, Campardon, F. Vigier, Huchard). — De la caféine dans les maladies du cœur, par M. Dumas (de Cette) : M. Huchard (Discussion : M. Moutard-Martin). — Du kéfir : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. Huchard, Duhomme).

M. *C. Paul* rappelle que Cl. Bernard admettait le pouvoir somnifère de trois alcaloïdes de l'opium : la morphine, la codéine, et surtout la narcéine. Or il est assez surprenant de voir que, depuis les recherches de Cl. Bernard, aucun observateur n'a plus constaté les propriétés hypnotiques de la narcéine et que cet alcaloïde a été complètement délaissé, et à juste titre. D'ailleurs, on peut dire qu'il n'existe pas actuellement de narcéine véritable dans le commerce ; on n'a même, sans doute, jamais eu entre les mains une narcéine identique à celle qui a été expérimentée par Cl. Bernard, car on ne peut mettre un instant en doute l'exactitude de ses recherches et de ses affirmations.

M. *Limousin* fait observer qu'à la suite des recherches de Cl. Bernard sur les propriétés de la narcéine, ce produit avait été spécialisé par M. Adrian, et que, divers médecins ont paru satisfaits des effets somnifères de cet alcaloïde. Peut-être la narcéine qu'on prépare aujourd'hui n'est-elle plus la même qu'à cette époque.

M. *C. Paul* a, pour sa part, donné la narcéine jusqu'à la dose de 20 centigrammes sans obtenir aucun effet hypnotique. Il n'a pas été plus heureux en l'employant par la voie hypodermique.

M. *F. Vigier* rappelle que Cl. Bernard s'est servi pour ses expériences de la narcéine de Robiquet et que, depuis ce temps, on n'a jamais pu réussir à obtenir un produit semblable. La narcéine qui vient d'Allemagne n'est qu'un mélange d'alcaloïdes.

M. *Huchard* a essayé, il y a huit ans environ, les granules de narcéine, fort vantés à cette époque ; il n'a obtenu que des résultats absolument infidèles et a dû y renoncer complètement.

M. *C. Paul* fait remarquer que Béhier et Delpech, qui avaient, après Cl. Bernard, préconisé la narcéine, l'ont ensuite abandonnée. Quant à lui, il a demandé à M. Regnauld s'il pouvait lui en procurer ; or M. Regnauld non seulement n'en possède pas, mais croit fort difficile d'en obtenir : il y a donc là toute une question à reprendre.

— M. *Huchard* donne lecture, au nom de M. Dumas (de Cette), d'une note sur les effets de la caféine dans les affections du cœur. Il s'agit d'une malade atteinte d'une pleurésie diaphragmatique suraiguë extrêmement douloureuse, et d'une endopéricardite ; l'épuisement nerveux fut suivi d'une

sorte de paralysie cardiaque dont on parvint à triompher à l'aide des injections hypodermiques de caféine à la dose de 60 centigrammes. On employa aussi les injections de morphine pour calmer la douleur et l'on appliqua une série de vésicatoires. M. Dumas a essayé la caféine dans le choléra; il croit que cette médication ne peut avoir d'autre effet utile que de relever le pouls.

M. *Moutard-Martin* croit que, chez cette malade, la cardioplégie a été le résultat de la douleur excessive, et que, par suite, les injections de morphine auraient parfaitement suffi à la combattre; la caféine n'a évidemment pas servi à grand' chose en pareil cas. Quant aux vésicatoires, il semble qu'il en a été fait un usage absolument abusif, qui n'est peut-être pas sans inconvénients.

M. *Huchard* partage complètement les opinions émises par M. Moutard-Martin. D'ailleurs la morphine n'est pas seulement un calmant général, c'est encore, ainsi que Gubler et lui-même l'ont démontré, un excitant du cœur; il aurait donc fallu commencer par y recourir et, dès lors, l'usage de la caféine serait vraisemblablement devenu inutile. On voit d'ailleurs, dans l'observation de M. Dumas, le pouls rester dépressible après les injections de caféine pour se relever alors qu'on emploie la morphine.

A ce propos M. Huchard rappelle qu'il emploie journellement la caféine par la voie gastrique ou en injections. L'injection hypodermique de caféine est un succédané de l'injection d'éther; elle est moins douloureuse, plus tonique, et possède une action excitante plus directe sur le myocarde, entre autres dans la fièvre typhoïde à forme cardiaque. On sait que dans cette maladie les accidents cardiaques résultent surtout, comme l'ont montré Bernheim et Demange, d'une diminution considérable de la pression intra-artérielle; c'est pour lutter contre cet abaissement de pression que Demange a conseillé d'employer l'ergot de seigle afin d'augmenter la contractilité vasculaire : la caféine agit en pareil cas plus efficacement, car elle porte à la fois son action sur les vaisseaux et sur le cœur. Elle est en outre diurétique, ce qui a de grands avantages, et elle stimule les fonctions cérébrales. On n'observe, d'ailleurs, avec la caféine, jamais les névrites et les paralysies périphériques qui sont parfois la conséquence des injections d'éther. Dans la grippe avec phénomènes dyspnéiques nerveux, c'est-à-dire dans la forme d'asphyxie pulmonaire de Graves, dans la paralysie pulmonaire des Allemands, les injections de caféine donnent d'excellents résultats. Enfin, dans les néphrites, elle détermine souvent une diurèse aussi considérable que le fait la digitale, et sans avoir comme celle-ci l'inconvénient de l'accumulation des doses.

— M. *Dujardin-Beaumetz* communique, au nom de M. Deschiens, un procédé fort simple pour obtenir du kéfir à bon marché. On détermine la fermentation du lait au moyen de la levure de grain, produit blanchâtre provenant de la fermentation des farines, et qui sert dans la boulangerie à la fabrication du pain viennois, et dans l'industrie à la préparation des alcools supérieurs. Il suffit de prendre : levure de grain, sucre en poudre et eau tiède à 25 degrés, ââ 8 grammes, puis, quand le mélange commence à fermenter, de le mettre dans un litre de lait pour obtenir dans les quarante-huit heures un excellent kéfir, un véritable champagne.

M. *Huchard* fait observer qu'en définitive il s'agit tout simplement d'une nouvelle édition du koumys.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que le véritable koumys est préparé avec du lait de jument, tandis que le kéfir se prépare avec du lait de vache. — Au Caucase on place le lait de vache dans une outre avec un estomac de mouton, et, lorsque la fermentation s'est produite, on soutire le kéfir qui s'est formé, puis on remplit de nouveau l'outre avec du lait frais; mais on ne vide jamais l'outre complètement. Au bout d'un certain temps, on trouve au fond de l'outre une quantité plus ou moins considérable de petits grains jaunâtres qui sont recueillis et vendus sous le nom de graines de kéfir pour la fabrication du lait fermenté. Les grains de kéfir ne sont nullement des graines d'une plante ainsi qu'on l'a insinué, mais simplement une sorte de levain composé d'un amas de spores, de bactéries, etc. Avec la levure de grain on obtient d'aussi bons résultats, sans avoir besoin de recourir aux productions du Caucase; enfin, détail qui a bien son importance, le prix de revient de la préparation est presque insignifiant.

M. *Duhomme* fait observer que, dans la fabrication de la bière, on n'obtient pas des produits identiques lorsqu'on se sert de levures différentes; on peut donc se demander si le kéfir obtenu par M. Dujardin-Beaumetz avec la levure de grain est bien le même que celui qu'on prépare avec les grains de kéfir du Caucase.

M. *Dujardin-Beaumetz* objecte qu'un même corps donne toujours les mêmes produits de fermentation et que, par suite, son kéfir doit être considéré comme semblable à celui du Caucase.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

EXTRAIT DES TRAVAUX DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Rupture artificielle de l'estomac.

M. *Girard* s'est livré à des expériences sur des estomacs provenant d'animaux morts. Pour obtenir la rupture de ces estomacs, il se servait de l'insufflation d'air avec un appareil en caoutchouc ou bien de la pression hydraulique. Presque toujours la rupture s'est produite sur la petite courbure ou près d'elle. Pour l'orateur, c'est la tunique musculaire qui résiste le plus longtemps. Il en déduit que dans les cas où l'on peut supposer qu'un accident de ce genre est arrivé sur le vivant, c'est du côté de la petite courbure de l'estomac qu'il faut chercher la rupture.

M. *Laskowski* ne pense pas que ce soit la tunique musculaire qui offre le plus de résistance, car, si cela était, les ruptures devraient siéger vers le grand cul-de-sac de l'estomac, qui est le point où la couche musculaire est la moins épaisse, tandis que le long de la petite courbure les faisceaux musculaires sont nombreux et renforcés par ceux qui forment la cravate de Suisse. Pour lui, c'est la tunique péritonéale qui offre le plus de résistance, et elle manque précisément au niveau de la petite courbure.

M. *Girard* a obtenu la rupture de l'estomac un peu en dehors de la petite courbure, et a observé plusieurs fois des déchirures du péritoine sur la face antérieure de l'estomac avant que la musculeuse se rompe.

M. *Prevost* pense que les altérations histologiques jouent un rôle prédominant dans la rupture des tissus. (*Société médicale de Genève*, séance du 4 novembre 1885.)

Affection mastoïdienne.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui fut atteint de douleur dans l'oreille: à l'examen on trouva l'ouïe affaiblie, le tympan opaque, l'apophyse mastoïde rouge et tuméfiée, la température élevée. Une incision fut pratiquée sur l'apophyse, mais sans amener d'écoulement de pus; l'incision ayant été agrandie quelques jours après, le pus s'écoula abondamment et le malade se sentit très soulagé. Cependant son état empira et il mourut au bout d'une dizaine de jours de maladie dans un état typhique. M. *Fussell* trouva les cellules mastoïdiennes pleines de pus; au milieu l'os était nécrosé et il y avait com-

munication avec l'oreille moyenne, les parois du sinus latéral étaient épaissies, enflammées; mais le sinus ne renfermait pas de thrombus; au même niveau les méninges étaient décolorées, mais non enflammées; le bord antérieur du lobe gauche du cervelet était le siège d'une inflammation. La substance cérébrale était normale. Le poumon droit renfermait deux petits abcès à son sommet. L'état du sinus rend très probable la mort par septicémie. (*Pathological Society of Philadelphia*, séance du 12 novembre 1885.)

Amaurose à la suite d'hémorrhagies.

M. *Th. Schröder* signale deux cas d'amaurose à la suite d'hématémèse violente. Dans l'un des cas, on observa à l'ophthalmoscope l'image de la névrorétinite; dans l'autre, l'examen ophthalmoscopique donna un résultat négatif. L'orateur a trouvé dans la littérature médicale quarante cas de ce genre, et c'est en se fondant sur l'analyse de ces divers cas qu'il décrit en détail la pathogénie, la marche et le traitement de ces amauroses ou amblyopies. Il s'agissait toujours d'hémorrhagies stomacales, et plus rarement nasales et uréthrales. On n'a jamais observé ces phénomènes après les métrorrhagies. Cependant, comme le fait remarquer M. Magawly, Mackenzie a observé une cécité après des saignées nombreuses, très rapprochées. (*Société de médecine de Pétersbourg*, séance du 1er octobre 1885.)

Affections du grand sympathique.

M. *Kétly* est amené par des recherches personnelles, à infirmer un certain nombre de vues qui ont cours dans la science. Ainsi il a établi que les fibres nerveuses du muscle de Muller, dans l'œil, ne prennent pas leur origine dans le centre ciliospinal, mais très probablement dans le grand sympathique lui-même; que de même c'est le grand sympathique qui fournit directement des fibres nerveuses aux glandes sudoripares de la face; que, en cas de paralysie périphérique du facial, même si la réaction de dégénérescence existe, il ne se produit pas toujours de l'anhidrose.

Suit une importante discussion sur le rôle que joue le grand sympathique dans la production des maladies de la peau, des troubles trophiques de la surface cutanée, etc.

M. *Högyes* affirme qu'il n'existe pas de nerfs spéciaux de la calorification, que tout nerf susceptible d'exciter un organe quelconque ou d'y provoquer des phénomènes de combustion peut être considéré comme calorifère. (*Société de médecine de Buda-Pest*, séance du 31 octobre 1885.)

Fièvre typhoïde pendant les couches.

La malade avait présenté des symptômes fébriles deux jours après l'accouchement et elle mourut le vingt et unième jour de sa maladie; comme le fit reconnaître l'autopsie, il s'agissait bien là d'une fièvre typhoïde et non d'une fièvre puerpérale; il y avait des ulcérations de l'intestin grêle et on trouva dans l'intestin quelques-uns des bacilles de la fièvre typhoïde. Ce cas présente cette particularité curieuse que deux mois avant l'accouchement la malade fut atteinte de fièvre paludéenne. A l'autopsie, on trouva effectivement le foie et la rate pigmentés de noir.

M. *Janeway*, à qui l'on doit cette observation, a vu déjà dans un autre cas la fièvre typhoïde survenir après l'accouchement à la place de la fièvre puerpérale. (*New-York County medical Association*, séance du 16 novembre 1885.)

Paralysie traumatique.

M. *A.-B. Arnold* rapporte le cas d'une femme enceinte de cinq mois, qui tomba du deuxième étage; elle resta sans connaissance pendant trois jours, puis avorta. Elle garda une paralysie complète des deux membres inférieurs et une anesthésie totale du côté droit du corps, avec abolition de la vue et de l'ouïe du même côté. Elle se plaignait d'une sensation de constriction en ceinture et présentait un certain degré de parésie de la vessie et du rectum.

Se fondant sur ces symptômes, l'orateur pense qu'il existe une lésion du tiers inférieur de la capsule interne, s'étendant aux nerfs optiques et auditifs à leur point de croisement, et produisant une altération des nerfs sensitifs qui émergent à ce niveau. Les pupilles réagissent à la lumière. (*Baltimore Academy of medicine*, séance du 1er novembre 1885.)

Sarcome du médiastin antérieur.

Il s'agit d'une tumeur qui avait englobé entièrement la veine cave supérieure et les deux troncs brachio-céphaliques et avait déterminé un rétrécissement de ces vaisseaux par compression. Le malade, âgé de quarante-six ans, s'était confié aux soins de M. *G. Harrison* le 28 juillet dernier; il souffrait alors de dyspnée, d'accès de toux et d'œdème de la région cervicale, des deux membres supérieurs et du thorax; il avait de l'hydrothorax. Ces symptômes s'aggravèrent peu à peu et entraînèrent la mort le 7 octobre dernier. (*Chester medical Society*, séance du 6 novembre 1885.)

Emploi de l'électricité dans les maladies du larynx.

M. *E. Jacob* a employé le courant faradique dans diverses affections du larynx, particulièrement dans les parésies et paralysies de cause variable, fonctionnelle, diphthéritique ou catarrhale; dans quelques-uns de ces cas, il y eut beaucoup de difficulté pour rendre à la voix son timbre normal; dans l'un des cas, les récidives furent fréquentes; dans un autre, la première application du courant provoqua un accès d'hystérie. Mais en général les résultats furent satisfaisants. (*Leeds and West Riding medico-chirurg. Society*, séance du 20 novembre 1885.)

Myélite (polyomyélite) chronique.

M. *Leech* présente un malade âgé de vingt-six ans, offrant des symptômes qui se rapportent les uns à de la myélite chronique antérieure, les autres en apparences à l'atrophie musculaire progressive. Tous les muscles des extrémités inférieures étaient affaiblis et atrophiés; quelques mois après avoir atteint ceux-ci, la même altération se manifesta dans la partie supérieure du corps, mais limitée à des muscles isolés; le tiers supérieur du deltoïde et le biceps étaient particulièrement atteints; le grand pectoral était affaibli, mais les muscles de la paume de la main et de l'avant-bras ne présentaient pas d'altération; les muscles intercostaux ne paraissaient pas affaiblis. On ne saurait dès lors parler d'une lésion s'étendant de bas en haut; les altérations de la partie supérieure du corps présentent plutôt une certaine analogie avec celles de l'atrophie musculaire progressive; la persistance de l'excitabilité au courant faradique, la faiblesse de la réaction de dégénérescence et la conservation de la contractilité réflexe paraissent également favorables à ce diagnostic; mais le fait de l'atrophie et de l'affaiblissement de la totalité des muscles des membres inférieurs fait pencher la balance en faveur de la myélite (polyomyélite) antérieure chronique. (*Manchester medical Society*, séance du 2 décembre 1885.)

REVUE DES JOURNAUX

Sur les mouvements automatiques de l'estomac, par MM. Fr. Hofmeister et Em. Schutz. — Le désir de reconnaître le plus exactement possible l'influence des médicaments ingérés sur les mouvements de l'estomac a déterminé les auteurs à des expériences sur l'estomac des animaux. Ils ont annulé l'influence du système nerveux et du degré de réplétion des vaisseaux, en détachant l'estomac du corps de l'animal et en entretenant par des mesures appropriées la vitalité de l'organe. Ils ont reconnu que : 1° l'estomac, détaché complètement de l'organisme, conserve la faculté de se mouvoir; ces mouvements sont vifs et étendus. Il faut en conclure que les impulsions qui y président ont leur origine dans l'estomac même ; 2° les mouvements sont périodiques et ont lieu d'après un type particulier; ils développent ce type en entier ou partiellement.

Les auteurs pensent que leurs observations sont susceptibles de renseigner sur les mouvements physiologiques de l'estomac, d'autant plus qu'en général les organes détachés de l'organisme et entretenus dans leur vitalité (cœur de grenouille, par exemple), continuent à fonctionner comme auparavant. La question la plus intéressante, celle de savoir comment les aliments passent du cardia au pylore, de l'estomac dans l'intestin, se trouve également éclairée d'une nouvelle lumière. Ce n'est ni une contraction totale de la tunique musculeuse, ni une ondulation péristaltique se propageant du cardia au pylore, qui fait progresser le contenu de l'estomac. La rapidité du passage dépend du degré de digestibilité de l'aliment.

La première phrase de la péristole, selon Hofmeister et Schütz, consiste en une contraction du corps de l'estomac, qui a pour but de refouler le contenu vers le pylore ; les parties fluides et ténues passent dans le duodénum ; les parties grossières sont arrêtées par la tonicité du sphincter pylorique, puis reviennent dans la cavité stomacale; outre ce mouvement actif, qui fait progresser les aliments, ceux-ci sont encore soumis à un mouvement passif, qui les fait cheminer le long de la grande courbure vers le pylore, puis de là en arrière le long de la petite courbure ; c'est le *tour circulaire* de Beaumont. La manière de voir de Brinton, défendue récemment par Pöusgen, est fausse ; ces auteurs admettent que les aliments progressent le long des deux courbures vers le pylore et sont refoulés ensuite suivant l'axe de l'estomac ; Hofmeister et Schütz ont, au contraire, vérifié et reconnu exacts les résultats obtenus par Beaumont.

Il paraît encore résulter de ces expériences que les mouvements de l'estomac dépendent de son système neuro-musculaire propre, le système nerveux général n'exerçant qu'une influence régulatrice. Enfin, il est de plus en plus probable que les fonctions de la portion pylorique (antre pylorique) diffèrent de celles du reste de la cavité stomacale, tant au point de vue des processus chimiques que des processus mécaniques, qui déterminent la digestion; le rôle de la portion pylorique est plutôt mécanique que chimique. (*Archiv. für experim. Pathologie*, bd XX, H. 1-2, 1885.)

Utilité de la ponction pratiquée de bonne heure dans l'ascite, par M. C.-A. Ewald. — La plupart des auteurs conseillent de ne faire la ponction de l'abdomen qu'en cas d'absolue nécessité, lorsqu'il y a indication vitale. M. Ewald, au contraire, se basant sur une expérience personnelle très étendue, est d'avis de la faire le plus tôt possible. Voici, selon lui, les avantages de cette pratique : la circulation collatérale se trouvant facilitée, l'énorme pression du liquide sur les ganglions abdominaux, sur l'intestin, le cœur et le poumon, étant supprimée, l'assimilation des aliments se fait mieux et aide à la réparation de la perte d'albumine, évacuée avec le liquide de l'ascite. Il ne faut pas non plus perdre de vue qu'en faisant de bonne heure la ponction, on peut restreindre l'emploi des drastiques, dont on évite ainsi l'action irritante sur la muqueuse gastro-intestinale. On n'a guère à craindre de lésion de l'intestin dans l'opération, et du reste l'emploi d'un trocart à pointe obtuse permet de l'éviter sûrement. Enfin, l'auteur fait ressortir l'analogie de ces ponctions, faites de bonne heure, avec celles de la plèvre, quoique ces dernières aient lieu en général par des processus susceptibles de réparation. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1885, n° 16.)

Formation de concrétions urinaires après la résection partielle de la vessie, par M. N.-N. Znamensky. — L'auteur attire l'attention sur un fait curieux, la formation secondaire de calculs vésicaux après la résection d'une portion de la paroi vésicale (chez les animaux) ; ces calculs avaient pour points de départ les sutures de catgut coupées, non résorbées. Le muscle vésical était tellement affaibli par suite de l'opération que l'urine s'accumulait rapidement dans la vessie, la distendant démesurément, et permettant au contenu liquide d'arriver au contact des bouts de catgut, très éloignés des bords de la plaie à l'origine. Il en est de même des ligatures placées sur les bords mêmes de la plaie. Voici les conclusions formulées par M. Znamensky : 1° Dans la résection d'une portion considérable de la paroi vésicale, la tension consécutive de la paroi restante et le contact de l'urine avec les sutures peuvent déterminer la formation de concrétions urinaires ; 2° le seul moyen d'obvier à cet inconvénient consiste à adopter un procédé opératoire, capable d'abaisser la tension de la paroi vésicale et de laisser à l'urine son libre écoulement ; 3° les ligatures placées sur les vaisseaux des bords mêmes de la plaie, peuvent former le noyau de concrétions urinaires ; 4° après guérison complète de la plaie, le chirurgien doit considérer comme un devoir d'explorer la vessie au point de vue de la formation de ces calculs ; 5° l'application de la suture modifiée de Lembert expose moins que toute autre au contact avec l'urine. (*Archiv. f. klin. Chirurgie*, bd XXXI, p. 599, 1885.)

Du térébène pur dans le traitement des bronchites chroniques, par M. W. Murrell. — Le térébène se prépare par action de l'acide sulfurique sur l'huile de térébenthine ; d'après l'auteur, c'est le meilleur médicament à employer dans la bronchite chronique ; il le donne sous forme de gouttes, 4 à 6 toutes les quatre heures, en augmentant graduellement les doses, ou encore sous forme d'émulsion, ou mélangé avec quantité égale d'huile d'olive aromatisée à l'essence de menthe. M. Murrell recommande également le térébène contre les hémorrhagies pulmonaires et contre la dyspepsie flatulente. Son action est celle d'un antiseptique, et à ce point de vue est comparable à celle de la glycérine, de l'huile de cajeput et de l'essence d'eucalyptus. (*British med. Journal*, 12 décembre 1885.)

De l'uréthane employée comme hypnotique, par M. G. Sticker. — L'action pharmacologique et thérapeutique de l'uréthane a déjà été étudiée par Schmiedeberg, par von Jaksch (*Wien. med. Blätter*, 1885, n° 33) et par Jolly. M. Sticker a vérifié l'exactitude des résultats obtenus par von Jaksch. D'après ces auteurs, l'uréthane est un excellent hypnotique, agissant particulièrement sur le cerveau ; il présente sur les autres hypnotiques les avantages suivants : 1° d'être bien supporté par les malades ; 2° de n'avoir aucune influence accessoire fâcheuse ; 3° de provoquer un sommeil absolument semblable au sommeil physiologique. Il sera donc utile de l'administrer dans les cas où l'on veut éviter une action sur le cœur ou la respiration, où les autres hypnotiques ne sont pas tolérés à cause de leur odeur ou d'une idiosyncrasie particulière du malade. On ne l'a pas encore expérimenté contre le délire alcoolique, où la morphine et le chloral réussissent si

mal. M. von Jaksch recommande l'uréthane à la dose minimum de 1 gramme; M. Sticker va jusqu'à 4 grammes.

L'auteur a également fait des essais avec la cannabinone, mais n'a pas eu à s'en louer; chez un jeune homme anémique, souffrant de céphalalgie sympathico-paralytique, il observa par son usage du collapsus, des spasmes des extrémités, puis de l'exaltation psychique. On dut administrer du café fort pour stimuler le cœur. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, n° 48.)

Traitement de la blennorrhagie chronique par les sondes cannelées, par M. Léop. Casper. — Le procédé de M. Casper réunit les avantages du traitement mécanique et du traitement clinique. On se sert de sondes légèrement coniques et longues de 25 centimètres, portant six cannelures d'environ 1 millim. 1/2 de profondeur, s'effaçant graduellement vers l'extrémité de la sonde, qui est entièrement lisse sur une longueur de 5 centimètres dans la partie recourbée. On coule dans les cannelures, à chaud, une pommade solide à la température ordinaire. M. Casper a essayé diverses pommades, entre autres une pommade renfermant 3 pour 100 de résorcine; mais la plus avantageuse lui paraît être celle d'Unna préparée avec beurre de cacao 100, cire jaune 2 à 5, nitrate d'argent 1, baume du Pérou 2; M. Casper substitue au baume du Pérou le baume de copahu et laisse la cire de côté. Cette pommade fond à 37 degrés, de sorte qu'elle se fluidifie lorsque la sonde est introduite dans l'urèthre. On prépare d'abord le canal par des bougies, puis on introduit successivement les sondes cannelées répondant aux n°s 18 à 23 de Charrière, en commençant par le n° 18, continuant le lendemain par le n° 19, etc. Par ce moyen, M. Casper a guéri 30 blennorrhagies opiniâtres. En moyenne, il faut 10 cathétérismes; le maximum a été 20. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 49.)

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac, par M. Ewald. — En présence des difficultés que présente le diagnostic des affections stomacales, M. Ewald a cherché à faciliter celui-ci par une nouvelle méthode, qui repose sur des expériences qu'il a faites en commun avec M. Boas. Pour examiner le contenu de l'estomac, il n'est pas nécessaire de l'évacuer par le siphon ou la pompe stomacale, la presse stomacale suffit. Les expériences ont porté sur près de 1000 personnes, soumises à une alimentation mixte ordinaire. La digestion présente trois périodes : 1° une période de début (quinze à trente minutes après le repas), pendant laquelle l'estomac renferme de l'*acide lactique;* 2° une période durant laquelle l'estomac contient à la fois de l'*acide lactique* et de l'*acide chlorhydrique libre;* 3° enfin, une période caractérisée par la présence exclusive d'*acide chlorhydrique libre.* Cette période commence trente à soixante minutes après le repas. Dans les conditions pathologiques, on trouve encore de l'acide lactique à une période où habituellement il a disparu et on constate de plus la présence d'acides gras qu'on ne trouve pas à l'état physiologique. Voici donc les recherches à faire en cas de maladie de l'estomac : reconnaître si le contenu de l'estomac a une réaction acide, si l'acidité est due à de l'acide libre ou à des sels acides, quelle est la nature de l'acide libre, quel est le pouvoir digestif du liquide stomacal à l'égard des albuminoïdes, comment se fait la digestion des hydrates de carbone (amylolyse). Nous ne pouvons entrer dans le détail des méthodes employées pour faire ces diverses constatations.

Les recherches d'Ewald, au point de vue pathologique, ont porté sur 7 cas de cancer de l'estomac, 3 cas d'ulcère, 3 cas de dilatation, 26 cas de catarrhe chronique, 19 cas de dyspepsie nerveuse.

1° *Carcinome de l'estomac.* — Dans tous les cas, sauf un où le diagnostic resta indécis, l'estomac ne renfermait point d'acide chlorhydrique libre, mais de l'acide lactique. L'albumine n'était plus digérée. L'absence d'acide chlorhydrique libre est donc en faveur du diagnostic carcinome; mais il n'y a rien d'absolu, la même absence pouvant être constatée dans d'autres cas. En revanche, dans les cas où l'on soupçonne le carcinome, si l'on trouve de l'acide chlorhydrique libre, c'est que les soupçons ne sont pas fondés.

2° *Ulcère de l'estomac.* — Dans les quelques cas plus ou moins douteux qui se présentèrent à l'examen, les résultats chimiques furent très variables, ce qui s'explique par ce fait que dans certains cas l'ulcération n'est pas accompagnée de catarrhe de l'estomac, tandis que dans d'autres celui-ci est très intense. C'est cet état catarrhal qui détermine les variations des résultats obtenus par l'examen chimique.

3° *Dilatations.* — L'examen n'a porté que sur des cas dans lesquels le diagnostic n'était pas douteux. Le contenu de l'estomac s'est comporté comme à l'état normal. L'impression qui en résulte, selon M. Ewald, c'est que les troubles ne sont pas d'ordre chimique, mais d'ordre mécanique, les aliments séjournant trop longtemps dans l'estomac.

4° *Catarrhe chronique de l'estomac.* — On distingue deux groupes de cas, tous deux caractérisés par le gastricisme, mais différant par la nature chimique du contenu stomacal. Dans 19 cas, les variations portèrent sur la plupart des éléments chimiques; en général l'acide chlorhydrique libre faisait défaut, l'acide lactique et les acides gras étaient en excès, le pouvoir peptique diminué. Dans les autres cas, bien moins nombreux, les variations chimiques étaient insignifiantes; on est tenté ici d'incriminer la fonction motrice; peut-être y a-t-il une anomalie de l'absorption, ou simplement une insuffisance relative des fonctions chimiques de la digestion, susceptible de rendre assimilables de petites quantités d'aliments, mais impuissante lorsqu'il y a surcharge d'aliments. Il y a là encore des inconnues à dégager.

5° *Dyspepsie nerveuse* (neurasthénie dyspeptique d'Ewald). — Les fonctions chimiques sont rarement troublées, et l'on retrouve le tableau de la dernière classe de catarrhes chroniques qui vient d'être examinée, avec les symptômes nerveux en plus. En somme, le diagnostic est difficile à établir.

Les recherches de M. Ewald sont destinées à favoriser le diagnostic des maladies de l'estomac, quoique bien des incertitudes subsistent; elles permettront également d'instituer un traitement plus rationnel, et chemin faisant de contrôler les effets du traitement, de le régler. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n°s 3, 4; *Deutsche med. Wochen.*, 1886, n°s 2, 3.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié par M. le professeur Jaccoud (1884-1885). — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1886.

A un an de distance, M. le professeur Jaccoud publie un nouveau volume de clinique médicale, où sont réunies ses principales leçons de l'année 1884-1885.

Certains chapitres ont attiré spécialement notre attention tant par la discussion méthodique et serrée qui conduit au diagnostic que par la nouveauté des faits qui y sont consignés.

La première leçon est particulièrement intéressante; elle a pour sujet une observation de broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique. En voici le résumé :

Un jeune garçon atteint de phthisie pulmonaire avancée entre à l'hôpital avec d'abondantes hémoptysies. On constate au sommet des deux poumons, des signes cavitaires, et au lobe inférieur du poumon gauche, on découvre un foyer inflammatoire, à forme broncho-pneumonique, auquel on

rapporte l'hémoptysie actuelle. Quelques jours plus tard, à la suite d'une forte dyspnée, le malade rend une concrétion blanchâtre, ramifiée, de 16 centimètres de longueur.

Cette concrétion, véritable moule trachéo-bronchique, reproduit les bronches avec leurs divisions et leur chevelu terminal; certaines ramifications du chevelu portent même à leur extrémité un renflement qui représente le moule de l'alvéole. Cette production fibrineuse fut considérée par M. Jaccoud comme étant le résultat d'une broncho-alvéolite fibrineuse aiguë, ayant pour siège le foyer pseudo-pneumonique du lobe inférieur gauche.

L'autopsie devait confirmer les différentes parties du diagnostic. En effet, le lendemain, le malade mourait et on constatait, à l'examen des pièces anatomiques, que la fausse hépatisation du lobe inférieur n'était, en effet, qu'une exsudation fibrineuse intéressant irrégulièrement les bronchioles et les alvéoles. L'autopsie démontrait également l'existence d'une poussée récente de granulations tuberculeuses, et quoiqu'il fût naturel, à priori, d'associer la broncho-alvéolite à cette granulose secondaire, M. Jaccoud n'admit, dans ce double processus, qu'une pure coïncidence, « cette pneumonie chez un tuberculeux n'est point tuberculeuse », car, tandis qu'on retrouve le bacille de Koch dans les parties affectées de tuberculose, on ne retrouve que le bacille de Friedländer dans toutes les parties envahies par les exsudats membraniformes. Suit, à ce sujet, une discussion pleine d'intérêt sur le bacille de la pneumonie. Enfin, l'auteur démontre également que l'hémoptysie ultime était bien due à l'alvéolite fibrineuse, et non pas aux lésions tuberculeuses, toutes choses qui rendent particulièrement intéressante l'histoire non encore décrite de cette *broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique.*

A propos d'un cas d'aortite, M. Jaccoud fait ressortir l'*autonomie* de la lésion de l'aorte. Le chapitre concernant le cancer de l'estomac et du pancréas présente au point de vue *séméiologique* un réel intérêt.

Dans les leçons où il est question de la sclérose en plaques consécutive aux maladies aiguës, sujet nouveau et diversement interprété, M. Jaccoud arrive à la conclusion suivante, basée sur un examen minutieux des faits: les maladies infectieuses, surtout la fièvre typhoïde, la variole et la pneumonie, peuvent produire secondairement l'*ensemble symptomatique* plus ou moins complet de la sclérose en plaques. Ainsi formulée, cette conclusion substitue la notion des symptômes à la notion anatomo-pathologique, qui admettait que les maladies infectieuses peuvent produire secondairement la sclérose en plaques. « De par les faits, dit l'auteur, nous sommes autorisé à dire que l'on peut observer à la suite des maladies infectieuses des symptômes semblables à ceux de la sclérose en plaques, mais nous ne sommes point autorisé à affirmer qu'il s'agit d'une sclérose. »

A méditer, au point de vue du *pronostic*, le très intéressant chapitre consacré à un cas de rhumatisme déformant, survenu à la suite d'une attaque de rhumatisme de la plus franche acuité.

Le cas d'infection sarcomateuse qui a fait le sujet de la vingt-septième leçon, montre à quel point l'anémie globulaire peut être associée à la généralisation du sarcome. Cette anémie globulaire atteint parfois un tel degré, que certains auteurs allemands ont prétendu que le sarcome est la cause la plus habituelle de l'état morbide qu'on décrit sous la dénomination d'anémie pernicieuse progressive.

Le traitement de la maladie de Bright est étudié par l'auteur dans ses moindres détails. Le régime lacté tient la première place, mais il faut l'administrer suivant certains préceptes: « Le lait doit être donné non bouilli, sans addition d'aucune sorte, ni sucre, ni sel, il est pris froid, sans réfrigération artificielle. Le mode de *répartition* du lait a encore une très grande influence: peu et souvent, voilà le principe. » L'auteur recommande de maintenir avec toute la continuité possible la sécrétion urinaire sous l'influence du lait; quand on le peut, le lait doit être également pris pendant la nuit, car telle urine qui présente les meilleurs caractères quand on l'examine à la fin de la journée, alors « qu'elle est lactée », perd une partie de ces caractères si on l'examine le matin, après une nuit où le malade n'a pas pris de lait.

Le chapitre qui est consacré à la pluralité des albumines urinaires mérite une mention spéciale, la question de l'albuminurie étant, on le sait, un des sujets de prédilection de M. Jaccoud. Etant donnée une urine albumineuse, il est essentiel de savoir si l'on a affaire à une fausse albuminurie, constituée par une simple *globulinurie*, ou à une vraie albuminurie, constituée par la *sérinurie*. Nous ne pouvons, dans une simple analyse, suivre l'auteur dans tous les détails de cette étude.

La trente-sixième leçon mérite de nous arrêter à tous les égards. Elle est vraiment un modèle d'observation fine et délicate, et son intérêt clinique est doublé d'un intérêt thérapeutique. Il s'agit d'un cas de fièvre intermittente tierce solitaire. M. Jaccoud met en relief le fait suivant, qu'il avait fait connaître, il y a longtemps, dans sa *clinique de la Charité*. Dans un accès de fièvre palustre, le premier phénomène de l'accès n'est ni le frisson, ni l'élévation de température, « c'est l'accroissement des combustions organiques, révélée par une augmentation du chiffre de l'urée ». A mesure que, sous l'influence de l'accès, les combustions organiques augmentent, on observe parallèlement une augmentation du chiffre de l'urée dans l'urine, et une ascension thermométrique; le thermomètre monte graduellement, d'abord par fractions de un ou deux dixièmes de degré par vingt minutes, puis plus rapidement, et c'est habituellement quand le thermomètre est entre 39 et 40 degrés, que le frisson éclate. L'accroissement des combustions et l'élévation de la température (début réel) devancent de plusieurs heures le frisson (début apparent), ainsi qu'on le voit très nettement dans les courbes qui sont annexées à cette observation. La conséquence pratique à tirer de ce fait, c'est qu'il faut donner la quinine, non pas six heures avant le début apparent de l'accès, mais six heures avant le début réel. « Or dans la fièvre tierce, ce début réel précède de quatre à six heures le début apparent. Dans la fièvre quarte, l'anticipation est encore plus longue, elle est au moins de huit à douze heures. Dans la quotidienne, l'écart est moindre, il est en moyenne de deux heures. »

On le voit par l'analyse succincte de cet ouvrage, chaque leçon a un but nettement déterminé, et dans chacune de ces leçons, le fait dominant, qu'il s'agisse d'un fait anatomo-pathologique, clinique ou thérapeutique, est toujours mis en relief par une exposition claire et méthodique qu'on retrouve toujours dans l'enseignement de M. Jaccoud.

DIEULAFOY.

VARIÉTÉS

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a discuté une instruction préparée par M. le docteur A. Ollivier, au nom d'une Commission, composée de MM. Ulysse Trélat, Proust, Dujardin-Beaumetz, Goubaux, Léon Colin, Jungfleisch et A. Ollivier, chargée de rechercher ce qu'il y aurait lieu de tenter pour arrêter le développement de la tuberculose pulmonaire.

L'instruction a été adoptée dans les termes ci-après:

L'agent le plus actif de transmission de la tuberculose réside dans les crachats.

Ceux-ci ne doivent donc être projetés ni sur le sol, ni sur les linges, où ils se transforment en poussières dangereuses.

En conséquence, il faudra recommander aux malades de cracher dans des vases contenant de la sciure de bois.

Ces vases seront vidés au moins une fois par jour et lavés à l'eau bouillante.

Leur contenu sera jeté au feu et brûlé.

Dans les grandes agglomérations (écoles, ateliers, casernes, hôpitaux), on devra veiller à l'application de ces mesures.

En cas de location d'une chambre garnie longtemps habitée par un phthisique, et surtout en cas de décès, il sera nécessaire de désinfecter au soufre la chambre et la literie, comme il a été indiqué dans les précédentes instructions.

Les vêtements des phthisiques ne seront utilisés par d'autres personnes qu'après avoir été lessivés ou passés dans une étuve à vapeur.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LA GUÉRISON EXPÉRIMENTALE DE LA TUBERCULOSE.

Erratum. — Dans notre dernier numéro une erreur de composition a rendu inexact le total général des sommes recueillies jusqu'à ce jour. *Au lieu de:*

	Total	2927 fr. »
	Listes précédentes..	2338 55
	TOTAL GÉNÉRAL..	5265 fr. 55
il faut lire :	Total	2927 fr. »
	Listes précédentes..	9451 fr. 55
	TOTAL GÉNÉRAL..	12378 fr. 55

Dans la même liste, *au lieu de* docteur Clison, à Baccarat, *lire:* docteur Alison, de Baccarat, et *au lieu de :* Mme Pruais, à Dinan, *lire :* Mme Gruais, à Dinan.

On remarquera, dans notre liste d'aujourd'hui, que plusieurs Sociétés de médecine ont bien voulu prendre part à cette souscription. C'est dans sa séance du 3 mars dernier que la Société de médecine d'Angers, sur la proposition de son président M. le docteur Bahuaud, a voté une somme de 300 francs, heureuse « d'être une des premières à concourir à la réalisation de l'œuvre scientifique et humanitaire due à l'initiative de M. Verneuil ».

Sixième liste.

M.	A. Ruffer (de Londres)	500 fr. »
Mme	O. Vésignié	300
	La Société de médecine d'Angers	300
	La Société médicale de l'Aube	100
Mmes	la baronne de Hirsch de Gereuth	100
	Corbrion	100
MM.	le docteur Azam (de Bordeaux)	100
	Simon Haas	100
	les élèves de la pension Springer	64
	le docteur Legroux, médecin des hôpitaux	50
	Picard	50
	de Veyran	50
	La Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle	30
MM.	le docteur Dantin, médecin-major à Gafsa; Ziegle, H. Ruffer, le docteur Gimbert (de Cannes); Kaindler, G. Pélissié, le docteur Legros, le docteur Peronne (de Sedan), et C. Destouches, Mmes Buloz, Boituzet, Lemeril, Miot et Champagnac, chacun 20 francs	280
MM.	le docteur Rocher (d'Orléans); le docteur Calmettes, médecin-major à Belle-Isle-en-Mer; le docteur Cliquet, médecin-major à Gafsa; le docteur Pichez (de La Rochelle), chacun 10 francs	50
Mme	A. Greffier et M. Edouard Lecler, chacun 5 francs	10
Mme	Bartel	3
	Total	2177 fr. »
	Listes précédentes..	12378 fr. 55
	TOTAL GÉNÉRAL..	14555 fr. 55

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Cruveilhier, Terrier, Nicaise, Delens, Berger et Guéniot, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice jusqu'à la fin du concours d'agrégation de médecine (section de chirurgie et accouchements).

NÉCROLOGIE : A. COURTY. — Le jeudi 4 mars ont eu lieu à Montpellier les obsèques de M. Amédée Courty, professeur honoraire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine. Le deuil était conduit par M. Marcorelles, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, et M. Nodet, architecte à Paris, gendres de M. Courty. A l'hôpital Saint-Eloy, M. le docteur Tédenat, professeur de clinique chirurgicale, a rappelé les titres scientifiques de son prédécesseur, c'est-à-dire : sa thèse inaugurale : *De l'œuf et de son développement dans l'espèce humaine*, inspirée par Coste; ses travaux sur la *méthode anesthésique;* ses mémoires sur les *substitutions organiques*, sur les *tendances de la chirurgie;* son *Traité des maladies de l'utérus*, qui fut couronné par l'Institut; enfin ses articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. M. Courty avait su obtenir à Montpellier une grande situation de clientèle, que justifiait son talent comme chirurgien et surtout comme gynécologiste.

— BOCHEFONTAINE. — Nous apprenons la mort presque subite de M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, physiologiste distingué, collaborateur de MM. Vulpian et Germain Sée, et auteur d'un grand nombre de mémoires communiqués pour la plupart à la Société de biologie.

— PRETENDERIS TYPALDOS. — Divers journaux annoncent la perte que vient de faire le corps médical d'Athènes. M. Pretenderis Typaldos était premier médecin du roi de Grèce et professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes. Il avait été interne des hôpitaux de Paris. Ses mémoires principaux sur la méningite cérébro-spinale et le typhus exanthématique ont été analysés dans la *Gazette hebdomadaire*.

MORTALITÉ A PARIS (8e semaine, du 21 au 27 février 1886). — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 9. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 50. — Choléra, 0. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 39. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 36. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 67. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 165. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 14; au sein et mixte, 25; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; de l'appareil circulatoire, 86; de l'appareil respiratoire, 135; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 19. — Total : 1246.

MORTALITÉ A PARIS (9e semaine, du 28 février au 6 mars 1886). — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 9. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 58. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45. — Phthisie pulmonaire, 252. — Autres tuberculoses, 32. — Autres affections générales, 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 64. — Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 176. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 33; au sein et mixte, 26; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; de l'appareil circulatoire, 96; de l'appareil respiratoire, 111; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 20. — Total : 1320.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les nouvelles médications, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. in-8 de 200 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 6 fr.

De l'ankylostome duodénal, ankylostomasie et anémie des mineurs, par M. le docteur F. Trossat. 1 vol. grand in-8 de 100 pages avec 2 planches gravées sur cuivre hors texte. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Notes et observations sur l'épidémie cholérique à Toulon en 1884, par M. le docteur F. Gendron. In-8. Paris, Alex. Coccoz. 1 fr. 50

Hygiène pratique du vêtement. Choix du vêtement pour éviter les maladies, par M. le docteur H. Dibot. In-8. Paris, Alex. Coccoz. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5153. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine.

Plus elle s'allonge, et plus la discussion académique s'éloigne du point de vue spécial auquel s'était placé M. Armand Gautier pour aborder et essayer de résoudre l'un des problèmes les plus ardus de la pathologie générale. On semble oublier, en effet, qu'il s'agissait au début de rechercher, en s'appuyant sur les données fournies par l'analyse chimique des tissus et par les observations cliniques, si les phénomènes, autrefois désignés sous le nom de putridité morbide, plus récemment appelés accidents septicémiques, étaient dus à des agents venus du dehors ou bien à des produits toxiques sécrétés dans l'organisme lui-même. Bientôt élargie, la question posée par M. A. Gautier s'est peu à peu déplacée et l'on ne s'est plus préoccupé de rechercher si les ptomaïnes et les leucomaïnes n'étaient que les produits de la sécrétion de certains microbes ; on s'est surtout appliqué à défendre ou à combattre la doctrine microbienne envisagée à un point de vue tout à fait général. Les membres de l'Académie hostiles à cette doctrine ont cité un certain nombre de faits d'où ils ont prétendu conclure que l'introduction dans l'organisme d'un parasite venu du dehors n'était point nécessaire à l'interprétation des symptômes observés dans la plupart des maladies infectieuses. Les uns ont invoqué la spontanéité morbide et affirmé la génération ou l'évolution spontanées des éléments parasitaires dont l'examen histologique des tissus affirme la présence ; les autres se sont bornés à nier la spécificité des microbes observés dans la plupart des affections septicohémiques. Mardi dernier, M. L. Le Fort a bien caractérisé ces objections en faisant remarquer que les plus belles et les plus récentes découvertes étaient dues à l'application d'une méthode scientifique, qui avait emprunté ses moyens d'action moins au microscope qu'à l'expérimentation physiologique. Mais s'il est parfaitement vrai que le microbe de la rage n'ait été encore ni isolé, ni cultivé, peut-on nier que la découverte de M. Pasteur ne soit la conséquence et comme la consécration de ses études antérieures ? Et n'est-ce pas le cas de répéter ici que cette fois encore l'hypothèse a précédé et guidé l'expérimentation ? En cherchant sur quels organes, dans quels tissus se fixait l'élément virulent ; en appliquant à la rage la méthode de l'atténuation des virus que lui avait fait connaître l'étude d'un microbe précédemment isolé et cultivé, M. Pasteur a montré qu'il n'était point besoin de s'attarder à des recherches d'histologie ou de morphologie, lorsqu'on avait le désir d'arriver vite à un but scientifique précisé à l'avance. On ne saurait lui en vouloir.

De leur côté, les partisans de la doctrine microbienne ont essayé de réfuter les arguments qui lui étaient opposés, en montrant que les caractères étiologiques, anatomo-pathologiques et cliniques des maladies infectieuses s'accordaient bien plutôt encore avec l'idée qui consiste à admettre l'introduction dans l'organisme d'un élément parasitaire qu'avec celle qui croit à une évolution morbide réactionnelle exclusivement due à l'action de causes banales. Tout en tenant compte de la nature du terrain sur lequel peuvent se multiplier les agents morbides venus du dehors, tout en reconnaissant que les conditions atmosphériques ou ce qu'on est convenu d'appeler les causes de débilitation organique, sont indispensables pour permettre l'évolution de la maladie, ils persistent à soutenir que celle-ci, lorsqu'elle rentre dans le cadre des maladies infectieuses, est le plus souvent d'origine parasitaire. C'est cette démonstration qu'avait faite avec beaucoup de précision M. Cornil et que, dans la dernière séance, un mémoire très étudié lu par M. Villemin a rendu plus évidente encore. Il appartenait au savant qui, il y a vingt ans, étonnait l'Académie de médecine en soutenant l'inoculabilité de la tuberculose, de venir affirmer la valeur d'une doctrine qui n'a été édifiée qu'après ses premières recherches. En 1865, on disait aussi que la découverte de M. Villemin avait été tout empirique et l'on hésitait à admettre qu'il eût été, comme il le disait, rallié à la doctrine de la virulence de la tuberculose par l'étude pathologique de ses manifestations. M. Villemin a su montrer que l'expérimentation ne réussit que lorsqu'elle est guidée et soutenue par une conviction qui s'appuie sur des observations bien prises et longuement méditées. Ses arguments en faveur de la doctrine microbienne paraissent aujourd'hui au moins aussi convain-

cants que ceux qu'il faisait valoir pour démontrer la nature virulente — on n'osait dire alors parasitaire — de la tuberculose. Tout paraît donc dit à ce sujet et nous doutons qu'en l'état actuel de nos connaissances on puisse faire valoir encore de nouvelles raisons théoriques. C'est en apportant de nouveaux faits que l'on arrivera à convaincre ceux qui doutent encore.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La maladie kystique des mamelles.

La *Gazette hebdomadaire* tient, en général, à honneur de mettre ses lecteurs au courant des questions d'actualité. Aujourd'hui cependant elle se trouve en retard : il y a plus de deux ans que la maladie kystique de la mamelle a pris une place nettement définie dans le cadre nosologique. Mais elle doit son individualisation clinique à M. Reclus, qui, rédacteur chirurgical de la *Gazette*, n'a pas voulu produire ici lui-même une affection appelée « Maladie de Reclus » par M. Verneuil devant ses élèves, par MM. Poulet et Bousquet dans leur récent *Traité de pathologie externe*.

I

Même sans tenir compte des particularités histologiques que présentent ces kystes, l'aspect clinique qu'ils offrent est tout à fait spécial. Malgré cela, on ne trouve que peu de renseignements dans les auteurs qui ont écrit jusqu'ici sur les maladies du sein.

A. Cooper, qui fut un des premiers à distraire des cancers de la mamelle, les tumeurs bénignes, range parmi ces dernières la « maladie hydatique ». Il est certain que, dans sa description, il confond les kystes simples et les kystes développés dans des tumeurs solides. Quelques-unes de ses observations se rapportent bien à des kystes glandulaires; mais on ne peut dire qu'il a connu la variété dont nous nous occupons aujourd'hui, puisqu'il « n'a jamais vu les deux mamelles affectées en même temps ».

La confusion entre les kystes vrais et les tumeurs kystiques règne encore dans l'ouvrage de Velpeau, qui cependant nous montre certaines tumeurs « constituées par une collection de petits sacs ou de cellules, tantôt très rapprochées, comme groupées en forme de grappe, tantôt disséminées et sans limites précises ». En outre, une des observations de Velpeau nous intéresse réellement, puisque nous y voyons des formations kystiques multiples envahir les deux seins. Ce caractère, enfin, a été bien vu par Brodie : cet auteur pense encore que l'affection est le plus souvent unilatérale, mais il n'est pas rare de trouver les deux seins atteints de kystes dont l'examen clinique ne nous permet pas de déterminer le nombre exact. Il ne s'agit certainement pas de cavités creusées dans des tumeurs solides, car Brodie dit expressément que ces petits kystes, limités par une mince membrane, envahissent « sans règle aucune la totalité du tissu glandulaire, les parties intermédiaires de la mamelle se présentant dans un état parfaitement sain et normal ». Mais cette description se rapporte-t-elle bien à la « Maladie de Reclus »? Il est permis d'en douter, vu les ulcérations « intraitables » et bourgeonnantes qui, d'après Brodie, surviennent dans la seconde période de la maladie.

La multiplicité est encore indiquée par Paget, mais cet auteur ne signale pas la bilatéralité. En somme, aucun des chirurgiens précédents n'a tracé un tableau clinique satisfaisant de l'affection que nous étudions. De plus, l'anatomie pathologique n'est pas établie par eux avec une rigueur suffisante.

Il semblait que les recherches micrographiques dussent la faire arriver en peu de temps à toute la précision désirable. Ces espérances ne se réalisèrent cependant pas dans leur intégrité. Sans doute, des faits nombreux et importants furent progressivement connus, grâce aux travaux de Lebert et de l'école dite française d'abord, puis de l'école allemande. Mais bien des désaccords divisaient encore la clinique et l'histologie.

En 1875, M. Malassez inaugura une série de travaux spécialement intéressants au point de vue qui nous occupe. Pour lui, les confusions tiennent surtout à ce que le clinicien et l'histologiste empruntent mutuellement des termes à leurs vocabulaires respectifs, pour les attribuer à des faits auxquels ils ne s'appliquent qu'imparfaitement. Aussi faut-il que chacun, employant les mots qui ont pour lui un sens déterminé, observe en restant dans ses attributions propres; on pourra ensuite comparer les deux études ainsi conduites parallèlement et en tirer des conclusions légitimes. C'est en s'appuyant sur ces principes que M. Malassez examina l'*épithélioma mucoïde* du testicule et fit un tout anatomique et clinique de la *maladie kystique du testicule*. Ensuite, avec de Sinéty, il montra que le même processus préside à la formation des kystes de l'ovaire.

Pour la mamelle, il inspira, en 1877, la thèse de Deffaux sur les tumeurs du sein d'origine épithéliale. A cette époque le parallèle clinique et anatomo-pathologique laisse encore à désirer pour les épithéliomas bénins, typiques ou atypiques, qui ne franchissent pas la paroi glandulaire. Mais, en 1883, MM. Reclus et Brissaud ont repris cette étude avec succès pour une tumeur spéciale de la glande mammaire. De leurs recherches simultanées est sorti un tout : *La maladie kystique de la mamelle*. Ce nom, un peu vague peut-être, prête à certaines critiques, mais il a pour lui un précédent : la maladie kystique du testicule.

II

La maladie kystique de la mamelle, nous dit en effet Brissaud, est un épithélioma, mais un épithélioma qui affecte une marche et une forme spéciales.

On constate d'abord qu'il n'y a pas trace de tumeur là où, par l'examen clinique, on avait supposé qu'il en existait une. Il y a seulement des kystes, entre lesquels le tissu mammaire paraît normal. L'agglomération kystique prédomine dans certains départements, d'où l'aspect de tumeur; mais en réalité il y a des kystes partout. En général, autour de la masse centrale rayonnent des kystes de plus en plus petits, abondants surtout à la périphérie de la glande, mais il peut n'y avoir que de petits kystes, criblant la glande à la manière de grains de plomb.

Les grands kystes ont des parois minces. Leur face interne, lisse, présente quelquefois des dépressions digitales qui font croire que chaque cavité provient de la distension d'un petit système acineux. Cela était particulièrement net sur une pièce que nous avons présentée récemment à la Société anatomique, en collaboration avec notre ami Besançon.

Le contenu est presque toujours un liquide un peu visqueux, brunâtre, trouble, et chargé de petits globules hui-

leux. Dans quelques kystes se trouve une « sorte de bouillie athéromateuse qui tient en suspension un sable crayeux ». Cette substance existe dans la plupart des petites cavités d'où la pression fait alors sortir une matière comparée à du vermicelle cuit. Mais cela peut faire défaut : ainsi dans l'observation à laquelle nous venons de faire allusion.

Le tissu mammaire est fort important à étudier histologiquement, surtout dans les parties en apparence saines. Déjà à l'œil nu, on constate que, suivant les points, la surface de section présente ici l'aspect blanc d'une glande qui n'a jamais sécrété; là, les globules gris rosé d'une glande active; là enfin, l'apparence fibro-graisseuse et les grains durs disséminés de la glande tarie. L'analogie persiste encore à un faible grossissement, et l'anomalie semble consister « uniquement dans la réunion ou la coexistence sur une seule et même mamelle, de caractères qu'on n'observe point ensemble dans l'un ou l'autre des états physiologiques de la glande ».

Mais un grossissement plus considérable montre immédiatement qu'il y a une inégalité frappante entre les divers lobules, et même entre les divers acini d'un lobule. On suit le travail pathologique en étudiant d'abord les régions à peu près saines, pour se porter ensuite vers la région des kystes. On voit alors comment l'épithélium subit peu à peu une désintégration granulo-graisseuse et perd sa forme cubique. Dans les petits kystes, la paroi propre, très mince, est tapissée d'une couche de cellules cubiques très régulières; mais la cavité est remplie de cellules *métatypiques* (Malassez), irrégulières, polyédriques, anguleuses.

Progressivement, les acini d'un lobule se distendent; de là des kystes de grandes dimensions, dans lesquels la masse cellulaire est délayée par un liquide qui semble bien dû à la sécrétion de la paroi (Brissaud).

Cette paroi s'épaissit, et elle se revêt de cellules où coexistent « toutes les formes d'épithélium que Malassez a décrites dans les épithéliomas kystiques », sauf cependant l'épithélium vibratile, que Brissaud n'a jamais pu rencontrer.

Quelques altérations de même nature existent dans les conduits galactophores. Quant au stroma conjonctif, il semble sain. Ordinairement, il est simplement sclérosé autour des acini. Il y a cependant quelques points où il est infiltré de cellules analogues aux cellules métatypiques des culs-de-sac voisins. Mais « la différenciation des éléments en question est trop peu prononcée pour qu'on puisse rien affirmer relativement à l'infiltration lymphatique ». Et d'ailleurs ces îlots cellulaires périacineux n'existaient pas dans la pièce que Besançon a soumise à l'examen histologique. Les ganglions enfin ont toujours été trouvés par Brissaud « rigoureusement » sains.

Telle est la tumeur à laquelle Brissaud donne le nom histologique d'*épithélioma kystique intra-acineux*. Est-ce une *tumeur* à proprement parler que cette altération diffuse portant sur tous les éléments glandulaires des deux seins? En tout cas, cela diffère absolument des épithéliomas ordinaires qui, nés en un point, envahissent de proche en proche et par continuité de tissu. Cela diffère beaucoup de l'*épithélioma intra-canaliculaire* de Coyne, qui s'en rapproche histologiquement sous certains rapports, mais est localisé, et secondaire à un autre néoplasme.

Klotz, cependant, était déjà arrivé à des résultats histologiques à peu près semblables à ceux de Brissaud sur deux « maladies kystiques » observées dans le service de Billroth. Mais, s'il décrit bien les altérations épithéliales, il donne comme pathogénie une anomalie de la sécrétion lactée. En outre, ses descriptions cliniques sont insuffisantes. Or nous allons voir qu'à ce processus anatomique bien spécial correspond une physionomie clinique non moins remarquable.

III

Lorsque M. Reclus publia ses premières observations, au nombre de cinq, on fut d'abord porté à croire qu'il s'agissait de faits relativement rares. Il n'en est rien, toutefois. En effet, les cas se sont rapidement multipliés depuis que l'attention a été attirée sur eux. Quelques semaines après le mémoire de Reclus, Brissé Saint-Macary avait rassemblé sept observations inédites dues à Poncet (de Lyon), Maunoury, Cluzeau, Monod, Leprévost. Nous-même, pendant le dernier trimestre de l'année 1885, nous avons vu dans le service de M. Verneuil, dont nous avions l'honneur d'être l'interne, deux malades de ce genre, et nous avons assisté, en ville, à une ablation de sein qu'il a pratiquée pour une tumeur de cette nature (c'est cette dernière qui a été présentée par Besançon et nous à la Société anatomique). Nous sommes donc en présence d'une affection fréquente, mais pendant longtemps méconnue.

Les causes en sont obscures. Tous les faits rapportés jusqu'à ce jour concernent des femmes. Au premier abord, elles semblent à peu près toutes âgées de quarante à cinquante ans. Mais, comme nous le verrons, le début est bien difficile à préciser et une analyse exacte montre qu'il a eu lieu au plus vers trente ans chez les malades de Monod, de Poncet, à vingt ans dans un cas de Maunoury. Une de nos patientes, actuellement encore dans le service de M. Verneuil, n'est âgée que de vingt ans.

Ces femmes semblent être souvent rhumatisantes, présentent des craquements articulaires, des varices (obs. III de Reclus), des lésions cardiaques (obs. I de Reclus). Fait remarquable, il n'est pas rare de trouver des cancéreux parmi leurs ascendants et cette hérédité a longtemps tourmenté Broca et Reclus pour la première malade du mémoire de ce dernier; elle existait encore chez deux autres (obs. IV, Reclus, Besançon et A. Broca).

Les grossesses et les allaitements antérieurs ne paraissent pas avoir une influence bien considérable. Cependant Poncet a vu une femme qui, dix-huit ans auparavant, avait dû, à cause d'abcès au sein droit, nourrir exclusivement avec le sein gauche, qui fut, et de beaucoup, le premier malade.

Souvent enfin on invoque un traumatisme : notre jeune fille de vingt ans raconte qu'elle a eu les seins meurtris il y a quelques mois et que la tumeur s'est développée depuis. Mais le choc a eu une action douteuse chez une des malades de Reclus, puisque, peu de temps après, sans cause connue, la seconde mamelle se prenait à son tour. Il est vrai que dans un cas de Maunoury, trente ans environ ont séparé les envahissements successifs des deux seins, et chaque fois cela semble avoir eu un coup pour origine.

Le début est ordinairement insidieux; il se fait sournoisement. Poncet a bien rencontré un cas où des douleurs ont existé dans le sein pendant une dizaine d'années sans qu'aucune tuméfaction fût reconnue. Mais, en général, nul trouble fonctionnel n'attire l'attention, et c'est souvent par hasard que les malades se découvrent à la mamelle une grosseur qui peut, à un moment donné, les inquiéter par un accroissement un peu plus rapide. Si l'on veut se rendre

compte de la fréquence avec laquelle l'affection s'installe sans qu'on s'en doute, il faut, lorsque la malade vient consulter pour un sein, examiner l'autre; on y trouvera à peu près toujours une grosseur, souvent inaperçue jusque-là.

C'est qu'en effet un des caractères fondamentaux de la maladie kystique de la mamelle est d'être bilatérale, et cela est d'autant plus important que, jusqu'à nouvel ordre, c'est la seule tumeur mammaire où il en soit ainsi, autrement qu'à titre d'exception. C'est pour cela que, quoique les descriptions soient peu précises, on est autorisé à reconnaître la maladie kystique dans certaines observations où Velpeau, Brodie, Holmes, Birkett, notent l'envahissement des deux seins. Généralement, la bilatéralité est franchement accentuée dès le premier examen, mais cela n'est pas constant. Ainsi, aucun symptôme clinique ne la fait constater dans une de nos observations (*Soc. An.*); de même encore dans un fait de Pozzi rapporté par Reclus. Mais il faut toujours réserver l'avenir : les observations sont nombreuses où l'on voit le second sein atteint seulement au bout de deux ou trois ans. Et que dire lorsqu'on rencontre, avec Poncet, une femme qui a été amputée d'une mamelle, vingt-trois ans auparavant, lorsque Maunoury nous rapporte un fait où l'intervalle semble avoir été d'une trentaine d'années ?

La tumeur ne paraît pas avoir, au début, de prédilection marquée pour certaines régions de la glande, comme cela a été dit pour la plupart des néoplasmes bénins de la mamelle. Le volume est des plus variables; il est généralement assez restreint, ne dépasse guère celui d'un œuf de poule. Mais Maunoury l'a vu arriver à celui d'une tête d'enfant. Le sein est ordinairement déformé, avec une saillie au point où sont les grands kystes. Mais, au dire de Leprévost, il peut présenter une sorte d'hypertrophie qui respecte à peu près sa forme.

Quelles que soient les dimensions de la tumeur, même dans le cas de Maunoury, que nous venons de citer, elle reste mobile sur les plans profonds et sur la peau. Il y a seulement une réserve à faire pour la peau, qui, nous le verrons dans un instant, peut être distendue, amincie, adhérer alors un peu et se rompre enfin (Maunoury). Mais cela est très tardif. Dans le cas de Maunoury il a fallu vingt-cinq ans pour qu'il en fût ainsi. Les veines cutanées peuvent former sur le sein malade quelques sinuosités bleuâtres (Leprévost).

La masse morbide est ordinairement assez difficile à délimiter du tissu mammaire ambiant, et cela se comprend d'ailleurs bien, puisque en réalité la glande entière est malade. Elle est cependant susceptible de présenter une mobilité remarquable, que Monod a pu comparer à celle des corps étrangers articulaires, des « souris articulaires » comme disent les Allemands; à cette différence près, ajoute Monod, que la tumeur n'échappe jamais à la vue ni au toucher.

La palpation donne des renseignements du plus grand intérêt. Elle montre que la masse principale, irrégulièrement arrondie, plus ou moins bosselée, est la plupart du temps dure, résistante, mais sans fluctuation appréciable. Ce n'est que tard que la fluctuation se manifeste, quand les cavités sont devenues très spacieuses. Jusque-là la consistance reste d'une dureté presque ligneuse; elle est bien, souvent, un peu élastique; mais malgré cela la sensation donnée est celle d'une tumeur solide. Aussi bien n'est-ce pas là une exception propre à la maladie kystique, car cette illusion du toucher est signalée depuis fort longtemps pour tous les kystes du sein.

Ce qui devient spécial, c'est l'existence, dans toute la glande atteinte et surtout à sa périphérie, de petites indurations arrondies, ici grosses comme des pois, là, plus rarement, comme de petites noisettes; donnant la sensation exagérée des lobes et lobules de la mamelle en lactation; ailleurs enfin criblant la mamelle à la manière de grains de plomb. Ce signe peut faire défaut et, par exemple, dans un des seins de sa malade, Cluzeau ne l'a pas constaté, bien qu'il l'ait recherché; mais il existait de l'autre côté. Malgré cette exception, ce symptôme a une valeur diagnostique à peu près absolue.

Nous ne dirons rien de la rétraction du mamelon : Reclus l'a observée une fois, mais la malade lui a alors raconté qu'il en avait toujours été ainsi. Quant aux écoulements par le mamelon, dans un des cas de Maunoury, le début a été marqué par l'issue de sang, mais cela coïncidait avec un traumatisme.

Les symptômes fonctionnels qui vont de pair avec les signes physiques sont loin d'avoir la même importance. Les phénomènes douloureux ne sont toutefois pas rares. Ils peuvent faire absolument défaut pendant toute l'évolution de la maladie : ainsi chez deux malades suivies par Maunoury, par Monod. Mais dans la plupart des cas, ils existent et sont même capables d'acquérir une intensité sérieuse. Les souffrances sont souvent spontanées, se manifestant soit sous forme de douleurs vagues, soit, plus fréquemment, sous formes d'élancements rapides. Généralement localisées au sein, elles sont susceptibles de s'irradier dans le côté, dans l'aisselle et dans le bras correspondants. Parfois elles subissent une exacerbation pendant les périodes menstruelles (Poncet), époque à laquelle le volume augmente quelquefois (Monod).

Ces douleurs se bornent dans certains cas à quelques accès rares et passagers. Mais ailleurs, elles deviennent à peu près continuelles, exaspérées par les mouvements du bras correspondant; par le ballottement du sein insuffisamment soutenu; par les pressions et même par les plus légers frottements. Cela, joint au volume, est la source d'une gêne fonctionnelle réelle, qui conduit les malades à réclamer une intervention chirurgicale.

Ce n'est pas, en effet, la marche envahissante du néoplasme qui leur cause des inquiétudes. Ordinairement, elle s'effectue pendant longtemps avec lenteur et Maunoury a vu une femme à laquelle, trente-trois ans auparavant, Roux avait voulu enlever une tumeur bénigne du sein. Cette malade est un type de l'évolution constamment calme, progressive, indolente et, sans provoquer d'accidents, la grosseur atteignit les dimensions d'une tête d'enfant. Elle nous offre encore un phénomène qui, jusqu'à présent, n'a pas été constaté par d'autres observateurs : la rupture spontanée des kystes, qui s'est effectuée à deux reprises différentes. Mais, si la peau amincie et distendue s'est ainsi perforée, elle n'a nullement été envahie et n'a présenté aucune tendance à l'ulcération. Cette intégrité du tégument externe est encore une règle absolue.

Ailleurs, la marche sera moins régulière. Sans cause connue, après être restée stationnaire pendant un nombre d'années variable, la tumeur s'accroît rapidement et devient douloureuse. Elle semblerait alors tendre à devenir maligne, mais l'état général de la malade reste toujours excellent, et surtout les ganglions axillaires restent indemnes. Sans doute dans plusieurs observations, on les a vus un peu gros, mais alors souvent douloureux, toujours mobiles, petits, roulant

bien sous le doigt. Ces caractères sont ceux des ganglions purement inflammatoires, et nous rappellerons que jamais Brissaud n'y a trouvé la moindre dégénérescence épithéliale. Si bien même que, dans un cas, Poncet a jugé inutile d'enlever avec la mamelle un petit ganglion axillaire, dont l'induration ne tarda pas à disparaître après l'ablation du sein.

IV

Malgré la netteté des phénomènes que nous venons de passer en revue, le diagnostic de la maladie kystique n'était nullement fixé avant le travail de Reclus. Il suffit, pour s'en rendre compte, de lire les observations publiées dans ce mémoire et dans la thèse de Brissé Saint-Macary. Dans les deux premiers faits observés par Reclus, Broca, Verneuil, Terrier, avaient cru à un cancer; Maunoury, sur sa première malade, affirma le squirrhe sans hésiter et fit l'ablation; puis, quand le second sein fut envahi, il aurait posé le même diagnostic s'il n'avait eu l'expérience acquise par la première opération. Une autre fois, M. Verneuil disait adénome du sein, et encore faisait-il des réserves à cause de la marche rapide du néoplasme. Poncet, dans ses deux observations, avait cru enlever un fibro-adénome kystique. Deux fois, enfin, on pensait les malades atteintes de mammite chronique double.

Est-ce à dire que nous allons détailler les symptômes qui permettent de différencier la maladie kystique de toutes les affections du sein, que nous venons d'énumérer? Aucunement, car tout se ramènerait constamment aux deux mêmes symptômes: la bilatéralité d'une part; de l'autre, la multiplicité, et surtout les nombreux petits grains qui criblent le sein, lui donnent la consistance d'une glande mammaire, injectée au suif. Aussi tous les chirurgiens, maintenant avertis, font-ils le diagnostic sans difficulté et ils ne s'étonnent plus de rencontrer une agglomération kystique là où, auparavant, ils croyaient trouver une tumeur solide.

Malgré la bénignité locale et générale de l'affection, malgré sa durée à peu près illimitée, lorsqu'on l'abandonne à elle-même, il est cependant plus prudent d'intervenir. Malassez, Deffaux, ont prouvé, en effet, que le cancer du sein est un épithélioma métatypique, qui a franchi la paroi propre des acini. Les examens histologiques de Brissaud l'ont conduit à émettre quelques craintes sur la possibilité d'une semblable évolution de la maladie kystique. Il est vrai que, depuis, Reclus a vu toutes les malades dont il a publié l'observation; toutes sont en parfaite santé et jouissent d'une survie, qui va de quatre ans à dix ans. Et même, une autre ne présente, depuis trois ans, aucun accident; or, lorsque M. Cornil avait examiné la pièce, il avait nettement constaté, nous dit M. Reclus, l'envahissement du tissu conjonctif périacineux et il avait posé le diagnostic anatomique de squirrhe.

L'injection iodée ne donne que des résultats insuffisants. Cela n'est pas étonnant, vu la multiplicité des cavités. Une observation de Velpeau montre qu'alors il y a récidive. La compression, elle aussi, échoue; elle a été employée sans succès chez une jeune femme, vue ensuite par Reclus; dans l'observation de Leprévost, M. Tillaux n'a pas tardé à y renoncer et M. Verneuil fera probablement de même pour une jeune malade de son service.

C'est donc à l'amputation du sein, ou plutôt des seins, que l'on doit avoir recours, malgré ce qu'a de pénible, pour une maladie bénigne, la perte des deux mamelles chez des femmes qui n'ont pas dépassé, pour la plupart, la période d'activité génitale. Et il faut enlever la glande dans sa totalité; cela n'est pas toujours facile, mais cela est indispensable; si l'on ne se conforme pas à cette règle, on a des récidives locales, qui nécessitent une seconde opération, comme cela a eu lieu chez la première malade de Reclus. Dans toutes les observations publiées jusqu'à présent, les deux seins ont été enlevés à des intervalles variables. Serait-on autorisé, lorsque la bilatéralité est franche, à les amputer tous deux dans la même séance? C'est une question qu'il ne nous appartient pas de trancher.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Un cas de septicémie foudroyante par auto-inoculation traumatique, par M. le professeur Gross, de Nancy.

(Fin. — Voyez le numéro 11.)

Réflexions. — L'observation précédente est un exemple de mort rapide par septicémie foudroyante chez un opéré. Dès les premières heures après l'intervention chirurgicale, l'opéré a éprouvé un grand malaise, une prostration profonde, une dépression morale considérable. Dans la soirée, il y a eu des vomissements, du frissonnement, de l'élévation de température; dans la nuit, de l'insomnie et de l'agitation; le lendemain, les accidents se sont précipités et au bout d'un peu plus de quarante-huit heures, l'opéré a succombé. Les lésions constatées à l'autopsie ont été une congestion intense des poumons, un épanchement d'un liquide séro-purulent dans la séreuse péricardique. Le sang était fluide, noir; son examen au point de vue bactériologique n'a pu être fait. La rate non augmentée de volume a été trouvée légèrement ramollie. On a noté, en outre, une stéatose viscérale prononcée; le foie, les reins, le cœur, ont présenté des signes évidents d'une dégénérescence graisseuse avancée.

Il est peut-être difficile de rattacher ce dernier ordre de lésions à un état dyscrasique qui, en somme, n'a duré que quarante-huit heures; celles-ci paraissent devoir être considérées plutôt comme des altérations qui ont préexisté à l'intoxication ultime. Notre homme a vécu dans des conditions hygiéniques satisfaisantes; rien ne nous autorise à admettre chez lui des habitudes alcooliques; l'absence de métastases ganglionnaires, éloignées du siège du mal, semble de prime abord en contradiction avec l'hypothèse d'une diathèse néoplasique avancée; mais en nous rappelant qu'à l'époque de la première opération en mai 1883, on a déjà dû extirper deux ganglions lymphatiques engorgés, il est difficile de ne pas attribuer les stéatoses du foie, des reins, du cœur, à une cachexie viscérale précoce et rapide. Les grands viscères se trouvant atteints de dégénérescence, ne fonctionnant plus normalement, force est d'admettre qu'il a existé chez notre malade une prédisposition aux accidents opératoires, notamment aux accidents infectieux, à la septicémie. Les beaux travaux de M. Verneuil (1), sur la gravité de l'intervention opératoire chez les cancéreux, sont trop connus pour qu'il faille entrer dans de longs détails sur ce point.

Le grand intérêt de notre observation réside dans l'étude des autres conditions étiologiques de la septicémie qui a enlevé notre opéré.

Il est démontré aujourd'hui que cet accident si grave des blessures accidentelles et opératoires dépend de l'inoculation d'un élément pathogène spécial, le microbe septique de Pasteur ou bacillus de Koch. Nous savons aussi que le chi-

(1) Verneuil, *États généraux et traumatisme*, in *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. 1, 1883, p. 139.

rurgien lui-même peut être la cause directe de cette inoculation. A l'heure actuelle, toute notre attention se porte sur les précautions à prendre pour empêcher cette inoculation pendant et après les opérations, en un mot, à faire la prophylaxie de la septicémie, et certes toute la peine que les chirurgiens prennent à observer les précautions antiseptiques prescrites par Lister, se trouve amplement compensée par les nombreux et brillants succès de la chirurgie actuelle. Dans le cas particulier, toutes ces précautions avaient été prises et nous ne pensons pas devoir nous accuser d'avoir contaminé la plaie opératoire par nos instruments, nos aides, nos objets de pansement ou par nos propres contacts. Nous ne pouvons pas admettre non plus que la plaie ait été infectée par les germes septiques atmosphériques pendant la courte durée de son exposition à l'air. Le spray, il est vrai, n'a pas été employé pendant l'opération; mais nous avons l'habitude de le faire fonctionner dans notre amphithéâtre pendant un certain temps avant nos interventions sanglantes. Ajoutons que les conditions d'installation de notre salle d'opération nous paraissent absolument satisfaisantes.

Quant au traumatisme opératoire, il a été léger. Aucun organe important n'a été lésé. L'extirpation des deux tumeurs ganglionnaires a été relativement facile; la plaie sous-maxillaire, parfaitement régulière, a été en partie fermée, il est vrai, par deux points de suture, mais soigneusement drainée; la plaie carotidienne, plus profonde, a été laissée largement ouverte. Dans l'une comme dans l'autre, les liquides exsudés des surfaces traumatiques avaient un écoulement facile. Il n'a existé aucune anfractuosité dans laquelle ces liquides auraient pu se collecter et servir de refuge aux micro-organismes générateurs de la septicémie. Enfin l'opération n'a pas été longue et les deux plaies ont été aussitôt recouvertes par un pansement antiseptique régulièrement appliqué.

Si la plaie opératoire n'a pas servi de porte d'entrée au poison septique, y a-t-il eu infection par les voies respiratoires? Des autorités chirurgicales incontestées acceptent ce mode d'intoxication; mais assurément, il doit être très rare. Dans le cas particulier, pareille condition étiologique mérite de fixer notre attention. Nous ne devons pas omettre de dire que quelques jours avant l'arrivée du malade, était entré à notre service un pauvre malheureux, apporté d'un village voisin, atteint de tumeur blanche suppurée du genou, avec ouvertures fistuleuses multiples, suppuration abondante et fétide, et se trouvant en pleine voie de septicémie. L'amputation de la cuisse, pratiquée *in extremis*, a été impuissante pour arrêter la marche fatale des accidents. Ceux-ci se précipitèrent après l'opération et la malade succomba aux progrès de l'intoxication générale. Si nos deux malades s'étaient trouvés réunis dans un local petit, insuffisant, mal aéré, l'infection de l'un à l'autre, par l'intermédiaire de l'air et de la muqueuse respiratoire, pourrait facilement se soutenir; mais pour quiconque connaît les conditions d'aération et de ventilation de nos belles salles de clinique, ce mode d'infection devient assurément très problématique. D'ailleurs le malade auquel nous avons extirpé les tumeurs adénopathiques cervicales, placé d'abord dans la même salle que celui à la tumeur blanche, a été éloigné de ce dernier avant l'opération et placé dans une autre salle. Aucun contact ni médiat, ni immédiat, n'a existé entre les deux. Enfin la situation générale du service s'est trouvée excellente à l'époque dont il est question. Nous nous croyons donc en droit de rejeter l'infection par la muqueuse respiratoire comme point de départ des accidents observés.

Une troisième hypothèse se présente. Y a-t-il une septicémie antérieure à l'opération et auto-infection? Les deux ganglions lymphatiques engorgés, dégénérés, qui ont été extirpés, se trouvaient en voie de fonte purulente. C'étaient des adénopathies suppurées. Il a donc préexisté chez notre malade deux foyers pathologiques de ramollissement et de suppuration. Dès lors, nous sommes en droit de songer à un état septicémique antérieur à notre intervention. Il est un certain nombre d'observations dans lesquelles un foyer purulent, sans communication avec l'extérieur, a été le point de départ d'un empoisonnement général de l'organisme. Une septicémie, à marche lente et insidieuse, nous expliquerait les dégénérescences viscérales constatées. Ses effets, ajoutés à ceux d'une cachexie cancéreuse commençante, rendraient plus facilement compte de l'état relativement avancé des stéatoses observées. L'hypothèse d'un empoisonnement septicémique ancien, préexistant, expliquerait encore la marche rapide des accidents après l'opération. Ainsi il serait permis de trouver une certaine analogie entre ce qui s'est passé chez notre opéré et les effets fréquemment observés à la suite des opérations exécutées chez les septicémiques. Tous les chirurgiens savent qu'une amputation pratiquée pour supprimer une source d'infection septicémique occasionnée par un grand traumatisme, par exemple, n'a souvent d'autre résultat que de hâter la marche fatale des accidents. Malgré ces considérations, il est difficile, ce nous semble, d'accepter, chez notre malade, l'hypothèse d'un état septicémique antérieur à l'opération. Notre homme ne s'est nullement senti souffrant avant son entrée à l'hôpital, il a travaillé jusqu'à la dernière heure, a même travaillé plus que d'habitude afin de terminer quelques travaux pressés et de trouver quelques jours de liberté pour se faire opérer; il est venu à pied depuis une localité assez éloignée jusqu'à Nancy, sans éprouver la moindre fatigue, ni le moindre malaise; il ne s'est trouvé aucunement indisposé durant les quelques jours passés à l'hôpital, attendant son tour d'être opéré. Tout semble donc indiquer qu'il n'a pas existé le moindre empoisonnement septicémique avant le moment de l'opération.

Un incident d'une grande importance est relevé dans le détail de l'opération pratiquée. Pendant que les deux tumeurs ganglionnaires ont été disséquées et énucléées, leurs coques se sont rompues et les liquides purulents contenus se sont successivement répandus sur chacune des plaies opératoires. S'il était prouvé que ces liquides eussent possédé des propriétés septiques, leur inoculation à la surface des plaies nous rendrait facilement compte de la rapidité et de la gravité des accidents généraux observés. Or la septicité de ces liquides nous paraît très vraisemblable et parfaitement admissible. Une série d'arguments peuvent être donnés en faveur de cette hypothèse.

Wunderlich, Schutzenberger, Lancereaux, Wagner (1), Humbert Mollière (2), ont cité des observations où des foyers purulents, profondément situés, occultes, ont déterminé des septicémies rapides, foudroyantes, qu'on a appelées spontanées, parce que la cause en est restée ignorée jusqu'au moment de l'autopsie. Nous nous rappelons avoir observé durant notre internat au service de Hirtz, une pyo-septicémie suraiguë enlever une jeune femme qui, quelques mois auparavant, avait souffert d'une amygdalite et où l'autopsie est venue révéler, comme point de départ des accidents, un petit foyer purulent, situé derrière le pilier antérieur du voile.

Nepveu (3) a fait savoir, à plusieurs reprises, que les collections sous-cutanées contenaient parfois de nombreuses bactéries.

Dans notre observation, il s'agit de foyers ganglionnaires, situés dans les régions sous-maxillaire et carotidienne supérieure, c'est-à-dire dans le voisinage de la cavité buccale. N'est-il pas permis de penser que ces foyers de ramollisse-

(1) Wagner, *De la septicémie occulte*. (*Deutsche Archiv. für Klinische medizin.*, t. XXVIII, p. 521, et *Gazette hebdomad.*, 1881, p. 740).

(2) Humbert Mollière, *De la septicémie sans plaie extérieure*. (*Lyon médical*, janvier 1883, et *Gazette hebdomad.*, 1883, p. 790).

(3) Nepveu, *Présence des bactéries dans les collections sous-cutanées* (*Gazette médicale de Paris*, mai 1875; *Pathogénie des abcès fétides*. Communication au premier Congrès français de chirurgie, séance du 7 avril 1885).

ment ont pu acquérir un certain degré de septicité en raison de leur siège dans le voisinage d'une cavité où les phénomènes de fermentation putride et les causes de septicité sont loin d'être rares?

On pourrait encore soutenir que l'éclosion de la septicité remonte à l'époque où il a existé sur la lèvre inférieure un néoplasme ulcéré à la surface duquel des colonies de microbes septiques ont dû nécessairement se développer; dès lors il n'est pas impossible que quelques-uns d'entre ces organismes aient pénétré dans les voies lymphatiques de la région pour s'y multiplier, y prospérer lentement, insidieusement, et communiquer des propriétés de septicité aux produits du ramollissement adénopathique.

Enfin la marche foudroyante des accidents survenus immédiatement après l'opération, rappelle en tous points la description de ce que MM. Verneuil et Maunoury (1) ont appelé la *fièvre d'inoculation*. D'après ces auteurs, dans nombre de cas où la fièvre éclate brusquement aussitôt après un traumatisme, il convient de l'expliquer par une inoculation directe du poison septique, et il est aisé de comprendre que celle-ci puisse avoir lieu pendant un acte opératoire, par exemple. Ainsi, dans une opération sur la bouche, la plaie peut être baignée par une salive plus ou moins altérée. Quand on opère une tumeur renfermant des points ramollis et suppurés, l'un des foyers de ramollissement peut crever et son contenu se répandre sur la plaie. Maunoury parle dans son travail de trois cas de septicémie suraiguë, consécutive à l'ablation d'une tumeur du sein où la fièvre survenue le soir même du jour de l'opération a fait admettre l'hypothèse d'une inoculation septique.

Dans son important mémoire sur la fièvre traumatique et les fièvres épitraumatiques, M. Verneuil (2) rapporte l'histoire de l'ablation d'un gros fibrome du creux poplité, renfermant des noyaux ramollis, dans lesquels le microscope a révélé la présence de nombreuses bactéries, et où le mouvement fébrile survenu aussitôt après l'opération a été attribué à l'inoculation sur la plaie opératoire du contenu de deux de ces foyers, situés à la périphérie et ouverts pendant l'opération. Il cite encore l'extirpation d'une tumeur cancéreuse du sein, renfermant plusieurs points de ramollissement, reconnus riches en bactéries, et où le mouvement fébrile survenu dès le soir du jour de l'opération lui a paru s'expliquer, en partie au moins, par l'inoculation du contenu de ces foyers ramollis dans la plaie.

Il paraît donc bien certain que le contenu d'un foyer de ramollissement ou de suppuration d'une tumeur peut être suffisamment septique pour que, accidentellement répandu dans une plaie opératoire, il puisse y avoir inoculation du produit et accidents consécutifs. Le phénomène rentre dans ce que M. Verneuil a appelé l'*auto-inoculation* (3).

Tout porte à croire que c'est ainsi que les choses se sont passées dans notre cas. Le contenu du foyer de ramollissement des tumeurs ganglionnaires a dû posséder par infection antérieure à la première opération ou acquérir par son voisinage avec la cavité buccale un certain degré de septicité; répandu sur les surfaces cruentées fraîches résultant de l'intervention opératoire, le liquide a été inoculé; de là intoxication immédiate consécutive. Celle-ci portant sur un terrain préparé par un état cachectique antérieur a pris rapidement une gravité considérable et a déterminé la mort. Selon nous, notre opéré a succombé à une *septicémie foudroyante par auto-inoculation traumatique*.

(1) Maunoury, *Étude clinique sur la fièvre primitive des blessés*. Thèse de Paris, 1877, n° 112, p. 68 et 71.

(2) Verneuil, *De la fièvre traumatique et les fièvres épitraumatiques* (*Gazette hebdomadaire*, 1884).

(3) Verneuil, *De l'auto-inoculation traumatique* (Communication au Congrès pour l'avancement des sciences, session de Rouen, in *Revue de chirurgie*, 1883, t. III, p. 921).

Pathologie interne.

De la contagion de la fièvre typhoïde. Communication faite à la Société des hôpitaux, dans la séance du 12 mars 1886, par M. le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Il m'a été donné d'observer une épidémie de fièvre typhoïde dans une famille où cinq enfants sur six furent pris de cette maladie. Les détails de l'observation sont assez curieux pour mériter votre intérêt.

Obs. — La famille L..., composée du père et de la mère et de six enfants, arrive à Paris le 15 novembre 1885.

Un enfant A..., âgé de dix ans, était un peu indisposé lors de son arrivée; cette indisposition, prise d'abord pour une amygdalite, s'aggrave, et le 20 novembre le malade était en pleine fièvre typhoïde (taches rosées, épistaxis, diarrhée, etc.).

Un enfant B..., âgé de quatorze ans, présente le 23 novembre un peu de fatigue; le 28 novembre la fièvre typhoïde devient évidente. Il meurt le 4 janvier, épuisé par la suppuration de vastes eschares.

Un enfant C..., âgé de huit ans, commence à présenter, le 29 novembre, les signes d'une maladie qui devient bientôt une fièvre typhoïde évidente.

Un enfant D..., âgé de onze ans, est encore atteint de fièvre typhoïde, et présente les premiers signes de la maladie le 17 décembre.

Un cinquième enfant E..., âgé de douze ans, ressent les premières atteintes du mal de ses frères le 29 décembre.

Le sixième enfant, une petite fille âgée de deux ans, a été épargné.

Le père et la mère sont bien portants. Les personnes qui les aident à soigner leurs malades sont également restées bien portantes.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue; elle touche à une question de pratique et à une question de théorie, à la nécessité d'isoler les malades et à la contagiosité de la maladie.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on niait la contagion de la fièvre typhoïde. L'observation des épidémies observées dans les petites localités a permis de suivre le mal pas à pas, et de montrer qu'il était toujours importé par un sujet atteint de la maladie. Toutefois, cette doctrine de la contagion a subi, dans ces dernières années, une modification. La contagion directe, c'est-à-dire par le simple contact avec les malades, a été niée. Les matières fécales seraient le véhicule du contage, mais les matières fraîches ne pourraient devenir nocives qu'après avoir subi une sorte de fermentation. Elles contiennent bien le germe du contage, mais ce germe a besoin de se développer pour donner lieu à une fièvre typhoïde; il se développerait soit au contact des matières fécales, soit au contact d'autres matières organiques, et pénétrerait ensuite dans l'organisme par les voies digestives ou respiratoires.

Notre observation montre un cas de contagion de fièvre typhoïde sans qu'il y ait eu de foyer d'infection.

La famille L... arrivait d'Aix, où il n'y avait pas en ce moment de grave épidémie, mais il y avait un certain nombre de malades atteints de fièvre typhoïde. Le premier enfant avait pris dans cette ville le germe de son mal, car il était indisposé dès son arrivée à Paris; sa maladie s'est progressivement aggravée, et n'a plus permis une erreur de diagnostic.

Ce premier sujet a transmis son mal à ses frères, car si l'on peut dire du second et du troisième enfant qu'ils ont été contagionnés en même temps que le premier, on ne saurait en dire autant du quatrième et du cinquième, qui ont présenté les premiers signes de maladie les 17 et 29 décembre.

Tous ces enfants n'ont pas été soumis à la même cause d'infection, puisque le premier ou les premiers ont été infectés à Aix et les autres infectés à Paris.

Il ne faut pas croire que le premier malade ait créé à Paris un foyer d'infection, et que ce foyer soit devenu la cause du mal des autres frères. Nous nous sommes livrés, à cet égard, à une enquête qui ne permet pas d'admettre cette hypothèse. Cette enquête a été d'autant plus facile que le médecin de la famille habite la même maison.

Cette maison est neuve, elle n'a jamais reçu de malade typhique, il n'y a pas de fièvre typhoïde dans les maisons du voisinage. Les lieux d'aisance sont très bien tenus, munis de cuvette, toujours couverts d'une couche d'eau. Les matières vont directement à l'égout, et les tuyaux qui les conduisent sont en bon état, ne présentent aucune fissure. Dès les premiers jours, les matières ont été désinfectées par des solutions saturées de sulfate de cuivre. Les linges souillés, les draps ont toujours été enlevés aussi rapidement que possible. Dès que la fièvre s'est déclarée chez le premier malade, on a logé les enfants sains à l'étage supérieur, mais ils descendaient prendre leurs repas à l'étage habité par leurs parents, et par conséquent par le ou les malades.

Il nous paraît résulter de tous ces faits que la fièvre s'est transmise d'un frère à l'autre sans qu'il y ait eu de foyer d'infection, ce qui est très important au point de vue des théories actuelles. Il nous semble également démontré par une pareille observation l'utilité d'isoler autant que faire se pourra les malades atteints de fièvre typhoïde. Parce que cette maladie est moins contagieuse directement que les fièvres éruptives, la diphthérie, etc., il n'en est pas moins indiqué de pratiquer l'isolement toutes les fois que le permettront la disposition des lieux et la condition sociale de la famille.

Si nous cherchons maintenant les raisons de l'épidémie locale que nous avons observée, nous trouvons comme première cause l'introduction de la maladie par un sujet contaminé, et comme cause adjuvante le non-acclimatement de ses frères. Nul n'ignore, en effet, que les sujets nouvellement débarqués à Paris sont plus sujets que d'autres à contracter la fièvre typhoïde. Nos malades arrivant tous de province, sous l'influence de cette modification inconnue de l'organisme produite par l'acclimatement, se trouvaient dans les conditions où la contagion devait être plus facile : il suffisait qu'ils y fussent exposés pour être contagionnés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Application du diagramme des couleurs a des expériences faites sur un daltonien. Note de M. *R. Féret*. — L'auteur rappelle que sa dernière communication sur le même sujet et les expériences de Maxwell relatives au daltonisme, expériences desquelles il résultait que, quatre couleurs quelconques étant données, la personne atteinte de daltonisme et examinée par lui confondait toujours, soit l'une d'elles avec une certaine combinaison relative des trois autres, soit une certaine combinaison rotative des deux autres. En ne se servant que de six couleurs : le vermillon, l'outremer, le vert, le noir, le blanc et le jaune, Maxwell avait donc pu faire autant d'expériences qu'on peut former de combinaisons distinctes de quatre de ces couleurs, c'est-à-dire quinze. Le diagramme dont M. Féret se sert permet de représenter très simplement les mêmes résultats; voici d'ailleurs les conclusions de son travail :

1° Toutes les couleurs qu'un œil daltonien confond entre elles ont leurs points représentatifs sur une même droite parallèle à une direction constante (*direction de confusion*) pour cet œil;

2° Si cette loi est générale, toutes les sensations de couleurs qu'un œil daltonien est capable de percevoir pourront être représentées dans une construction plane;

3° De plus, quand par le point représentatif du noir absolu on mène une droite parallèle à la direction de confusion, ses points correspondent à des couleurs toutes de même nuance, que le daltonien confond avec le noir et dont l'une quelconque peut servir à caractériser un daltonisme.

M. Féret énonce, en terminant, un certain nombre de problèmes qu'on ne pourra résoudre, dit-il, qu'après de nombreuses expériences.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Hanot* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. le docteur *Legagneur* envoie le relevé des vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1885 au détachement du 3° de ligne, à Pont-Saint-Esprit. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Coiffier* (du Puy) adresse un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Essais cliniques d'aspiration et d'analyse des gaz intestinaux*. (Commission : MM. *Armand Gautier* et *Villemin*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *A. de Fleury* (de Bordeaux), une brochure intitulée : *Du spasmodisme opposé à la convulsion; le tribromure d'allyle;* 2° de la part de M. le docteur *Lemaistre*, une *Étude sur l'air de Limoges;* 3° au nom de M. *Trion*, pharmacien, un travail imprimé *sur les eaux potables de Compiègne*.

M. *Lannelongue* fait hommage de ses *Leçons sur la coxotuberculose*.

M. *Fournier* présente : 1° au nom de MM. les docteurs *Diday* et *Doyon*, un ouvrage *sur les herpès génitaux;* 2° de la part de M. le docteur *L. Perrin*, un travail *sur la sarcomatose cutanée*.

M. *Rochard* dépose un mémoire de M. le docteur *Lagout* (d'Aigueperse) sur *le refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie*.

M. *Riche* présente trois mémoires de M. *Balland*, pharmacien-major, sur *le blé et la farine*.

M. *Proust* dépose, au nom de M. le docteur *Isoard*, un *sulfhydromètre*, et présente, avec l'*Exposé des titres et travaux scientifiques de M. le docteur Magnan*, ses *Recherches sur les centres nerveux* et son ouvrage *sur l'alcoolisme*.

M. *Maurice Perrin* présente, de la part de M. le docteur *J. Chauvel*, la statistique du service d'ophthalmologie au Val-de-Grâce et des examens de la vision qui y ont été pratiqués depuis 1882.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose : 1° un mémoire manuscrit de M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe au 93° de ligne, sur *la désinfection des habitations privées ou publiques à l'aide de l'acide sulfureux;* 2° un travail de M. le docteur *Couëtoux*, sur *le traitement de la diphthérie par des vaporisations de poivre cubèbe*.

Souscription a l'Institut Pasteur. — Sur la proposition de M. *le Président* et conformément à une délibération du Conseil d'administration, l'Administration décide, à l'unanimité, qu'une somme de 10000 francs sera mise à la disposition du Comité de patronage chargé de recueillir les souscriptions pour l'Institut Pasteur. Cette somme, qui constitue la souscription collective de la Compagnie, est prélevée sur ses ressources particulières actuellement disponibles et en dehors de son budget, qui suffit à peine à ses besoins. En outre, une liste spéciale, est déposée dans les bureaux, pour recevoir les souscriptions personnelles de chacun des membres de l'Académie.

Grossesses triples. — M. *Charpentier* donne lecture d'un rapport sur un mémoire envoyé par M. le docteur *Jenot* (de Dercy), dans lequel celui-ci communique trois observations de grossesses triples. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme ayant accouché en 1882, à vingt-deux ans, de trois enfants vivants, qui ont survécu, le premier deux ans, le deuxième six ans et le troisième vivant encore; quatre ans plus tard survint une nouvelle grossesse; la femme accoucha de deux enfants et mourut en couches. La seconde observation concerne une femme dont la grossesse ne datait que de six à sept mois; l'accouchement, qui fut plutôt un avortement qu'un accouchement, même prématuré, présenta cette particularité qu'il exista un intervalle de huit heures et demie entre la naissance du premier enfant et celle des deux autres, qui ont été expulsés presque

simultanément. Dans la troisième observation, une femme, enceinte pour la sixième fois, accoucha avec beaucoup de difficultés de trois enfants qui sont morts ; la mère se porte bien. Du reste, ces grossesses trigémellaires sont peu fréquentes ; elles sont dans la proportion de 1 pour 6 à 10 000 accouchements ; elles vont rarement à terme.

Prophylaxie de la scarlatine a l'hôpital. — M. le docteur *A. Ollivier* vient d'observer à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris, deux petites épidémies de scarlatine déterminées par l'admission d'enfants atteints de cette affection dans les salles affectées aux services généraux et aux teigneux. Il signale à ce propos l'absence de salles suffisamment isolées dans les hôpitaux d'enfants à Paris, et l'insuffisance des mesures prises à l'égard de la transmission de la scarlatine. — Le mémoire de M. Ollivier est renvoyé à la section d'hygiène, dans laquelle il est actuellement candidat.

Ptomaïnes, leucomaïnes et la théorie microbienne. — M. *Léon Le Fort*, reprenant la parole dans la discussion qui occupe l'Académie depuis plusieurs séances, se déclare prêt tout d'abord à accepter, autant que qui que ce soit, que toute maladie transmissible est caractérisée par un microbe spécial ; depuis longtemps il est l'apôtre de la contagion et toute contagion suppose un agent de transmission ; mais il persiste à soutenir que ce germe, ce microbe peut, en dehors de toute contagion, se former primitivement chez un malade par un phénomène d'intériorité. L'air ne saurait être considéré comme le véhicule du germe de l'infection purulente, par exemple ; car, tandis que la statistique de cette maladie est encore, à Paris, avec les méthodes antiseptiques, de 42 pour 100, elle n'est que de 28 pour 100 dans le service de Roze où les plaies sont laissées exposées à l'air libre ; M. Le Forta agi de même deux fois pour des amputés de cuisse, et a obtenu deux guérisons. Sans doute il est difficile de dire comment se produisent les cas primitifs d'infection purulente ; dans le cas dont il a parlé, celui de cette femme atteinte d'une vieille fistule et qui est morte de fièvre puerpérale dans les conditions que l'on sait, la mort doit être attribuée au traumatisme puerpéral combiné avec un état pathologique antérieur. MM. Verneuil et Guéniot pensent, au contraire, qu'il s'agit là de l'action de microbes préexistant dans la fistule, longtemps tolérés et portés par les doigts de la sage-femme au contact des organes génitaux ; mais, quand bien même ces microbes auraient existé dans la fistule de cette femme depuis une année et demie, c'est dans l'air de la localité qu'ils se seraient trouvés ? Comment alors admettre que tous les microbes infectieux de cette ville se seraient logés dans la cuisse de cette malade et, s'il y en avait d'autres, pourquoi n'ont-ils pas provoqué depuis dix-huit mois d'autres fièvres puerpérales, pourquoi n'ont-ils commencé à être nuisibles qu'après l'accouchement de la femme qui les abritait ? De plus, ces microbes auraient donc changé de nature dans l'utérus et cependant les chirurgiens pansent chaque jour des plaies qui suppurent et ne produisent pas pour cela chaque jour l'infection purulente des blessés. Il faudrait enfin, dit-on, admettre la formation primitive du germe contage, reconnaître la génération spontanée ; en réalité, si rien ne se crée, tout se transforme, et peut-on nier que la vie ne fasse chaque jour des transformations interdites dans les laboratoires ? Puisque les éléments pathologiques ne sont autre chose que la transformation des éléments normaux sous des influences vitales, pourquoi se refuser à admettre que des éléments pathologiques préexistants puissent encore subir une altération plus profonde qui les constitue en véritables poisons transmissibles ; ce n'est n'est pas ici de la génération spontanée, c'est le même phénomène que la transformation par la puerpéralité d'un microbe presque inoffensif en un redoutable poison transmissible. M. Le Fort cite à ce sujet l'observation d'un diabétique cardiaque qui fut pris subitement pendant son travail d'une vive douleur à la jambe droite, signe d'une embolie bientôt suivie de gangrène et d'une mort rapide par septicémie aiguë ; chez ce malade, il y a eu une combinaison d'un état pathologique accidentel, l'embolie, avec un état pathologique antérieur ; le diabète a créé primitivement un poison terrible et éminemment transmissible.

On accuse, dit en terminant M. Le Fort, ceux qui soutiennent ces idées d'être des rétrogrades tentant de réhabiliter la plus surannée des doctrines médicales, celle de la spontanéité des maladies virulentes et contagieuses ; le reproche est erroné et le sujet mal choisi. En effet, ce n'est pas la doctrine microbienne qui a imposé l'idée de contage ; on savait bien avant elle, par exemple, que la maladie ne se propage point par l'air, mais seulement par l'apport direct du germe contage sur les organes qui viennent de subir le traumatisme de la puerpéralité. Autre exemple : les découvertes récentes de M. Pasteur procèdent en partie de l'empirisme ; on n'y peut expliquer par quel mécanisme la culture du virus rabique peut rendre impuissants les effets de la morsure d'un chien enragé sur un chien préalablement inoculé et comment on arrête le développement de la maladie chez les malades qui par une morsure ont déjà reçu le germe ; dans cette découverte, ce qui manque jusqu'à présent, c'est précisément la connaissance du microbe spécial.

M. *Villemin*, répondant directement à l'argumentation antérieure de M. Peter, fait remarquer combien la clinique est en contradiction formelle avec l'hypothèse d'un empoisonnement comme cause première des maladies infectieuses. Un empoisonnement se produit d'ordinaire par des effets immédiats, ce qui ne saurait être le cas pour les accidents déterminés par la contagion d'une maladie infectieuse ; la période d'incubation en est plus ou moins longue et l'explosion plus ou moins soudaine. C'est donc que la contagion a introduit dans l'organisme des germes qui ne se sont développés qu'au bout d'un certain temps, qui ont établi un certain nombre de colonies dont la présence, d'abord inoffensive en raison de leur petit nombre, devient tout à coup dangereuse, soit par leur accroissement en quantité, soit par la sécrétion d'une substance toxique spéciale. Beaucoup de ces germes d'ailleurs sont aujourd'hui connus et leur histoire naturelle est connue. M. Peter estime qu'on arrive ainsi à rejeter les étiologies les mieux établies, telle que celle de la pneumonie par le froid ; pas le moins du monde ; le froid, d'après la statistique de M. Peter, n'a pu être nettement invoqué que dans un quart des cas qu'il a observés. La doctrine parasitaire ne repousse aucune des données étiologiques de l'ancienne médecine ; elle ne fait que les compléter, en y ajoutant un élément de plus, capital, agent déterminateur spécifique, de nature animée. Du reste, pour juger de la valeur de cette doctrine, il suffit de constater la grande différence dans la mortalité des blessés depuis qu'ils ont été mis peu à peu à l'abri de l'infection purulente, de la septicémie, de la fièvre puerpérale, etc., grâce aux méthodes de pansement qui ne sont que la conséquence logique des connaissances bactériologiques acquises depuis ces dernières années.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos du traitement dee kystes hydatiques du foie : MM. Féréol, Gérin-Roze, Dieulafoy, Blachez, Tenneson, E. Labbé. — De l'ergot de ssigls oontrs lss susurs dss phthisiquss, par M. Mignot : M. Tsnneson. — Du pronostio dans ls canosr de l'sstomac : M. Dujardin-Beaumetz. (Discussion : MM. Hayem, Féréol.) — De la contagion de la fièvre typhoïde : M. Debove. (Discueeion : MM. Joffroy, Richard, Troisier, Hayem, E. Labbé, Kelsch, Féréol, Dujardin-Beaumetz, Du Castel.)

M. *Féréol*, à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, rapporte une observation de kyste hydatique sup-

puré du foie, chez un homme de quarante ans, guéri par la laparotomie, qui a été pratiquée par M. Reclus (voy. *Compte rendu de la Société de chirurgie*, dans le n° du 19 février). Malgré les difficultés opératoires résultant du volume du kyste, qui renfermait neuf litres de liquide purulent contenant de nombreuses hydatides, et aussi de la profondeur à laquelle il se trouvait situé derrière une couche assez épaisse de parenchyme hépatique, la guérison était presque complète le quinzième jour; elle est aujourd'hui achevée. M. Féréol ne pense pas que tous les kystes hydatiques suppurés du foie doivent être attaqués par la laparotomie; mais il est d'avis que l'innocuité presque complète de cette opération, grâce aux méthodes antiseptiques, autorise à l'employer pour tous les cas de kyste de la face inférieure du foie : c'est même là le seul procédé opératoire qui permette, en pareil cas, d'obtenir une guérison complète et rapide. Les procédés de Récamier et de Jobert de Lamballe, plus ou moins modifiés, seront réservés pour les seuls kystes de la face convexe de l'organe pointant nettement au dehors. On sait, d'ailleurs, que, si ces procédés donnent d'assez nombreux succès, on peut aussi mettre à leur actif des échecs multiples. Il ne faut pas être trop timoré à l'égard de la laparotomie : les résultats obtenus jusqu'ici par cette opération sont fort encourageants. — M. Féréol demande à M. Gérin-Roze s'il a constaté l'existence d'adhérences péritonéales, chez son malade, à la suite de l'application de la pâte de Vienne? On a prétendu qu'elles ne se forment pas à coup sûr dans ces conditions.

M. *Gérin-Roze* ne peut affirmer l'existence des adhérences dans ce cas, puisque le malade a guéri, et que la vérification anatomique a, par suite, fait défaut : après la seconde application de caustique, il est arrivé sur le tissu du foie entamé. Il a constaté à l'autopsie des adhérences manifestes dans un autre cas où il avait employé le même procédé, mais où la terminaison avait été fatale. Il ne pense pas que l'on puisse adopter un seul mode de traitement; il faut varier suivant les indications, depuis la ponction simple, qui fournit un grand nombre de succès, jusqu'à la laparotomie dans le cas de suppuration.

M. *Dieulafoy* croit que les kystes uniloculaires, de date récente, renfermant peu d'hydatides filles, sont justiciables de la ponction aspiratrice; il en a opéré par ce procédé au moins une vingtaine depuis 1870. On voit parfois le kyste récidiver au bout d'un temps plus ou moins long, huit ou dix ans, soit parce qu'il existait un autre petit kyste voisin du premier, soit parce qu'une hydatide fille s'est développée; mais, somme toute, ne peut-on, dans ce cas, admettre que le malade a été guéri de son premier kyste par la ponction? Dans quelques cas, il n'y a pas reproduction, et, les malades venant plus tard à succomber à une autre affection, on peut constater la membrane cicatricielle, trace du kyste guéri. Parfois enfin, la suppuration se produit après une première ponction et dès lors il faut recourir hardiment à la laparotomie qui donne d'excellents résultats.

M. *Féréol* tient à bien spécifier qu'il a préconisé la laparotomie pour les seuls kystes suppurés. Quant aux simples ponctions, elles sont fréquemment suivies de récidive.

M. *Blachez* a obtenu souvent la guérison par la ponction simple; jamais il n'a eu d'accidents imputables à cette opération. Il est d'avis que, en cas de suppuration du kyste déjà ponctionné, il faut inciser largement. Il a, en ce moment, dans son service, une femme atteinte de kyste multiloculaire de la face supérieure du foie, remontant jusqu'à la quatrième côte : les ponctions répétées ne donnent issue qu'à de très minimes quantités de liquide, et sont suivies actuellement de douleurs et de quelques vomissements : comment pourrait-on intervenir?

M. *Dieulafoy* pense que ces kystes alvéolaires profonds sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

M. *Tenneson* est d'avis que la ponction capillaire, toujours inoffensive si l'on prend les précautions antiseptiques nécessaires, est presque toujours efficace. Il y a eu deux fois recours depuis peu de temps, et a enregistré deux succès.

M. *Gérin-Roze* croit que, dans quelques cas où l'on diagnostique des tumeurs fibro-cystiques de l'abdomen, il s'agit de kystes hydatiques multiples. Il a observé récemment un fait de ce genre dans lequel la ponction des tumeurs n'a laissé aucun doute.

M. *Labbé* n'est pas absolument convaincu de l'innocuité complète de la ponction aspiratrice; il ne la croit pas aussi efficace que le dit M. Tenneson. Il serait bon de revoir les malades au bout de plusieurs années pour être assuré de leur guérison. En général, le kyste hydatique n'est réellement guéri que lorsqu'il a suppuré.

— M. *Tenneson* présente la thèse inaugurale de M. Mignot sur le *Traitement des sueurs des phthisiques par l'ergot de seigle*. Une injection d'un gramme d'ergotine, une demi-heure avant l'apparition des sueurs, les supprime complètement, et parfois pour une ou deux semaines. Il y a bien peu d'exceptions à cette règle.

— M. *Dujardin-Beaumetz* lit une note intitulée : *Du pronostic dans le cancer de l'estomac*. (Sera publié).

M. *Hayem* pense qu'il y a là une question de nature de la tumeur qui doit offrir une grande importance; on voit, en effet, des individus succomber très rapidement avec de toutes petites tumeurs cancéreuses ne gênant en rien la marche des aliments. Il a constaté, à l'autopsie d'un homme âgé, rapidement emporté par un état d'épuisement auquel on avait donné le nom d'anémie pernicieuse par suite de l'absence de toute lésion apparente, un petit nodule carcinomateux au niveau d'une adhérence unissant l'estomac à la face inférieure du foie. Le mécanisme de la mort peut aussi être tout différent, et échapper à un pronostic raisonné, comme dans le cas qui a été présenté à la Société anatomique par son interne, M. Alexandre, et dans lequel il s'était produit une rupture de l'estomac, à quelque distance au-dessus d'un cancer déterminant un rétrécissement pylorique considérable. Enfin, il est évidemment très important d'étudier l'état des glandes gastriques dans les différentes parties du viscère, et surtout l'état des glandes à pepsine.

M. *Féréol* demande à M. Dujardin-Beaumetz s'il est certain de la nature cancéreuse des lésions dans tous les faits qu'il vient de rapporter; l'une des planches placées sous les yeux de la Société semble représenter plutôt une gastrite chronique avec épaississement des parois stomacales.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas pratiqué lui-même l'examen histologique des pièces, mais il a toute confiance dans la compétence de la personne qui les a étudiées. D'ailleurs, au point de vue clinique, on avait bien affaire à des cancéreux. Quant à la distinction exacte de la nature des tumeurs cancéreuses de l'estomac, c'est un problème qui attend encore sa solution.

— M. *Debove* donne lecture d'une observation établissant la *contagion directe de la fièvre typhoïde* (voy. p. 191).

M. *Joffroy*, sur plus de 340 observations de fièvre typhoïde recueillies dans ces dernières années, n'a pas trouvé un seul fait de contagion directe. Lorsqu'on observe plusieurs cas dans une famille, on peut admettre, à bon droit, l'intoxication plus ou moins simultanée dans un même foyer et dans des conditions d'existence identiques.

M. *Richard* croit la contagion plus fréquente dans les hôpitaux militaires; ainsi, à l'hôpital militaire de Munich, où les typhoïdiques sont isolés dans un pavillon spécial, et où les précautions antiseptiques rigoureuses sont constam-

ment prises, les cas de contagion sur les infirmiers ne sont pas rares. Il est vrai que ce sont, le plus souvent, des jeunes gens arrivant de la campagne, et, à coup sûr, plus exposés à contracter la dothiénentérie.

M. *Hayem* désire préciser les termes du débat soulevé par M. Debove. Tout le monde croit à la contagiosité de la fièvre typhoïde, mais on tend à admettre aujourd'hui que la contagion s'opère, comme pour le choléra, la dysentérie épidémique, par l'intermédiaire d'un virus subissant, après être sorti de l'organisme malade, des transformations qui le rendent nocif pour les individus sains : c'est l'opinion de Liebermeister. M. Debove, au contraire, cherche à établir que la contagion peut être directe, le contage passant de l'individu malade à l'individu sain, comme dans le cas de variole ou de scarlatine. Il est encore un troisième mode de transmission des maladies contagieuses, c'est l'inoculation, mais elle n'est pas admise pour la dothiénentérie.

M. *E. Labbé* ne pense pas que la fièvre typhoïde soit transmissible par les émanations provenant directement du malade, comme pour les fièvres éruptives. La transmission par les liquides contaminés est, au contraire, fréquente et bien démontrée, surtout dans les campagnes, où les puits, les mares sont fréquemment souillés par les liquides intestinaux des malades, projetés sur le fumier devant les maisons. A l'hôpital, les faits de contagion sont exceptionnels; il n'en a pas observé un seul, depuis douze ans, à la maison Dubois.

M. *Kelsch* rappelle les faits nombreux de contagion observés dans des conditions identiques, à la campagne, par Piedvache (de Dinan); il n'est pas besoin, dans ces faits, d'admettre la création d'un foyer infectieux, puisque l'on voit la fièvre typhoïde, rapportée de la ville dans un village par une domestique, se transmettre en trois ou quatre jours aux personnes qui entourent la malade. La dothiénentérie, dans ces conditions, ne paraît pas moins contagieuse que la variole ou la scarlatine.

M. *Richard* croit que la contagion s'opère surtout par les matières fécales desséchées et réduites en poussières qui sont respirées ou dégluties par les individus sains qui approchent le malade.

M. *Féréol* a observé quelques cas de contagion de la dothiénentérie dans les hôpitaux : une fois, entre autres, sur une dame venant tous les jours tenir compagnie à sa fille soignée pour la fièvre typhoïde à la maison Dubois. Il est persuadé que le contage pénètre soit par les voies digestives, soit, plus fréquemment, par les voies respiratoires.

M. *Debove* rappelle que, dans son observation, il ne peut être question de foyer d'infection, le premier enfant malade venant de province, et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises dès son arrivée à Paris. Y a-t-il eu une tache fécale desséchée sur un linge? C'est possible; mais il faudrait renoncer à jamais démontrer une contagion directe si l'on veut trouver là le foyer infectieux ayant amené la contagion.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit la contagion par les poussières fécales ou par l'eau contaminée, le mode de transmission de beaucoup le plus fréquent de la dothiénentérie. La transmission par l'air devrait trouver dans les hôpitaux, comme pour la variole ou la diphthérie, des conditions favorables, et cependant les cas de contagion sont exceptionnels.

M. *Hayem* est d'avis qu'il serait prématuré de prendre un parti dès maintenant sur des questions encore à l'étude et de date toute récente. La contagion directe existe-t-elle pour la dothiénentérie? C'est bien possible, mais ce n'est pas prouvé. Aussi l'observation relatée par M. Debove n'en offre-t-elle que plus d'intérêt.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Pathogénie et traitement des corps étrangers articulaires, rapport : M. Kirmisson. (Discussion : MM. Trélat, Lucas-Championnière, Gillstts, Marchand.)— Dss limites de la matrice ds l'ongls, application au traitsmsnt de l'ongle incarné, lecture : M. Quénu. — Transplantation d'un tsndon animal à l'homms, lscturs : M. Psyrot. — Prèssntation d'instrument : M. Trélat.

M. *Kirmisson* lit un rapport sur deux observations de corps étrangers articulaires adressées par MM. Boppe et Krug-Basse. Cette question, vieille de trois siècles, a été dans ces derniers temps rajeunie par les discussions qu'ont soulevées la pathogénie et la thérapeutique de cette affection. Jusqu'à ces derniers temps on tendait à accorder une origine presque exclusivement spontanée ou plus exactement pathologique à ces corps, d'où le nom significatif d'arthrophytes, sous lequel M. Panas a proposé de les désigner. Cependant depuis quelques années une réaction s'est faite contre cette interprétation. M. Poncet le premier en France a montré qu'un grand nombre de ces productions n'avait d'autre origine que le traumatisme détachant des surfaces articulaires des fragments soit cartilagineux, soit ostéo-cartilagineux. Fleisch, en Allemagne, puis Poulet et Vaillard, en France, ont apporté un grand nombre d'observations microscopiques corroborant cette opinion. Ces derniers auteurs ont démontré que la coupe verticale de ces corps articulaires présente d'un côté la section du cartilage d'encroûtement normal avec ses trois couches caractéristiques de chondroplastes et de l'autre côté, suivant l'âge du corps étranger, ou bien la structure du tissu sous-jacent au cartilage diarthrodial, ou bien une mince couche de tissu cartilagineux de nouvelle formation. Pour MM. Poulet et Vaillard, en effet, les corps ostéo-cartilagineux jouissent d'une certaine vitalité après avoir été détachés de l os et se recouvrent en partie d'une couche de cartilage nouveau. Quels enseignements pathogéniques les observations envoyées par MM. Boppe et Krug-Basse nous fournissent-elles? Dans l'observation de M. Krug-Basse un militaire fait une chute pendant un exercice et éprouve les jours suivants des douleurs dans le genou. Il entre à l'hôpital et l'on constate l'existence d'un corps étranger dans la jointure malade. Arthrotomie et extraction de deux corps étrangers. Guérison rapide et sans incident. Quelque temps après le malade fait une nouvelle chute, et comme la première fois il éprouve des douleurs, mais dans le genou du côté opposé. Entrée à l'hôpital et extraction d'un nouveau corps étranger. Dans ce fait il ne saurait subsister de doute sur l'origine des corps articulaires: il n'y a pas eu de traumatisme suffisant pour détacher un fragment ostéo-cartilagineux, l'examen de la pièce anatomique ne peut laisser aucun doute sur son origine, et les antécédents personnels du malade et ceux de ses parents concordent avec le diagnostic d'arthrite sèche et par conséquent de corps étranger pathologique. Dans le cas de M. Boppe il s'agit encore d'un militaire qui, en faisant des exercices de voltige, ressentit une violente douleur dans le genou et dut pour cela entrer à l'hôpital. L'articulation fut ouverte et on fit l'extraction d'un corps oblong mesurant près de 2 centimètres dans son plus grand diamètre et présentant au centre une cavité. L'examen de la pièce a été pratiqué par M. Poulet, qui incline vers l'idée que ce corps est d'origine traumatique. M. Kirmisson réserve son opinion à ce sujet et croit qu'il se pourrait bien que ce corps étranger fût d'origine pathologique. A ces deux faits M. le rapporteur en joint un troisième que lui a communiqué M. Maunoury (de Chartres). Une jeune fille de vingt-deux ans fait une chute sur le genou, qui, quelques jours après, présente un gonflement notable. Au bout de quelque temps on constate l'existence d'un corps étranger articulaire et on en pratique heureusement l'extrac-

tion en faisant l'arthrotomie. L'examen de la pièce pratiqué par M. Poulet a montré de la façon la plus nette qu'il s'agissait bien d'un corps étranger d'origine traumatique, et la violence, subie par l'articulation à un moment donné, s'accorde fort bien avec cette idée. Ces trois observations prouvent que l'origine des corps étrangers articulaires est variable et l'une d'elles montre quelle difficulté on éprouve, même pièce en main, à assigner l'origine réelle de certains d'entre eux. Il y aurait cependant intérêt à le faire, afin d'asseoir sur des bases solides le pronostic de cette affection articulaire.

Une deuxième question intéressante se pose à côté de la question pathogénique des corps étrangers articulaires, c'est la question de thérapeutique. Les chirurgiens donnent généralement aujourd'hui à l'arthrotomie le pas sur toutes les autres méthodes. Cette opération permet de faire facilement et sans danger l'extraction du corps étranger. La statistique dressée par M. Poulet montre que sur 66 cas d'arthrotomie il n'y a eu que 2 morts et plus récemment un élève de M. Bœckel, M. Muller, a relevé 100 cas donnant 4 morts. A ces 100 cas, M. Kirmisson peut en ajouter 5, tous heureusement terminés. 4 morts sur 105 opérés ne constituent pas une mortalité bien grande, et encore, si on dépouille avec soin les observations dans lesquelles la mort emporta les malades, on s'aperçoit que la cause en est à quelque infraction commise au cours de l'opération. Ce qui laisse à désirer dans les observations publiées jusqu'ici, c'est le détail exact du manuel opératoire. Deux points importants entre autres devraient être soigneusement signalés dans le récit des actes opératoires. C'est d'abord la question du drainage; pour les uns le drainage est inutile, pour les autres il est indispensable, et certains cas de mort doivent être attribués à son absence. M. Kirmisson pense que la conduite du chirurgien à cet égard devra varier. Si l'extraction a été simple, on pourra s'abstenir de drainer l'articulation. Si elle a été longue et pénible, il faudra pratiquer le drainage : dans ce cas, comme il pourrait être dangereux d'introduire le drain dans l'article, il sera prudent de l'arrêter près de la synoviale. En second lieu, la façon de suturer la plaie est très importante. On doit faire un double plan de sutures, le profond réunissant la synoviale et le superficiel les téguments. Il va sans dire que l'antisepsie la plus rigoureuse présidera à toutes les manœuvres, et, à côté du pansement de Lister, le pansement ouaté de M. Guérin, qui immobilise si parfaitement l'articulation, trouvera son application.

M. *Trélat* est d'avis également que la conduite du chirurgien, après l'extraction du corps étranger articulaire, doit être variable suivant que les manœuvres ont été faciles ou difficiles. Il est très important de réduire au minimum possible les manœuvres de l'extraction et, pour ce faire, il convient de n'entreprendre l'opération que lorsqu'on aura pris une connaissance exacte du siège du corps articulaire, de son volume et de sa mobilité. Pour l'arthrotomie comme pour toutes les autres opérations, l'idéal serait de se passer de drain; mais jusqu'ici cet idéal, malgré la perfection des procédés opératoires et l'excellence de l'antisepsie, ne peut être réalisé; toutefois il est permis de penser que, lorsque l'extraction d'un corps articulaire aura été très simplement pratiquée, on pourra se dispenser de drainer l'articulation.

M. *Lucas-Championnière* ne voit aucun danger à drainer les articulations après l'arthrotomie; bien au contraire, il n'y voit que des avantages. Pour lui, le drainage dans toutes les tailles articulaires est un principe, dont il ne saurait pas plus se départir lorsqu'il s'agit d'une arthrotomie pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, que lorsque l'articulation a été ouverte pour une hydarthrose ou une arthrite purulente. L'immobilisation après ces opérations n'est, selon lui, d'aucune utilité.

M. *Gillette*, avec MM. Trélat et Kirmisson, voudrait qu'on arrivât à se passer du drainage, qui complique l'opération de l'arthrotomie.

M. *Marchand* croit qu'il est difficile de séparer nettement les corps étrangers articulaires en traumatiques et en pathologiques, car beaucoup d'entre eux sont à la fois l'un et l'autre. Il se fait en effet du côté des surfaces articulaires des modifications qui préparent ces productions qu'un traumatisme vient à un moment donné détacher et rendre libres dans la cavité articulaire.

— M. *Quénu* lit un travail intitulé : *Des limites de la matrice de l'ongle; application au traitement de l'ongle incarné.*

— M. *Peyrot* lit un travail intitulé : *Transplantation d'un tendon animal à l'homme.*

— M. *Trélat* présente, au nom de M. Segond, une nouvelle pince serre-nœud pour ligature élastique.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Appareils de physiologie : M. d'Arsonval.— Constitution anatomique de l'os hyoïde : M. Retterer. — Préservation des affections catarrhales : M. Brown-Sequard.— Corpuscules nerveux : M. Vignal.— Action de l'hydrogène sulfuré : M. Laborde. — Calculs salivaires : M. Galippe.

M. *d'Arsonval* présente à la Société l'appareil enregistreur de son calorimètre différentiel.

— M. *d'Arsonval* présente un métronome interrupteur imaginé et construit par M. Ch. Verdin.

— M. *Retterer* étudie la constitution anatomique, ainsi que le mode d'union, des divers segments squelettiques qui composent l'appareil hyoïdien ossifié, qu'il a présenté à la Société dans la séance du 20 février.

— M. *Brown-Sequard* indique un moyen simple de se préserver des affections catarrhales et des inflammations, telles que coryzas, laryngites, bronchites, etc., résultant de l'impression du froid sur les nerfs cutanés. Pour diminuer par exemple la sensibilité du cou au froid, il suffit de se lancer sur le cou, avec un soufflet, de l'air chaud graduellement refroidi; après huit ou dix séances, on obtient une parfaite accoutumance.

— M. *Vignal* n'a pas pu découvrir les éléments que M. Adamkiewicz a récemment décrits sous le nom de corpuscules nerveux dans la myéline. M. Vignal croit que ces éléments ne sont autre chose que les noyaux des segments interannulaires avec le protoplasma qui les entoure.

— M. *Laborde*, à propos des recherches de M. Peyrou sur l'action physiologique de l'hydrogène sulfuré communiquées récemment à la Société, rappelle ses propres recherches sur ce sujet qui remontent à l'année 1881. M. Laborde a parfaitement démontré à cette époque que tout l'hydrogène sulfuré introduit n'est pas éliminé par les poumons et que par le spectroscope on peut en retrouver dans le sang, et que la mort se produit par arrêt de la respiration, déterminé par une action du gaz sur le centre bulbaire respiratoire.

— M. *Galippe*, partant de ce fait que la précipitation des sels terreux de la salive est le résultat d'une action des micro-organismes contenus dans cette salive, s'est demandé si les calculs salivaires n'ont pas une origine analogue à

celle du tartre. Or il a toujours trouvé des parasites dans les calculs salivaires. Il a de même constaté la présence de parasites dans les calculs biliaires et urinaires.

SÉANCE DU 13 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Action de l'uréthane : MM. Maret et Combemale. — Échauffement des muscles : M. d'Arsonval. (Discussion : M. Brown-Sequard). — Développement des micrococcus : M. Dubois. — Clou de Pendjdeh : M. de Heydenreich. — Physiologie de la rétine : M. Pouchet.

M. *Quinquaud* présente, au nom de MM. *Mairet* et *Combemale*, une note sur l'action physiologique de l'uréthane. Le principal effet de cette substance porte sur le système nerveux central, et consiste en un sommeil qui, suivant la dose, est plus ou moins profond. A dose toxique, surviennent des convulsions qui amènent la mort.

— M. *d'Arsonval*, en excitant le nerf sciatique avec des courants insuffisants pour produire la contraction des muscles, a constaté que ces muscles s'échauffent cependant, quoique un peu moins que lorsque le courant est assez fort pour déterminer la contraction. Supposant que la production de chaleur dans le muscle qui se contracte n'est qu'un phénomène secondaire, et que la première énergie qui se montre est sous forme électrique, M. d'Arsonval recherche les variations électriques que déterminent dans un muscle ces excitations trop faibles pour amener sa contraction.

M. d'Arsonval rapproche le fait qu'il vient de constater du phénomène de l'addition latente, et rappelle que M. Brown-Sequard a vu récemment que des courants très faibles, qui semblent ne pas agir sur un nerf, épuisent cependant ce nerf, à condition que celui-ci soit toujours en continuité avec la moelle.

M. *Brown-Sequard* dit que les muscles dont on excite le nerf par un courant plus faible que celui qui détermine leur contraction se contracturent. Cet état de contracture diminue naturellement la force de réaction du muscle; on s'explique ainsi qu'il ne puisse plus répondre alors même à un fort courant. Inversement, si l'on excite un nerf par des courants très forts, le muscle perd de sa tonicité et entre même en résolution. Si l'on excite alors le nerf par un courant très faible, le muscle répond.

— M. *d'Arsonval* présente un dispositif qui permet d'augmenter considérablement la sensibilité des appareils galvanométriques.

— M. *Dubois*, en plaçant des cultures de *micrococcus prodigiosus* entre deux forts aimants, a vu les microcoques se développer toujours dans certaines directions; cette influence d'orientation du champ magnétique sur les taches de micrococcus est constante, d'après ce qu'il a observé jusqu'ici.

M. *d'Arsonval* rappelle qu'il a étudié l'action du champ magnétique sur la germination, la fermentation et sur diverses actions chimiques.

— M. *Duclaux* présente une note de M. *de Heydenreich* sur une épidémie qui sévit sur les troupes ultra-caspiennes : c'est le clou de Pendjdeh, analogue au clou de Biskra. M. de Heydenreich a trouvé un microbe identique à celui du clou de Biskra, et l'a retrouvé dans les eaux de la contrée et dans le sol.

— M. *Pouchet*, à propos des photographies stellaires récemment obtenues par MM. Henry, présente quelques observations relatives à la physiologie de la rétine.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur un champignon développé dans la salive humaine, par M. Galippe. — On sait que la salive, abandonnée à elle-même, ne tarde pas à fourmiller en organismes inférieurs; pour des expériences spéciales, M. Galippe a cherché à se procurer de la salive stérilisée et s'est servi, entre autres, du filtre de Pasteur. Malgré tous les soins apportés à l'opération, au bout d'un certain temps le mycélium d'un champignon se développait dans la salive. Ce champignon a été soumis à la culture et les différentes phases de sa végétation se trouvent décrits en détail par M. Galippe. D'où vient ce champignon? Existe-t-il préalablement dans la salive ou vient-il de l'atmosphère? Les spores sont si volumineuses qu'il serait étonnant qu'elles eussent échappé à l'examen des observateurs. Ces spores existeraient-elles dans le laboratoire ou dans l'hôpital? Dans ce cas on conçoit, dit M. Galippe, que germant à l'intérieur de la bougie filtrante ou dans les lacunes existant dans sa paroi, elles peuvent donner naissance à des tubes de mycélium traversant la bougie grâce à leur élasticité et à leur ténuité. Cette dernière hypothèse lui paraît la plus vraisemblable. Il est étonnant cependant que l'on ne remarque pas ce champignon parmi les végétations qui se développent sur les parois des vases renfermant de la salive. Il est probable que, dans ces conditions, son développement est entravé précisément par la présence des autres organismes. D'après les caractères qu'il présente, ce champignon n'est ni un *Aspergillus*, ni un *Penicillium*, mais un *Monilia*, auquel M. Galippe donne le nom spécifique de *sputicola*. (*Journal des connais. méd.*, 1886, n°s 1-3.)

Mycosis mucorina. Contribution à l'étude des affections produites chez l'homme par les Hyphomycètes, par M. Paltauf.— Il s'agit là d'un cas fort intéressant d'infection par une Mucorinée. Le malade, un homme de cinquante-deux ans, souffrant depuis plusieurs années d'une affection gastrique, présenta, à un moment donné, des symptômes d'entérite avec péritonite circonscrite; il avait de la fièvre, du catarrhe pulmonaire, du gonflement de la rate, de l'ictère, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles; la mort survint au bout de quatorze jours. A l'autopsie, on trouva des abcès multiples du cerveau, des foyers d'induration pneumonique dans les poumons, un phlegmon du pharynx et du larynx, de la péritonite suppurée, du ramollissement de la rate, quelques ulcérations de la muqueuse intestinale s'étendant jusqu'au revêtement péritonéal, enfin de l'hémorrhagie intestinale. A l'examen microscopique, on découvrit des Hyphomycètes (probablement des Mucorinées) dans les humeurs s'écoulant du phlegmon pharyngo-laryngé, dans les abcès cérébraux, les foyers pulmonaires, les ulcères intestinaux; ces champignons présentent une ressemblance frappante avec le *Mucor corymbifer* décrit par Lichtheim et Hückel. Il n'en a pas été fait de culture.

Les foyers pulmonaires renfermaient ces champignons en abondance, surtout dans leurs parties centrales nécrosées, entourées d'une zone d'inflammation fibrineuse; les filaments pénétraient même dans la lumière et les parois des vaisseaux; de même pour les abcès cérébraux. D'après l'auteur, ce serait la présence du champignon qui aurait déterminé l'exsudation inflammatoire, puis la nécrose. Dans les ulcères intestinaux, les vaisseaux renfermaient également le champignon. Du reste, c'est l'intestin que M. Paltauf considère comme le point de départ de l'infection. Les diverses localisations seraient le résultat d'embolies ayant suivi la veine porte, le cœur droit, l'artère pulmonaire, puis le système aortique. Le foie ne renfermait pas le champignon. (*Virchow's Archiv*, Bd CII, H. 3, 1885.)

Fracture du larynx, par M. John B. Berry. — Dans l'après-midi du 6 février, ce chirurgien fut appelé auprès de M. G. L..., âgé de vingt et un ans. Le malade étendu sur un sofa était extrêmement pâle; il avait une plaie superficielle s'étendant du menton jusqu'au niveau de l'os hyoïde ; sa voix était celle d'un individu atteint de laryngite. La saillie du cartilage thyroïde était très proéminente; plaçant sa main sur la partie antérieure du cou et priant le blessé de déglutir, le chirurgien sentit une crépitation des plus manifestes au niveau du larynx; un examen plus attentif montra qu'il y avait un écartement des deux lames du cartilage thyroïde. Voici en quelques mots ce qu'apprit le récit de l'accident survenu au malade. Vingt minutes auparavant environ il travaillait à une scie circulaire lorsqu'il fut brusquement atteint au cou par une pièce de bois animée d'une forte impulsion de bas en haut. Pendant quelques instants il fut pris de suffocation; on lui présenta de l'eau à boire, mais il la repoussa, comme s'il redoutait que cela l'étouffât. Avec l'aide de deux hommes, il put se rendre chez lui, parcourant ainsi une distance d'environ 500 yards. On appliqua sur le devant du cou des compresses d'eau chaude et on mit le malade au lit, la tête et les épaules maintenues élevées. Une heure après, M. John Berry revit le malade en compagnie de M. Chaffers, qui confirma le diagnostic de fracture du larynx. On décida de continuer l'application des compresses chaudes et on recommanda d'envoyer chercher immédiatement le chirurgien s'il survenait quelque complication. Vers une heure et demie du matin, M. Berry fut appelé en toute hâte près du malade, qui ne pouvait plus respirer. A son arrivée, il le trouva sans connaissance, les yeux ouverts et fixes, la face pâle, faisant de grands efforts de respiration sans arriver à appeler l'air dans sa poitrine. La laryngotomie fut immédiatement pratiquée. L'air ne parut pas pénétrer dans les bronches, malgré cette ouverture des voies aériennes, et il ne s'échappa pas la moindre quantité de mucus par la canule. Celle-ci fut retirée; on s'assura que son calibre était bien libre et on la replaça, après avoir agrandi l'ouverture de la trachée ; cependant l'air ne pénétra pas plus que la première fois et le malade ne tarda pas à succomber. Une demi-heure après l'opération, le larynx et la trachée furent examinés aussi complètement qu'on put le faire à travers la plaie opératoire. Outre la disjonction des lames du cartilage thyroïde, il y avait une fracture oblique de chacune de ces lames ; un fragment d'une de ces lames était enfoncé dans le calibre de la trachée et l'obstruait en partie; on l'enleva aisément. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pas permis de s'assurer si ce fragment bouchait entièrement les voies de l'air ou s'il ne jouait pas le rôle d'un clapet fermant le calibre de la trachée au moment de l'inspiration. (*The Lancet*, 23 mai 1885, p. 936.)

Opacité de la cornée produite par la cocaïne, par le docteur Fletcher Wilson. — Ce médecin écrit qu'il a employé la cocaïne dans cinquante-six opérations sur l'œil avec le même succès. Dans deux cas, la cocaïne donna lieu à un symptôme particulier. Le premier cas se rapporte à un homme de quarante-sept ans, qui avait perdu l'œil gauche quelques années auparavant à la suite d'un traumatisme. L'œil droit avait été dans la suite atteint d'ulcération de la cornée, avec perforation de celle-ci et adhérence de l'iris. Une large opacité occupait le centre et la partie inférieure de la cornée. On instilla dans l'œil quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 4 pour 100 et on pratiqua une iridectomie. La solution de cocaïne fut employée à la place de l'atropine pendant la journée à trois reprises différentes. Le matin suivant, la portion transparente de la cornée commença à présenter un aspect nébuleux; cette nébulosité continua à augmenter pendant trois jours ; à ce moment la cornée avait une coloration jaunâtre et sa surface était dépolie. On supprima à ce moment la cocaïne et on la remplaça par une solution d'atropine à 1 pour 100. Immédiatement une amélioration se produisit et se continua les jours suivants; le quatrième jour, la cornée reprit son poli et l'opacité disparut. Dans un cas de discission pour une cataracte molle chez un enfant âgé de dix mois, la cocaïne fut instillée pendant l'opération et continuée pendant deux jours après. Tout semblait bien aller, lorsque le troisième jour la cornée présenta la même opacité que dans le premier cas. On substitua la solution d'atropine à la cocaïne, et dès lors rapidement la cornée reprit sa transparence. Ces accidents paraissent devoir être attribués à l'emploi de la cocaïne, puisque dans les deux cas ils disparaissent sitôt la cessation de l'emploi de cet alcaloïde. (*The medical Record*, 16 mai 1885, p. 540.)

Notes sur trois cas de grossesse tubaire opérés avec succès, par Lawson-Tait. — Ces trois faits sont les septième, huitième et neuvième que l'auteur a traités par une opération. Toutes les malades sauf la première ont guéri et elles continuent au moment de la publication de cette note à jouir d'une bonne santé. Cette série heureuse, bien qu'elle ne comporte pas un très grand nombre d'observations, est suffisante pour prouver que ce genre d'affection peut être heureusement traité grâce aux procédés adoptés par la chirurgie abdominale depuis ces dernières années. Ces résultats justifient les opérations immédiates qui ont été faites dans certains cas, elles les justifient surtout si on se rappelle que la plupart de ces malades abandonnées à elles-mêmes succombent fatalement. Ces faits confirment encore les vues que l'auteur a déjà exprimées, à savoir que les grossesses extra-utérines sont toutes d'origine tubaire et proviennent de la rupture de la trompe vers la dixième ou douzième semaine de la grossesse en un point qui est déterminé par le siège du placenta. Suivent les trois nouvelles observations de M. Lawson-Tait qui se rapportent à des femmes de trente-six, quarante et un et vingt-six ans, multipares, à l'exception de la première qui n'a jamais eu d'enfant, bien que mariée depuis douze ans. Les malades ont guéri dans un délai de cinq semaines, quatre semaines et trois semaines. (*The British medical Journal*, 18 avril 1885, p. 778)

Exostose du conduit auditif, par M. Georges-P. Field. — L'auteur rapporte quatre cas d'exostose du conduit auditif externe qu'il a été appelé à traiter dans ces derniers temps, et les fait suivre des considérations suivantes : ces exostoses ne sont en aucune manière nécessairement liées au rhumatisme, à la goutte ou à la syphilis; leur cause doit être attribuée très probablement, dans la plupart des cas, sinon dans tous, à une irritation locale du conduit auditif externe, telle, par exemple, que celle qui résulte de l'usage abusif des bains de mer; on peut les traiter très heureusement par le foret, qui est une opération des plus sûres, à condition de prendre certaines précautions, notamment celle de protéger les parties profondes de l'oreille contre les échappades de l'instrument à l'aide d'un disque protecteur en acier flexible; leur ablation est indiquée dans tous les cas où elles empêchent la sortie des sécrétions du conduit auditif, où elles occasionnent de la douleur par la pression qu'elles exercent sur les parties voisines, où elles menacent d'obstruer complètement le méat et d'exposer ainsi le malade à la perte totale ou partielle de l'ouïe. (*The Lancet*, 30 mai 1885, p. 980.)

Travaux à consulter.

Diabète insipide dans un cas de syphilis cérébrale, par M. R. von Hosslin. — Cas intéressant d'un individu de trente-quatre ans, qui fut atteint de syphilis pendant le siège de Paris, en 1871, et qui guérit d'un diabète insipide par le simple traitement spécifique. (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, Bd XXXVII, H. 5, 1885.)

BIBLIOGRAPHIE

Du diabète sucré chez la femme, par le docteur Lécorché, médecin des hôpitaux. — Paris, 1886, in-18 de 400 pages. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Nous n'avons pas aujourd'hui à donner une analyse étendue de l'intéressante monographie de M. Lécorché sur *le diabète sucré chez la femme;* en effet, la *Gazette hebdomadaire* a déjà fait connaître à ses lecteurs la façon dont l'auteur apprécie et commente les rapports du diabète avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse (voy. le n° du 13 novembre 1885). C'est là, on le comprend de reste, la partie vraiment originale, le chapitre vraiment nouveau de l'œuvre du docteur Lécorché depuis la publication de son *Traité du diabète.*

On ne lira pas sans intérêt, cependant, au cours de cette monographie, les quelques particularités plus ou moins importantes, plus ou moins marquées, qui distinguent la pathogénie, la fréquence, l'intensité et l'évolution du diabète chez la femme, de celles de la même affection chez l'homme. On peut citer, par exemple, la tolérance beaucoup plus grande des femmes diabétiques pour les traumatismes et les opérations chirurgicales; toutes réserves faites, d'ailleurs, des conditions spéciales plus graves créées, dans les deux sexes, par le diabète aigu, ou par la coexistence d'une lésion organique profonde telle que tuberculose pulmonaire, néphrite, affection cérébrale, entérite intense, etc. Chez la femme, du reste, aussi bien que chez l'homme, la constatation de l'azoturie devra donner confiance au chirurgien et lui inspirer quelque hardiesse, en lui montrant que la nutrition cellulaire n'est que peu atteinte chez le diabétique confié à ses soins.

Signalons encore, bien qu'il n'offre rien de très spécial à la femme, l'intéressant chapitre consacré par l'auteur au coma diabétique et à l'acétonémie. L'étude de ce point particulier a été reprise à nouveau par M. Lécorché et remise au point avec les documents dont la question s'est enrichie depuis une dizaine d'années. Après avoir discuté les différentes interprétations pathogéniques proposées pour expliquer le coma diabétique, il conclut que la théorie de l'acétonémie n'a pas rencontré d'objections assez puissantes pour la faire rejeter, et qu'elle doit être acceptée comme rendant le mieux compte de tout un groupe de faits classés par lui sous la rubrique de coma par intoxication ou coma acétonémique. C'est là, nous le pensons du moins, la façon la plus sage et la plus rationnelle de comprendre les accidents si variés du collapsus et du coma au cours du diabète sucré.

Enfin l'auteur accorde, à juste titre, une place importante au traitement du diabète et des manifestations propres à chaque cas particulier, c'est-à-dire au traitement du diabétique; nous ne pouvons que renvoyer aux règles de diététique qu'il a tracées avec le plus grand soin : elles serviront de guide utile dans la pratique pour la lutte souvent si difficile à soutenir contre la dénutrition du glycosurique.

André Petit.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation de médecine. — Ce concours s'est terminé mardi dernier par les nominations suivantes :

Faculté de Paris : MM. Brissaud, Ballet, Déjerine et Chauffard.
Faculté de Bordeaux : MM. Moussous, Dubreuilh.
Faculté de Lille : MM. Lemoine, Chaffard.
Faculté de Lyon : MM. Weill, Lannois.
Faculté de Montpellier : MM. Boinet, Brousse.
Faculté de Nancy : MM. Simon, Parizot.

Association générale des médecins de France.

La vingt-septième assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 2 et 3 mai prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. Les présidents et délégués des Sociétés locales s'y réuniront à une heure. Les élections des membres du bureau et du conseil général auront lieu dans la séance du lundi 3 mai; la liste des candidats proposés par le bureau sera mise à la disposition des délégués le dimanche 2 mai, avant la séance.

Voici l'ordre du jour de ces assemblées :

Ordre du jour de la séance du dimanche 2 *mai* 1886. — La séance sera ouverte à *deux heures précises.* — 1° Rapport de la commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association; 2° Installation et allocution du président nouvellement élu; 3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du conseil général; 5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1885, par M. Foville, secrétaire général; 6° Première partie du rapport de M. Horteloup sur les pensions viagères à accorder en 1886; 7° Rapport de M. Passant sur la déclaration des causes de décès et le secret professionnel (vœu de M. Langlet, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885); 8° Rapport de M. de Ranse sur le projet de création d'un ordre de médecins (vœux de MM. Surmay et Mougeot, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885).

A sept heures précises, le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 3 *mai* 1886. — La séance sera ouverte à *deux heures précises.* — 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale; 2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale; 3° Deuxième partie du rapport de M. Horteloup, sur les pensions viagères à accorder en 1886. Discussion et vote des propositions; 4° Élection de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1887; 5° Election des membres du bureau et renouvellement partiel du conseil général : Membres sortants du bureau : vice-présidents : MM. Cazeneuve, Larrey, Ricord, Bouchacourt; secrétaire général : M. Foville; secrétaires : MM. Martineau et Blache; trésorier : M. Brun. — Membres du conseil à renouveler : MM. Lunier, décédé; Cornil, Durand-Fardel, Le Roy de Méricourt, Pénard, Richelot, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice (les membres du bureau et du conseil sont rééligibles); 6° Discussion des rapports de MM. Passant et de Ranse; 7° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1887.

Afin de faciliter l'étude des questions mises à l'ordre du jour et d'en assurer la discussion sérieuse, l'Association, dans sa vingt-troisième assemblée générale, avait décidé que les rapports seraient imprimés à l'avance. En conséquence de cette décision, nous avons reçu le rapport de M. Passant sur un vœu relatif à la déclaration des décès, et celui de M. de Ranse sur un vœu relatif à la création d'un ordre de médecins. Nous n'avons pas à apprécier ici, avant qu'ils aient été discutés en séance publique, ces deux documents. Nous croyons cependant pouvoir dire dès aujourd'hui que la majorité des médecins s'associeront, nous en avons l'espérance, aux conclusions négatives de M. de Ranse. La question qu'il a examinée a été souvent déjà discutée dans les colonnes de ce journal, et toujours on y est arrivé à déclarer que la création d'un ordre de médecins était non seulement très difficile, mais encore peu compatible avec la liberté professionnelle.

Le rapport de M. Passant soulevera, par contre, quelques objections, surtout de la part des médecins de province. La solution qu'il propose est d'une application peut-être difficile. Mais nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet. Il nous suffisait d'appeler l'attention de nos confrères sur l'intérêt que présenteront les deux prochaines séances de l'Association générale.

Association générale. — Au moment où nous mettons sous presse, les membres de l'Association générale auront procédé à l'élection de leur président. C'est aujourd'hui même que la Société centrale et les Sociétés locales ont été convoquées. Nous ne doutons pas qu'elles ne donnent à M. H. Roger un nouveau témoignage de leur confiance et de leur gratitude.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LA GUÉRISON EXPÉRIMENTALE DE LA TUBERCULOSE.

Au total de la liste publiée ci-dessous que la générosité traditionnelle des premiers souscripteurs a si largement dotée, il conviendra d'ajouter une somme de 3000 francs votée par le Conseil municipal.

Septième liste.

Mme la baronne douairière James de Rothschild.	6000 fr.	»
M. le baron Alphonse de Rothschild...........	5000	
Souscription du *Figaro*, envoyée par M. le docteur Janicot : M. A. Pannier, 300 francs ; Mme J.-A. J..., 100 francs ; anonyme, à Grasse, 100 francs ; M. F.-A. Léon, 25 francs ; Mme Legrand, un anonyme, Mme Périne, MM. A. Dufeu, Paul Brot, chacun 20 francs ; M. Bégis, une abonnée du *Figaro*, chacun 10 francs ; un lecteur du *Figaro*, une abonnée du *Figaro*, Mmes veuve X..., Dugenne, Toussaint, chacun 5 francs.......	670	
Souscription du *Petit Journal*................	546	60
Mmes Carré..................................	500	
Antiq..................................	100	
Leduc..................................	100	
Legris, au Mans........................	100	
MM. le docteur Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen....................	100	
le professeur Richet (de l'Institut).........	100	
le docteur Pamard........................	100	
F. Nantoire, à Reims....................	100	
Michel Perret...........................	100	
Andresset...............................	100	
Un lecteur de la *Tribune médicale*........	100	
Mme Debladis................................	60	
MM. Lavigne, pharmacien........................	50	
le docteur Landouzy, médecin des hôpitaux.	50	
Marcoudès................................	50	
Charron..................................	50	
le professeur Bœckel (de Strasbourg).......	50	
Maumené..................................	50	
La *Gazette médicale de Strasbourg*...........	50	
M. le docteur Arnozan (de Bordeaux)..........	25	
MM. Decran, à Moulins ; E. Dally, professeur à l'École d'anthropologie ; Dutra, Tage Ambarès, Peeters, Mme Dumez, M. Auzerais, Mme X..., chacun 20 francs..............	160	
MM. de Romeuf................................	15	
Gaultry..................................	10	
Dervoge..................................	6	
M. Armaro Danin, étudiant en médecine ; un anonyme, M. Janet, chacun 5 francs......	15	
M. Renault, 3 francs ; M. L. de J..., deux jeunes gens de Rouez, chacun 2 francs.........	7	
Total..............	14.364 fr.	60
Listes précédentes..	14.555 fr.	55
TOTAL GÉNÉRAL..	28.920 fr.	15

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 26 mars). — *Ordre du jour :* M. Robert Moutard-Martin : Discussion sur la pleurésie hémorrhagique. — M. Gouguenheim : Présentation de pièces anatomiques : pleurésie hémorrhagique. — Présentation de malade : paralysie traumatique de l'avant-bras. — MM. Debove et Flamand : Nouvelles recherches sur l'influence de l'eau sur la nutrition. — M. Cadet de Gassicourt : Traitement du croup par le procédé de M. Delthil. — M. Joffroy : Atrophie musculaire des quatre membres. — Discussion du rapport de M. Vallin sur le traitement de la phthisie.

Association des étudiants. — La deuxième assemblée générale de l'Association des étudiants s'est tenue avant-hier, mardi soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. L'honorable vice-recteur de l'Académie a su rappeler le nom de M. Pasteur en termes qui ont valu à l'assemblée une allocution éloquente et émue de l'illustre savant.

Le rapatriement des troupes du Tonkin. — Ainsi que nous l'avons exposé dans le dernier numéro (voy. p. 169), le gouvernement s'est préoccupé de prescrire des mesures sanitaires spéciales pour le rapatriement des troupes qui vont prochainement rentrer du Tonkin et de l'Annam. Ces mesures concordent avec celles que nous avons déjà indiquées ; elles ont été adoptées, sur le rapport de M. Proust, par le comité consultatif d'hygiène publique de France dans sa séance de lundi dernier (15 mars).

Déjà les ministres de la guerre et de la marine ont prescrit, *au point de départ*, des mesures de précaution ; les corps de troupes à embarquer sont soumis à une sorte de sélection ; ils sont choisis homme par homme et isolés pendant un certain nombre de jours, de façon à éviter l'embarquement de soldats atteints de maladies contagieuses ou ayant ces maladies à l'état d'incubation. Des mesures d'assainissement et de désinfection ont été également prescrites *pendant la traversée*. Quant aux mesures de précaution à prendre *à l'arrivée*, il est décidé que les provenances du Tonkin non contaminées seraient dirigées sur l'île de Port-Cros, l'une des îles d'Hyères ; les troupes y seront débarquées et soumises à une observation de six jours ; leurs vêtements et leur linge de corps seront placés dans une étuve à désinfection par la vapeur sous pression à 106 degrés centigrades, suivant les procédés et le modèle de MM. Geneste et Herscher ; avant de quitter l'île, les militaires recevront de nouveaux vêtements. Si les navires provenant du Tonkin ont eu ou ont des accidents cholériques à bord, ils seront dirigés immédiatement sur l'île de Bagau ; les malades seront débarqués, et les navires seront soumis à une désinfection rigoureuse.

Dans ce but, l'île de Port-Cros et l'île de Bagau devront avoir un personnel distinct, et toute communication sera interdite entre ces deux îles. En conséquence, il y a lieu d'installer immédiatement à Port-Cros et à Bagau une station de désinfection par la vapeur sous pression, et d'établir une entente entre la guerre et la marine pour le ravitaillement des troupes, l'approvisionnement d'eau potable, la fourniture des vêtements.

Les malades seront traités par les médecins militaires ; il y a lieu, en outre, de désigner deux médecins appartenant à l'administration sanitaire, l'un pour l'île de Port-Cros et l'autre pour l'île de Bagau. Le médecin attaché au service sanitaire fera, de concert avec le médecin du bord, une visite générale de l'équipage et des passagers ; en cas de dissentiment, l'avis du médecin attaché au service sanitaire prévaudra et devra être suivi. Le doute sera toujours interprété dans le sens de la plus grande prudence.

Nécrologie. — Les journaux anglais annoncent la mort de M. John Cooper Forster, ancien président du Collège royal des médecins d'Angleterre, de M. le docteur John Cawood Wordsworth, médecin consultant à l'hôpital ophthalmologique de Londres, et de MM. les docteurs William Pearse (de Plymouth), John Archer (de Birmingham), John Bishop (d'Edimbourg) et Raphal Woolman Read, inspecteur général des armées à Salisbury. — On annonce aussi la mort de MM. les docteurs Bourdette (de Bagnères-de-Bigorre), Vaillandet, de Pin d'Emagny (Haute-Saône), Penot (de Lyon), Dupré et Féau, médecins aides-majors de deuxième classe.

Mortalité à Paris (10e semaine, du 7 au 13 mars 1886). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 5. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 51. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 28. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 71. — Bronchite aiguë, 50. — Pneumonie, 169. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 38 ; au sein et mixte, 24 ; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 128 ; de l'appareil circulatoire, 90 ; de l'appareil respiratoire, 123 ; de l'appareil digestif, 39 ; de l'appareil génito-urinaire, 33 ; de la peau et du tissu lamineux, 8 ; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 23. — Total : 1271.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

5187. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE N° 13 26 MARS 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie des sciences : La toxicité urinaire. — L'hémoglobine et la méthémoglobine. — Académie de médecine : Les leucomaïnes. — Traitement de la rage.

C'est à l'Académie des sciences que les communications d'ordre médical ont été, cette semaine, plus particulièrement dignes d'être signalées. Nous reproduisons *in extenso* (p. 205) la note lue par M. le professeur Bouchard. Point n'est besoin d'insister sur la valeur scientifique de ces nouvelles recherches ni sur l'intérêt qu'elles présentent au point de vue de la pathologie générale. Ce premier résumé des travaux de notre savant confrère sera suivi de plusieurs autres qui, nous n'hésitons pas à l'affirmer, éclaireront d'un jour nouveau l'histoire des maladies infectieuses en faisant connaître la pathogénie des accidents qui trop souvent encore en aggravent le pronostic.

Un autre mémoire, dû à M. Hayem, et dont on trouvera plus loin (p. 208) une analyse succincte, précise diverses recherches d'hématologie et explique l'innocuité, quand il est bien administré, du nitrite d'amyle. Les travaux de ce genre ont, au double point de vue de la thérapeutique et de la physiologie, un intérêt indéniable.

— A l'Académie de médecine, une nouvelle communication de M. A. Gautier a repris à son point de départ l'histoire toujours si controversée des ptomaïnes et des leucomaïnes et montré, en signalant de nouvelles recherches, toute l'importance qu'elle présente au point de vue clinique et toxicologique.

— En dehors de l'Académie on s'est ému, beaucoup plus qu'il ne convient, de la mort à l'Hôtel-Dieu d'un des paysans russes envoyés de Smolensk pour être soumis au traitement institué sous la direction de M. Pasteur. Nous ne ferons, au sujet de ce décès, que de courtes réflexions. En acceptant de traiter, dans des conditions parfois fort désavantageuses, tous les malades qui s'adressent à lui, M. Pasteur a tenu à montrer une fois de plus qu'il faisait passer les intérêts scientifiques et humanitaires avant tous les autres et que, l'innocuité de sa méthode étant aujourd'hui parfaitement démontrée, il se préoccupait surtout de rendre service à tous ceux qui pouvaient se croire exposés à être atteints de la rage. Si donc il a accepté de recevoir des malades atteints de morsures graves à la face et aux lèvres, ne pouvant arriver à Paris qu'après un voyage long et pénible, ne devant être soumis au traitement que dans des conditions relativement très défavorables, il a fait acte d'abnégation et d'humanité et le résultat qu'on déplore aujourd'hui ne saurait nullement être invoqué, même au point de vue statistique. Mais il y a plus. Ce malade avait été mordu par un loup et non par un chien. Il reste donc à déterminer si la rage du loup, surtout lorsque ses morsures sont aussi étendues, aussi multiples et aussi profondes, n'évolue pas plus vite, n'est pas plus réfractaire à l'inoculation du virus recueilli chez le lapin et ne nécessite pas une méthode thérapeutique à la fois plus active et peut-être plus rapide que celle du chien. Jusqu'à ce jour les faits observés par M. Pasteur ont prouvé qu'il empêchait l'éclosion de la rage provoquée par la morsure du chien. Le décès que l'on vient de constater et qui, l'autopsie pratiquée par M. Cornil et les symptômes observés par M. Richet l'ont prouvé, était bien un décès rabique, montre seulement que dans une maladie qui, comme la rage du loup, tue 95 fois sur 100. Il faut plus de soins encore et des inoculations plus actives que pour les morsures d'un chien enragé. Aussi M. Pasteur n'a-t-il pas hésité à soumettre les autres blessés à une nouvelle série d'inoculation.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur l'action thérapeutique des injections d'éther iodoformé

A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL.

Mon cher maître,

Vous invitez les chirurgiens qui ont traité des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, à publier leurs

observations; permettez-moi de vous soumettre un cas de guérison qui me paraît d'autant plus intéressant que l'emploi d'une autre méthode n'eût pas été, je crois, sans présenter de grands inconvénients.

Dr Quénu,
Chirurgien des hôpitaux.

Obs. *Volumineux abcès ossifluent de la fesse et de la cuisse traité par les injections d'éther iodoformé; guérison en quarante-cinq jours.* — D... (Louis), âgé de treute-six ans, boulanger, entre le 15 mars 1885 à l'hôpital Beaujon (2e pavillon, n° 33). Il se plaint de douleurs dans la fesse et dans la cuisse du côté droit : ces parties sont le siège d'une tuméfaction énorme et manifestement fluctuante, la tumeur de la fesse a environ le volume d'une tête d'adulte, une autre plus petite occupe la partie postérieure de la cuisse, une troisième le triangle de Scarpa. La fluctuation se transmet facilement de l'une à l'autre.

Le début de la maladie remonte à trois ans : D... souffrait alors beaucoup de la cuisse *gauche;* il a été traité énergiquement par un médecin pour une sciatique, au moyen de ventouses scarifiées et d'une série de vésicatoires volants. Un an après les douleurs n'étaient guère apaisées, et le malade entrait dans un service de médecine de la Pitié. Au bout de six semaines, D.... ayant accusé des douleurs dans la fesse *droite*, un examen plus minutieux de cette région y fit découvrir l'existence d'une tumeur qu'on ponctionna, mais sans résultat.

Peu à peu la fesse et la cuisse grossirent, le malade quitta l'hôpital un peu soulagé; puis, dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail, affaibli et découragé, il se présenta à la consultation de Beaujon au mois de mars 1885.

Les caractères de la tuméfaction dont nous avons indiqué les bosselures saillantes à la fesse et à la racine de la cuisse, ne laissent aucun doute sur sa nature : il s'agit évidemment d'un immense abcès froid : les articulations coxo-fémorale et sacro-iliaque sont indemnes, l'exploration des vertèbres et de la crête iliaque n'indique aucune lésion de ce côté-là, mais, en pratiquant le toucher rectal, on découvre que la face antérieure du sacrum est tuméfiée et très douloureuse.

Ces signes, rapprochés des douleurs sciatiques qui ont précédé l'apparition de la collection, autorisent à croire qu'une altération du sacrum est le point de départ de l'abcès.

L'état général est du reste mauvais; D... est pâle, sans forces, amaigri. Il tousse fréquemment l'hiver, mais il est emphysémateux. En auscultant les poumons on ne découvre qu'un peu d'obscurité du bruit respiratoire aux deux sommets.

Le 1er mars, nous retirons, par une ponction exploratrice, 2 litres de pus semblable à celui des abcès ossifluents, c'est-à-dire mal lié et riche en grumeaux.

Après évacuation on injecte environ 20 grammes d'une solution d'éther iodoformé au dixième, la poche se gonfle et se distend immédiatement après l'injection. Le malade n'accuse pas de douleurs vives.

Le 2 avril, c'est-à-dire quinze jours après, deuxième ponction avec injection : un litre et demi de pus a été retiré.

Le 14 avril, on obtient seulement un litre de pus.

Le 22 avril, un demi-litre de liquide est extrait. Ce liquide n'est plus du pus, il est séreux, d'une couleur brun verdâtre et ne renferme que de rares leucocytes.

La tuméfaction ne se reproduit pas après cette quatrième ponction. Le malade ne souffre plus et quitte l'hôpital le 6 mai pour reprendre son travail.

Nous lui avons écrit de venir nous voir au mois de novembre, c'est-à-dire près de cinq mois après sa sortie de l'hôpital.

D... n'a pas cessé de travailler depuis le mois de mai; il exerce, la nuit, son métier pénible de boulanger. Malgré cela les forces lui sont revenues, il ne souffre pas, se sent très bien et a engraissé de 12 livres.

Voici quel est l'état local : la cuisse droite offre son volume normal, la fesse n'est nullement tuméfiée, on sent la place qu'occupait l'abcès, une sorte de plaque fibreuse qui paraît s'enfoncer vers la grande échancrure sciatique.

En somme, cette observation est un remarquable exemple de guérison d'un vaste abcès ossifluent, obtenu au moyen de 4 ponctions avec injection d'éther iodoformé dans l'espace de quarante-cinq jours.

Mon cher collègue,

Je vous remercie du concours que vous m'apportez.

L'efficacité des injections d'éther iodoformé est encore contestée, surtout par les partisans de l'ouverture large et du raclage. Le succès remarquable que vous faites connaître convertira peut-être quelques incrédules.

Je ne puis commenter ici votre observation. Toutefois je demande (étant donnée, dans la méthode sanglante, la nécessité d'abraser *dans toute son étendue* la paroi pyo-tuberculeuse) si on se serait décidé à porter la curette jusqu'au point osseux malade, c'est-à-dire jusqu'à la face antérieure du sacrum, et si on aurait pu garantir l'innocuité de cette manœuvre.

Vous n'avez pas eu besoin d'une action chirurgicale aussi aventureuse et, sans péril pour le patient, comme sans émotion de praticien pour vous, vous vous êtes contenté de plonger dans une poche sous-cutanée une aiguille de 3 millimètres, et de remplacer le pus extrait par un liquide inoffensif et bienfaisant.

En six semaines vous avez obtenu un résultat tel, qu'un malheureux, impotent depuis trois ans, a pu reprendre presque aussitôt un travail des plus rudes et en même temps récupérer sa santé générale.

Si l'ouverture et le raclage ont le pouvoir de mieux faire et à moins de frais, force leur sera d'en fournir la preuve. Du reste, d'ici à quelque temps vous pourrez lire sur ce sujet un travail étendu que prépare mon chef de clinique, M. le docteur Verchère.

Je termine par une courte remarque. Non seulement votre patient a été débarrassé de ses abcès, mais en peu de temps il a repris ses forces et engraissé de 12 livres. Le traitement a donc été efficace au double point de vue de la lésion locale et de la santé générale. N'est-il pas permis d'en conclure que la guérison des abcès froids par les injections d'iodoforme est un premier pas fait dans la voie où nous sommes engagés pour chercher les moyens de guérir la tuberculose?

Agréez, etc. Verneuil.

EXERCICE DE LA MÉDECINE

La revision de la législation sur l'exercice de la médecine.

(Troisième et dernier article. — Voy. p. 117 et 134.)

VI. La répression de l'exercice illégal de la médecine ne constitue pas la moindre des difficultés contre lesquelles se heurte tout projet de réforme de la législation médicale depuis tant d'années. La loi du 19 ventôse an XI n'avait cependant pas manqué de déclarer, par son article 35, que tout individu qui continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer l'art des accouchements, sans être sur les listes officielles des médecins et sans avoir de diplôme, de certificat ou de lettre de réception, serait poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices; et, d'après l'article 36, ce délit doit être dénoncé

aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du Gouvernement près ces tribunaux. L'intention du législateur était manifeste; la latitude même, laissée aux magistrats pour l'appréciation de l'amende, l'aggravation de peine indiquée dans les autres paragraphes de l'article 36 en cas de récidive ou d'usurpation de titre, indiquaient nettement que l'exercice illégal devait être judicieusement réprimé. Mais les rédacteurs du Code pénal, soit négligence, soit mauvais vouloir, n'ont pas tardé à enlever aux prescriptions de la loi du 19 ventôse an XI tout le caractère et toute la portée qu'elles devaient avoir. En effet, le Code pénal n'admet pas d'amende dont le taux n'a pas été spécifié; faute de cette mention dans la loi, en l'absence d'un maximum et d'un minimum de peines spécialement déterminés, les tribunaux ne peuvent plus appliquer, en pareil cas, que la plus faible des peines pécuniaires, c'est-à-dire l'amende de simple police, dont le taux dérisoire et inefficace varie de 1 à 15 francs. De telle sorte, comme l'a fait très bien remarquer M. le docteur Geoffroy, qu'un fait qualifié délit par la loi est poursuivi et puni comme une simple contravention et, par suite, se prescrit comme tel; en outre, les tribunaux correctionnels sont saisis d'affaires qui n'entraînent qu'une peine de simple police, et les tribunaux de police peuvent connaître d'un fait qui est qualifié délit par la loi. Ce n'est pas d'ailleurs la seule anomalie que la jurisprudence présente à l'égard de la profession médicale; en voici quelques exemples : lorsqu'une loi, a déclaré la Cour de cassation, établit pour un cas donné une peine d'une nature déterminée sans fixer un maximum, les tribunaux sont tenus de ne prononcer que le minimum de cette peine tel qu'il est réglé par les dispositions générales du Code pénal; et, de ce fait, le corps médical, pour lequel le législateur de l'an XI avait voulu établir des prescriptions spéciales, se les ait vu biffer d'un trait de plume par les rédacteurs du Code pénal dans leur désir de soumettre l'art de guérir à l'application des principes généraux. On se demande vraiment comment l'on en est arrivé, tout en soustrayant le prévenu d'exercice illégal aux peines correctionnelles, à le soumettre néanmoins à une peine, sans crainte de créer pour lui une quatrième classe de contraventions de police en dehors des classifications du Code pénal, classe qui renferme des peines de 1 à 15 francs.

Quoi qu'il en soit, il importe de ne pas laisser dans l'incertitude une telle répression et, puisque le Code pénal n'a pas voulu faire bénéficier les médecins de dispositions spéciales en rapport avec la législation particulière qu'ils avaient obtenue peu de temps auparavant, c'est à une loi nouvelle qu'il appartiendrait de reconnaître l'importance sociale du délit commis en pareil cas. Ce qu'est cette importance sociale, nous n'avons pas à la rappeler ici, après tant d'autres; ceux-là mêmes qui aiment le plus à la railler ne sont pas les moins empressés à en reconnaître la valeur, pour peu qu'ils aient besoin des médecins auxquels elle doit légitimement appartenir; serait-il donc préférable de la laisser s'avilir entre les mains des charlatans et des médicastres de tout sexe et de toute robe, pour le plus grand préjudice de la santé publique? M. le docteur Mauricet vient encore une fois d'en montrer tous les effets dans une importante étude sur l'exercice illégal des professions médicale et pharmaceutique dans le département du Morbihan; le nombre des praticiens n'y cesse de diminuer devant la concurrence des communautés religieuses délivrant des médicaments et des rebouteurs, renoueurs, rhabilleurs, dont la clientèle afflue plutôt en raison des amendes légères auxquels ils sont parfois condamnés.

Tout d'abord, l'exercice illégal de la médecine doit être défini avec beaucoup de soin et ne pas être laissé dans l'incertitude. M. Chevandier, dans le projet qui est en ce moment soumis au Parlement, entre à ce sujet dans des détails très complets. Le Comité consultatif d'hygiène publique, tenant compte de ce projet ainsi que des dispositions proposées de divers autres côtés, a adopté la définition suivante, qui lui a paru comprendre l'ensemble de tous les cas pouvant se présenter dans l'espèce. « Exerce illégalement la médecine, dit son projet : 1° toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré conformément aux articles qui précèdent, prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils; 2° toute sage-femme sortant des limites fixées à l'exercice de sa profession par la loi; 3° toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de la soustraire aux prescriptions de la loi; 4° tout dentiste autorisé, c'est-à-dire non docteur ou officier de santé, qui pratique l'anasthésie. Ces diverses dispositions ne sont pas applicables aux élèves en médecine que le médecin place auprès de ses malades. »

D'autre part, M. Chevandier et la Commission de la Chambre précédente s'étaient ingéniés à établir un grand nombre de catégories et d'échelles de peines, à l'égard des divers moyens d'exercer illégalement la médecine. Ce serait offrir à l'indécision naturelle de la jurisprudence trop de prétextes et mettre souvent le magistrat dans un embarras forcément préjudiciable au corps médical. En fait, quiconque se trouve dans les conditions que nous venons d'énumérer doit être passible d'une peine déterminée et, si le délit est accompagné d'usurpation de titres, la peine doit être plus élevée; qu'on laisse seulement aux tribunaux le soin d'apprécier les circonstances du délit, tout en maintenant la répression et les peines qu'elle fait encourir dans des limites assez étroites. L'exercice illégal de la médecine nécessite une poursuite correctionnelle, passible également des peines correctionnelles que les tribunaux sont appelés à prononcer. Il y a lieu aussi de combler la lacune de la loi de l'an XI en spécifiant et limitant les conditions de la récidive. De même, M. Chevandier a eu soin de prescrire certaines incapacités permettant de rejeter du corps médical ceux qui ont subi des condamnations de nature afflictive ou infamante; à qui déplairait-il que l'honorabilité du corps médical soit ainsi mise à l'abri de toute suspicion? Ces idées se trouvent spécifiées dans le texte suivant, adopté par le Comité consultatif d'hygiène : « Quiconque exerce illégalement la médecine, est puni d'une amende de 100 à 500 francs; en cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double, et les coupables pourront en outre être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an. Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1000 à 2000 francs; en cas de récidive, elle pourra être portée au double, et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an... Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour

l'un des délits prévus par la loi... La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné : 1° à une peine afflictive ou infamante; 2° à une peine correctionnelle pour crime de faux, pour vol ou escroquerie, pour crimes prévus par les articles 316, 317, 331-335 et 345 du Code pénal; 3° à une peine correctionnelle, prononcée par une Cour d'assises, pour des faits qualifiés crimes par la loi. En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue n'est applicable aux crimes ou délits politiques. »

VII. Quand bien même les tribunaux poursuivraient avec plus de vigilance l'exercice illégal de la médecine et prononceraient des condamnations vraiment en rapport avec l'importance du délit et les bénéfices retirés de ses fautes par le délinquant, il n'est que juste que le médecin lésé puisse, comme tout autre citoyen, recevoir réparation du préjudice dont il a eu à souffrir. Le médecin a bien le droit de se porter partie civile, mais à la condition qu'il poursuive individuellement; la jurisprudence a jusqu'ici déclaré les associations de médecins autorisées non recevables à se porter parties civiles en pareil cas. Les opinions des jurisconsultes sont singulièrement curieuses à ce sujet: au point de vue du dommage matériel, dit l'un d'eux, lorsqu'il y a plusieurs médecins dans une localité, comment affirmer que la clientèle détournée par l'usurpateur serait allée plutôt chez tel titulaire que chez tel autre? peut-être se serait-elle rendue tout entière chez un seul ou seulement chez quelques-uns des docteurs, et en accordant réparation à tous, on risque d'accorder à certains d'entre eux un bénéfice, non plus une indemnité. L'expression « corps médical », fait-on observer d'autre part, n'a aucune valeur juridique; les médecins ne forment pas une corporation, et par conséquent il n'y a pas entre eux de solidarité morale.

Un arrêt de la cour de Grenoble, à la date du 26 mai 1859, mérite une certaine célébrité : il s'agissait d'une poursuite exercée par un certain nombre de médecins de Lyon contre une femme qui exerçait sans aucun titre la médecine dans cette ville; la cour estima « qu'aucun de ces médecins ne pouvait articuler un préjudice causé à ses intérêts *privés*, ni justifier d'une diminution apparente apportée à sa clientèle par la concurrence illégale dont il se plaint; attendu, ajoute l'arrêt, que cette concurrence n'est que le résultat d'une confiance aveugle, irréfléchie peut-être, que les malades accordent à cette femme; qu'il paraît constant dans la cause que la plupart de ces malades étrangers à la ville de Lyon n'y sont en aucune façon attirés par le besoin de consulter les notabilités médicales de la cité, mais par le désir unique de recevoir les avis de cette femme et de s'en remettre à ses conseils; ...attendu que ces médecins ne peuvent pas même se prévaloir au procès d'un prétendu préjudice moral; qu'en effet, si la réputation et l'honneur du corps médical peuvent être quelquefois affectés, quand il s'agit d'individus se parant, sans aucun droit, des titres de docteur et d'officier de santé, et s'abritant sous ces titres usurpés pour exploiter la crédulité et compromettre la santé publique, il n'en saurait être de même dans la cause où il s'agit d'une femme n'invoquant ni titre ni diplôme, ne recourant ni aux prospectus ni aux annonces pour attirer le public, se bornant à ne pas refuser des soins à ceux qui les réclament ». Comme en termes... juridiques ces choses-là sont dites! Ainsi, les défenseurs naturels des intérêts professionnels du corps médical, ces associations, ces syndicats qui pourraient, entre autres services, lui rendre celui de peser de leur autorité collective en faveur du praticien lésé dans l'exercice légitime de sa profession, sont déboutés par des arguments de cette valeur; les collectivités de ce genre n'ont pas qualité pour ester en justice; en dehors des secours à fournir aux sociétaires, les associations sont sans droit et par suite sans action. Mais si l'État confère aux médecins certains privilèges, ne serait-ce donc pas dans l'intention que ces privilèges puissent être utiles à la santé publique? En droit, et à titre individuel seulement, la poursuite de la réparation du préjudice que lui cause l'exercice illégal de la médecine lui est permise; en fait, les circonstances l'en empêchent le plus souvent; veut-il en charger l'un de ses soutiens naturels, une association médicale régulièrement autorisée, le tribunal estime aussitôt que celle-ci n'a pas qualité à cet effet, ou, si la plupart de ses membres, les membres du bureau, par exemple, se portent personnellement et à la fois parties civiles, on s'étonne avec simplicité qu'un préjudice quelconque puisse être, en bonne conscience, causé à leur renommée par un médicastre qui néglige le diplôme, mais non la notoriété! Les « principes généraux » du droit seraient-ils donc détruits de fond en comble parce qu'il serait prescrit, comme le demande le comité consultatif d'hygiène, qu'en cas de poursuites pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressées à des poursuites, puissent se porter partie civile.

VIII. On sait que le Code civil, avec sa générosité habituelle pour le corps médical, a assimilé les honoraires des médecins au salaire des huissiers, aux ventes des marchands, aux payements de pension et d'apprentissage, aux gages des domestiques; il a établi que l'action se prescrirait dans tous ces cas par cinq ans. Comme l'a si bien fait remarquer M. Brouardel, n'est-ce pas là une assimilation pénible et choquante pour le corps médical? Les rapports du médecin avec ses cliens sont d'un ordre tout particulier; ils sont empreints d'un caractère d'intimité et de confiance qui ne permet pas des contraintes aussi rigoureuses. Il est vrai qu'en général on n'use pas de la prescription d'un an; mais elle a permis, et cela suffit pour la juger, à couvrir l'ingratitude de certains malades ou de leurs héritiers. Aurait-on voulu dire plutôt que les dettes contractées envers le médecin sont de celles qu'il convient d'acquitter immédiatement? De fait, cette disposition du Code n'a fait que permettre au mauvais vouloir, plus ou moins calculé, de se soustraire à ces dettes par une prescription illusoire. Aussi tout le monde souscrira-t-il à la demande formulée dans nombre de propositions, à savoir que l'action des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes, pour leurs honoraires, se prescrive pour cinq ans.

IX. Il est une autre question, qui n'a pas été inscrite parmi celles qu'a soulevées la revision de la loi de l'an XI, mais qui pourrait être tranchée à la même occasion et qui vient aussi de donner lieu à une délibération intéressante du Comité consultatif d'hygiène publique de France, c'est celle de l'interprétation à donner au paragraphe 3 de l'article 2101 du Code civil, relatif au privilège conféré au médecin par les frais de la dernière maladie. La jurisprudence actuelle, sanctionnée par la Cour de cassation, admet qu'il faut entendre par ces mots: frais de la dernière maladie, les frais de la

maladie dont le débiteur est mort et non de la maladie qui a précédé la mort ou la faillite. Ce n'est pas ici le lieu de discuter les considérations juridiques et historiques développées à cette occasion, non plus que de montrer les indécisions que les commentateurs ont montrées sur cette question, ainsi que M. Dubrac l'a si nettement indiqué dans son excellent Traité de jurisprudence médicale. Il suffit d'examiner les conséquences morales d'une pareille doctrine pour être édifié sur la nécessité d'une réforme radicale. On n'a pas craint de dire en effet que la raison qui a fait édicter le privilège du médecin n'existe pas lorsque le débiteur n'a pas succombé; « la loi, a-t-on ajouté au sein d'une assemblée considérable, doit protection au médecin qui peut se trouver en présence d'héritiers peu reconnaissants des soins donnés au malade; la loi n'a pas à s'occuper du médecin dont le malade a guéri; la reconnaissance du client est, dans ce cas, pour le médecin, le meilleur des privilèges ». Ainsi, le débiteur failli, n'ayant plus la libre disposition de ses deniers, se verrait placé dans la double alternative ou, en ne payant pas le médecin, de violer le droit de reconnaissance, ou, s'il paye le médecin, de frauder les droits des créanciers. Et le médecin aurait un intérêt matériel à laisser mourir son malade, s'il peut croire sa créance en péril ! Ce sont de telles monstruosités que le Code aurait eu mission de consacrer ! L'interprétation la plus large se trouve ici d'accord avec l'équité; il est indispensable que la loi, à défaut de la bonne volonté des juges, déclare que la dernière maladie, en pareil cas, s'entend aussi bien de celle à laquelle le débiteur a succombé que de celle, quelles qu'en aient été les suites, qui a précédé la faillite.

Tels sont les points les plus importants des projets de revision sur la législation de l'art de guérir sur lesquels l'initiative parlementaire, les sociétés médicales et le Comité consultatif d'hygiène ont eu à se prononcer. Nous voudrions espérer que le caractère, essentiellement pratique à notre sens, des résolutions proposées par ce dernier aux pouvoirs publics, assure à ces réclamations, si légitimes et si utiles à la santé publique, un accueil favorable, qui permette de satisfaire à la fois tous les graves intérêts en cause.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

Sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la toxicité urinaire, par M. Ch. Bouchard.

Les principes chimiques constitutifs de l'organisme des animaux, tous utiles et indispensables, peuvent tous devenir nuisibles quand ils se trouvent hors de la proportion normale. L'oxygène en excès tue par convulsion. L'eau tue quand on en injecte dans les veines plus que le huitième du poids du corps. De même le chlorure de sodium quand on en introduit dans le sang un quatre-centième de la masse totale de l'organisme. D'autres substances tout aussi indispensables peuvent, à des doses beaucoup plus faibles, provoquer également la mort. A 18 centigrammes par kilogramme, le chlorure de potassium est mortel; il est *toxique* dans le sens habituel du mot. Beaucoup d'autres substances existent dans l'organisme normal, dont la toxicité est encore beaucoup plus considérable.

L'homme, comme les autres animaux, est donc pénétré et traversé incessamment par des poisons qui ont des sources diverses et qui sont introduits ou formés dans son corps. Ces substances, par la répétition de l'alimentation ou par la continuité de la nutrition, tendent sans cesse à augmenter comme masse et à réaliser l'intoxication. Dans les conditions normales, l'homme échappe à cette intoxication toujours imminente par trois causes principales : 1° certains poisons sont détruits par les oxydations intra-organiques; 2° d'autres sont arrêtés ou détruits par le foie; 3° la plupart sont excrétés par divers émonctoires.

On peut apprécier physiologiquement, sinon la quantité des poisons qui traversent l'organisme, au moins le degré de toxicité de ceux qui ont échappé à l'action destructive des oxydations et à l'action neutralisante du foie. Pour cela, il suffit de déterminer expérimentalement le degré de toxicité des matières expulsées par chaque émonctoire. On peut, en effet, savoir quelle masse de matière vivante peut être tuée par les produits qu'élimine, en un temps donné, chaque organe d'excrétion. Pour cette recherche il faut posséder un terme de comparaison, une unité toxique, une *toxie*. J'appelle toxie ce qui est nécessaire pour tuer un kilogramme de matière vivante. Je me suis servi toujours, pour mes estimations, de la même matière vivante : le lapin; et je l'ai toujours interrogé à l'aide de la même méthode : l'injection intra-veineuse pratiquée rapidement et dans des temps sensiblement égaux. J'ai pu ainsi apprécier quelles quantités d'unités toxiques l'homme élimine, en un temps donné, dans les produits des excrétions biliaire, intestinale, cutanée, urinaire, unités que, suivant l'émonctoire, je désigne sous les noms de cholétoxie, coprotoxie, dermotoxie, urotoxie. Il est une toxicité qui ne peut pas être étudiée par cette méthode des injections intra-veineuses, c'est celle de l'exhalation pulmonaire dont je désigne l'unité sous le nom de pneumotoxie.

Je me propose aujourd'hui d'étudier la toxicité et le degré de toxicité des matières qui sont éliminées par la sécrétion urinaire.

De tout temps on a affirmé la toxicité de l'urine normale. Il n'y a pas encore cinq ans qu'on l'a démontrée. On avait bien établi la toxicité de certaines substances extraites des urines; quant à la toxicité des urines en nature, elle n'a été réellement établie qu'en 1881 par MM. Feltz et Ritter. Quant aux caractères de cette intoxication par l'urine, je les ai fait connaître dans une note à la Société de biologie (6 décembre 1884). Je complète aujourd'hui cette description.

Le premier phénomène qui suit l'injection intra-veineuse d'urine normale, c'est la contraction pupillaire. Après l'injection de 10 à 15 centimètres cubes, la pupille commence à se contracter au point de devenir punctiforme.

Le second phénomène est l'accélération avec diminution d'amplitude des mouvements respiratoires. Puis l'animal s'affaiblit, ses mouvements deviennent indécis, pénibles.

Bientôt la sécrétion urinaire augmente. Je ne connais que l'urée, le sucre de raisin, le borate et le sulfovinate de soude qui aient une action diurétique aussi énergique que l'urine. La diurèse provoquée par l'injection d'eau distillée, souvent nulle, n'est jamais comparable à celle que produit l'injection d'urine normale.

En même temps, la température s'abaisse, ce qui tient à une diminution de la calorification.

On constate enfin la diminution et l'abolition des réflexes palpébranx et cornéens, souvent l'exophthalmie, et la mort arrive, en général, sans convulsions, ou avec des secousses musculaires modérées, ou dans certaines conditions déterminées, avec un véritable opisthotonos. Après la mort, on constate la persistance des battements du cœur et de la contractilité des muscles lisses et des muscles striés. La pupille reste étroite, mais peut dans quelques cas se dilater de nouveau.

Avant la mort l'animal est le plus souvent dans le coma. Si, à ce moment, on interrompt l'injection, l'animal ne meurt pas, il reste somnolent, en résolution, avec des mouvements respiratoires très faibles, réfrigéré, les pupilles toujours contractées, et il a une polyurie telle que, toutes les deux minutes, il peut avoir une émission d'urines. Les vaisseaux superficiels se dilatent, les artères battent avec une telle amplitude que les pulsations sont facilement senties jusqu'à l'extrémité de l'oreille.

Après dix minutes, la torpeur diminue, l'hypothermie s'arrête, la calorification remonte, la pupille se dilate, les mouvements volontaires se rétablissent. Au bout d'une demi-heure, le retour à la santé est définitif, sans phénomènes secondaires. La mort tardive est une rare exception. En général, l'animal peut être conservé pendant des semaines et des mois sans qu'on observe chez lui un accident pathologique.

Un fait à noter, c'est qu'on constate rarement l'albuminurie, sinon tout au plus une albuminurie très légère et très passagère, sauf dans les cas où, l'urine étant très peu toxique, on a injecté une très grande masse de liquide. On peut, dans ce cas, observer même l'hématurie.

J'ai dit que l'abaissement de la température était dû à une diminution de la calorification. Toute injection intraveineuse d'un liquide dont la température est inférieure à celle du corps peut assurément produire l'abaissement thermique; mais, loin d'être l'effet d'une diminution de la calorification, ce refroidissement, dû seulement à l'équilibration thermique du corps et du liquide injecté, s'accompagne presque toujours d'une augmentation de la calorification. Tout au contraire, l'urine diminue la production de la chaleur animale. C'est ce qui résulte de nombreuses expériences que j'ai faites en injectant comparativement l'eau et l'urine. Dans cette étude, j'ai d'abord, chez chaque animal, suivi pendant une demi-heure avant l'injection, la marche de l'abaissement thermique produit par l'immobilité, de manière à pouvoir apprécier la part qu'il conviendrait d'attribuer à cette immobilité dans le refroidissement constaté pendant les dix minutes qui suivent le début de l'injection. Défalcation faite, j'ai su de combien de degrés s'était refroidi l'animal par le fait seul de l'injection. Multipliant par 0,8, indice de la capacité calorifique du corps, j'ai eu le nombre de calories perdues par un kilogramme de l'animal. D'autre part, le poids du liquide injecté pour chaque kilogramme et sa température initiale m'ont donné le nombre de calories empruntées au corps par ce liquide. Si le corps a perdu plus de calories que n'en a absorbé le liquide injecté, c'est que le corps a fabriqué moins de chaleur qu'à l'état normal pendant les dix minutes qui ont suivi le début de l'injection. Si le corps a perdu moins de calories que n'en a absorbé le liquide injecté, c'est que le corps a produit dans le même temps plus de chaleur qu'à l'état normal. En opérant comparativement avec des quantités égales d'eau et d'urine, j'ai constaté que toujours l'eau augmente la calorification et que presque toujours l'urine la diminue.

Si l'on cherche quelle quantité d'urine représente une urotoxie, en d'autres termes, combien il faut d'urine pour tuer un kilogramme de matière vivante, on reconnaît que cette quantité est extrêmement variable. L'urine normale peut tuer à la dose de 10 centimètres cubes par kilogramme; mais elle peut, comme l'eau distillée, tuer à la dose de 122 centimètres cubes; elle peut même être moins toxique que l'eau distillée, certaines substances solides contenues dans l'urine diminuant l'action de gonflement et de dissolution que l'eau exerce sur les globules. En moyenne, une urotoxie est représentée par 45 centimètres cubes de l'urine normale de l'homme adulte. Ce chiffre seul prouverait que l'urine injectée dans les veines ne tue pas par action mécanique sur l'appareil circulatoire, ni par action physique sur le sang. Qu'on ajoute ou qu'on enlève de l'eau à l'urine, sa toxicité varie en raison inverse de sa dilution. L'urine tue seulement par les matières qu'elle tient en dissolution. J'ajoute qu'elle ne tue pas par sa réaction acide; mais, ce point vérifié, je l'ai toujours exactement neutralisée par le bicarbonate de soude.

La détermination de l'urotoxie m'a permis d'établir le *coefficient urotoxique* de l'homme, c'est-à-dire la quantité d'urotoxies que l'unité de poids fabrique et élimine dans l'unité de temps. L'homme adulte, sain, élimine en vingt-quatre heures, pour chaque kilogramme de son poids, une quantité de poison urinaire capable de tuer 465 grammes de matière vivante. Son coefficient urotoxique est donc 0,465. Calcul fait, l'homme met, en moyenne, deux jours et quatre heures pour fabriquer la masse de poison urinaire qui serait capable de l'intoxiquer lui-même. Ce coefficient varie peu à l'état de santé. Ses variations peuvent être considérables à l'état de maladie.

Il me reste à étudier les variations de qualité et d'intensité de la toxicité urinaire suivant des circonstances multiples : activité cérébrale, activité musculaire, sommeil, alimentation, etc.; à déterminer les substances dont dépend cette toxicité; à indiquer leurs origines.

Clinique médicale.

Du pronostic dans le cancer de l'estomac. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 12 mars 1886, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin.

Dans une communication précédente j'ai insisté sur les difficultés diagnostiques du cancer de l'estomac; je veux aujourd'hui vous montrer que les difficultés ne sont pas moindres lorsque, le diagnostic de cancer étant bien établi, il s'agit d'en pronostiquer la durée et la marche, et je prendrai surtout comme type de ces difficultés une très intéressante observation que j'ai pu recueillir dans mon service.

Dans le cancer de l'estomac, le pronostic dépend bien plus du siège de la lésion que de son étendue, et telle lésion très peu considérable qui oblitérera le pylore ou le cardia entraînera des conséquences plus graves que telle autre dégénérescence qui envahira presque toute l'étendue de l'estomac. Dans les nombreuses observations de cancer de l'estomac que j'ai recueillies, je ne connais pas de cas plus intéressant que celui d'un homme, âgé de cinquante ans, atteint manifestement de cancer de l'estomac (il portait en effet à la région épigastrique une plaque indurée qui représentait la forme de cet organe). Ce malade était cachectique et son pouls filiforme nous faisait prédire chaque jour un dénoûment prochain. Il n'en fut rien et, pendant près de trois mois, cet homme, sans éprouver un seul vomissement, fit passer par son estomac les aliments les plus indigestes et en particulier des salades aux œufs durs qu'il nous réclamait avec insistance et qu'il affectionnait tout particulièrement. Enfin ce malade succombe et nous trouvons à l'autopsie un cancer en nappe de tout l'estomac, mais qui laissait absolument indemnes et le pylore et le cardia et ne présentait d'ailleurs aucune ulcération.

A côté de ce cancer en nappe qui ne s'accompagne ni de vomissements, ni de troubles digestifs très accusés et qui permet même, comme je viens de le dire, l'ingestion et la digestion des aliments même les plus indigestes, il est d'autres cancers en nappe à forme atrophique, qui, très analogues comme apparence et comme structure histologique au cas que je viens de décrire, s'en éloignent cependant par ce fait qu'ils entraînent le retrait de l'organe, de telle sorte que l'estomac est pour ainsi dire réduit au volume du gros intestin et cela sans obstruer cependant ni le cardia ni le pylore.

Un des plus curieux exemples de ces cancers à forme atrophique est celui que je mets sous vos yeux. Comme vous pouvez le voir, l'estomac ici est réduit au volume du gros intestin; ses parois épaisses sont atteintes de dégénérescence cancéreuse dans toute leur étendue, pas d'ulcération de la muqueuse; l'orifice pylorique est étroit mais libre. Ces pièces ont été recueillies chez une femme âgée de cinquante-sept ans, et dont le début des accidents gastriques remontait à deux mois seulement avant sa mort. Elle ne pouvait supporter aucun aliment, l'amaigrissement était extrême, la teinte cachectique très prononcée et la présence de nodules dans la paroi abdominale nous avait permis d'affirmer le diagnostic de cancer de l'estomac. Ici le pronostic dans le sens de la durée des jours de la malade se confirmait entièrement et huit jours après son entrée elle succombait.

On voit donc qu'avec des lésions à peu près semblables le pronostic cependant peut présenter de sérieuses divergences : permettre la vie pendant de longs mois chez les uns, entraîner la mort très rapidement chez les autres. Cette différence doit dépendre d'un élément qui nous échappe encore, de la connaissance très exacte de la nature des lésions observées. Le cancer n'est plus aujourd'hui qu'un mot que nous avons gardé dans notre langage habituel pour caractériser les dégénérescences graves des organes, et il est probable qu'en étudiant tout spécialement au point de vue anatomo-pathologique ces diverses lésions, on pourra les classer en des groupes distincts, puis la clinique aura cette tâche difficile de les distinguer pendant la vie.

Ce que nous savons déjà, c'est qu'il est des formes de cancers dits encéphaloïdes qui évoluent avec une extrême rapidité et qui entraînent la mort du malade dans un laps de temps excessivement court; un fait intéressant de ces cancers est représenté par la pièce que je mets sous vos yeux; elle a été recueillie chez un malade relativement jeune, âgé de trente-neuf ans. Cet homme était extrêmement cachectique, il portait une tumeur volumineuse à la région du pylore, il vomissait tous les aliments, ces troubles gastriques et cette tumeur s'étaient développés dans l'espace d'un mois et demi. Notre pronostic fut extrêmement sombre et nous crûmes devoir affirmer que cet homme allait succomber dans un laps de temps très court. Nos prévisions furent cependant déçues en ce que cet homme vit ses vomissements disparaître, et pendant quinze jours il toléra parfaitement les aliments et succomba enfin dans un état cachectique assez prononcé sans éprouver d'autres vomissements.

L'autopsie nous permit d'avoir l'explication de ce fait: il existait en effet, comme on peut le voir, un cancer encéphaloïde très volumineux siégeant au niveau du pylore qu'il oblitérait presque complètement; mais, l'ulcération de cette masse ayant permis un passage aux aliments, les vomissements avaient cessé. J'ai hâte d'arriver à l'observation qui fait surtout le sujet de cette communication.

Il s'agit d'une femme L..., âgée de trente-neuf ans, qui entrait le 5 décembre 1885 pour la seconde fois dans mon service et qui succombait quelques jours après, le 9, à des accidents aigus. Le début des symptômes gastriques remontait chez cette femme à huit années auparavant, en 1877. A cette époque elle alla consulter notre collègue, le docteur Labadie-Lagrave, qui diagnostiqua chez elle un vertige stomacal; elle éprouvait en effet à cette époque des vomissements, des douleurs vives de l'estomac et enfin des étourdissements et des vertiges. Une grossesse fit disparaître en partie ces symptômes; mais une fois qu'elle eut cessé d'allaiter son enfant, les troubles de l'estomac reparurent.

De 1880 à 1884, cette malade était à Montpellier et recevait les soins des docteurs Roustan, Grynfeltt et Combal, qui attribuèrent tous les troubles de l'estomac à une métrite. En 1884, elle revint à Paris et fut soignée par les docteurs Bloch et Mouton, qui m'adressèrent cette malade, que je vis pour la première fois au commencement de janvier 1885.

A ce moment l'état de la malade était des plus graves, elle vomissait tous ses aliments et éprouvait des douleurs vives dans l'estomac. L'examen local permettait de constater une dilatation gastrique et une tumeur dure, assez mobile, qui siégeait dans l'hypochondre droit et qui paraissait se continuer avec l'estomac. La présence de cette tumeur, les douleurs éprouvées par la malade, enfin les vomissements noirs qu'elle présentait nous firent diagnostiquer chez elle un cancer de l'estomac. On soumit cette malade au lavage de l'estomac, et, comme les douleurs étaient très vives, on eut recours à ces lavages au lait de bismuth qui me paraissent le plus sûr moyen d'apaiser ces phénomènes douloureux.

Sous l'influence de ce traitement, on obtint, il faut bien le reconnaître, à notre grand étonnement, une guérison presque complète, les douleurs disparurent, les vomissements cessèrent, et, en continuant régulièrement ces lavages, journellement, elle put maintenir cet état de guérison jusque dans les premiers jours de décembre, c'est-à-dire presque pendant un an. A ce moment deux ordres de symptômes se produisirent, les douleurs de l'estomac parurent et il survint de la toux, toux incessante et quinteuse. La malade rentrait de nouveau dans mon service, j'observais alors, outre la présence de la tumeur pylorique, des signes de bronchite compliquée de congestion vive du poumon. Le 7 décembre, la malade eut un vomissement noirâtre. Le 8, elle est prise à six heures du soir, après une quinte de toux, de douleurs très vives dans le ventre, elle se plaint pendant toute la nuit et le lendemain 9, à sept heures du matin, elle succombe presque subitement. L'autopsie devait nous expliquer toutes les circonstances de cette curieuse observation. Lorsqu'on examine l'estomac, on constate au niveau de la petite tubérosité une tumeur produite par la dégénérescence des parois de l'estomac, dégénérescence cancéreuse qui a respecté le pylore, mais qui a envahi toutes les parties avoisinantes de cet orifice. Au centre de cette dégénération on remarque une ulcération correspondant à une perforation de l'estomac, perforation circulaire d'un demi-centimètre et taillée à l'emporte-pièce. L'abdomen contient une grande quantité du liquide que renfermait l'estomac.

Ainsi donc la mort subite chez cette malade avait été provoquée par des accès de toux qui ont eux-mêmes amené la perforation de l'estomac; cette perforation avait elle-même pour cause une dégénérescence carcinomateuse des parois de cet organe.

C'est en somme une chose assez rare que la terminaison du cancer de l'estomac par perforation et c'est le premier exemple que j'ai recueilli dans ma pratique. Je signalerai cependant des faits analogues récemment observés par le professeur Hayem et par Revilliod (1), mais dans ces cas la rupture a porté sur des points de l'estomac non atteints par le cancer, cependant le mécanisme de la rupture est le même, et c'est à la suite d'un effort quelconque que l'estomac se brise aux points où ces parois offrent le moins de résistance.

Mais, en dehors de la perforation, ce qui n'offre pas moins d'intérêt, c'est la limitation de l'altération cancéreuse à la portion de la muqueuse attenant au pylore sans atteindre ce dernier qui reste intact. Nous pouvons ainsi expliquer la guérison complète que nous avions obtenue pendant un an; en effet, le cancer ici n'a gêné en rien le fonctionnement de l'estomac: laissant intact le pylore, il n'a détruit que la portion de la muqueuse stomacale ne possédant que des glandes muqueuses, respectant au contraire toute la portion véritablement digestive de l'estomac, c'est-à-dire toute celle qui possède des glandes à pepsine, et, si cet accident de rupture

(1) Sur un cas d'obstruction pylorique presque complète. Rupture de l'estomac, obs. présentée par M. Alexandre, interne au service du professeur Hayem (*Soc. anat.*, 1885). Des ruptures de l'estomac, par Revilliod (*Soc. anat.*, 1885).

ne s'était pas produit, on peut penser que pendant longtemps encore cette femme aurait pu jouir du bénéfice de cette guérison relative.

Une étude anatomo-pathologique nouvelle des diverses dégénérescences que nous englobons aujourd'hui sous le nom générique de cancer de l'estomac doit, à mon sens, nous permettre d'expliquer cette variété dans le pronostic.

Selon le point de départ de la dégénérescence, qu'elle débute dans l'épithélium, ou bien dans les glandes à mucus ou dans les glandes à pepsine, ou bien qu'elle débute dans les couches plus profondes de la muqueuse, la dégénérescence aura une marche différente et tantôt nous la verrons envahir totalement et rapidement toute l'étendue de l'estomac et entraîner une mort relativement rapide, tantôt au contraire se limiter à une portion restreinte de l'estomac comme chez notre malade et lui permettre alors de vivre et même jouir des bénéfices d'une guérison relative pendant de longs mois.

Ce qui m'étonne toutefois, c'est la possibilité des localisations cancéreuses de l'estomac, lorsqu'on connaît d'une part la richesse du réseau lymphatique de l'estomac et de l'autre la tendance que ces lésions ont à envahir ce réseau.

J'appelle donc de tous mes vœux un pareil travail anatomo-pathologique des lésions dites cancéreuses de l'estomac, puis nous verrons si la clinique, une fois ces connaissances acquises, pourra distinguer à son tour ces diverses néoplasies. Cependant je tenais à montrer que, même étant donné le diagnostic exact de cancer de l'estomac, nous pouvons cependant obtenir dans certains cas des pseudo-guérisons tellement analogues à des guérisons certaines, que le doute est permis et combien sont grandes les difficultés que l'on éprouve si l'on veut arriver à un pronostic certain.

CORRESPONDANCE

Antagonisme de la phthisie pulmonaire et de l'impaludisme.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Veigney (Vosges), le 20 mars 1886.

Puisque vous avez été officiellement chargé, au nom du corps médical, de déclarer la guerre aux bacilles tuberculeux, permettez à un petit praticien de province de dire son mot dans l'affaire.

Dans la vallée de la Maselotte sévissait autrefois avec intensité la fièvre intermittente, baptisée par nos montagnards du nom de fièvre de Saint-Amé, l'une des localités voisines. Elle a aujourd'hui complètement disparu, mais en revanche la phthisie fait des ravages effrayants dans nos contrées; au dire des anciens, cette maladie était à peu près inconnue il y a une vingtaine d'années; jamais à cette époque on n'entendait parler de poitrinaire, tandis que ce seul mot jette maintenant la terreur dans les familles riches et pauvres que la tuberculose décime sans pitié malgré l'air pur de nos montagnes, la senteur balsamique des forêts résineuses et tous les efforts du médecin.

Y a-t-il là simplement coïncidence ou corrélation? Le bacille de la malaria, en sa qualité de microbe français, serait-il vraiment en brouille avec le bacille prussien? Boudin prétendait déjà qu'il y avait antagonisme entre la phthisie et la fièvre intermittente, de telle sorte que celle-là serait rare dans les pays marécageux; il disait encore que le dessèchement d'un sol marécageux et sa conversion en étang, en produisant la disparition ou la diminution des maladies paludéennes, semblait disposer l'organisme à une pathologie nouvelle, dans laquelle la phthisie et la fièvre typhoïde se faisaient particulièrement remarquer. Les races réfractaires à l'intoxication paludéenne, la race nègre, par exemple, payent un large tribut à la tuberculose.

Cette opinion est-elle entièrement dénuée de fondement? La contagion de la phthisie était, elle aussi, il n'y a pas longtemps, traitée de préjugé; actuellement elle est admise. N'en serait-il pas de même de la vieillerie dont je vous parle?

Malheureusement les résultats thérapeutiques à tirer de ce fait sont nuls, au moins pour le moment.

En effet, que l'on envoie dans des pays à malaria de vieux phthisiques, qui en désespoir de cause consentiraient à ce voyage, ils contracteraient ou non la fièvre, mais n'en mourraient pas moins, car alors la lutte des deux bacilles serait inégale, le prussien occupant déjà en maître la place forte. Si, au contraire, l'on envoie seulement un suspect, un prédisposé, qu'il contracte la fièvre et soit à l'abri de la phthisie, l'on pourra toujours objecter que le voyageur en question ne serait peut-être pas devenu phthisique, que l'on a fait contracter une maladie certaine pour en éviter une fort douteuse.

Il y a donc là une difficulté dont je ne vois pas trop moyen de sortir. Il n'en est pas moins curieux de noter cette substitution d'une maladie très grave, qui pardonne rarement, à une affection en réalité bénigne; nous avons perdu au change.

Agréez, etc.

Dr Bertrand.

Tout en admettant que, dans le fait signalé par notre très honoré confrère, il n'y ait eu aucune erreur d'interprétation, et que la tuberculose ait succédé à la fièvre paludéenne, cette observation ne saurait nullement, à notre avis, démontrer l'antagonisme de la malaria et de la tuberculose. Des faits aussi nombreux qu'indiscutables prouvent que Boudin s'était trompé, et que les fièvres intermittentes coexistent avec la phthisie pulmonaire dans un grand nombre de localités. Il nous suffira de citer l'île de Walcheren, les Indes, le Bengale, la Guyane et même la côte d'Afrique. L'existence d'un microbe spécifique de la fièvre intermittente n'est rien moins que prouvée. Celui de la tuberculose a malheureusement une vitalité et une résistance bien démontrées. C'est à l'aide d'agents parasiticides que l'on arrivera peut-être un jour à s'en débarrasser. On y travaille! L. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la toxicité urinaire. Note de M. *Ch. Bouchard.* (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 205.)

Nouvelles recherches sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine. Note de M. *Georges Hayem.* — On sait que le nom de méthémoglobine a été donné à une combinaison de l'hémoglobine avec l'oxygène, combinaison moins oxygénée que l'oxyhémoglobine, mais plus stable. Elle ne peut plus perdre, en effet, son oxygène dans le vide, et est incapable d'en gagner quand on l'agite à l'air. Par suite, elle est impropre à l'hématose, et, quand le sang en renferme une forte proportion, il y a asphyxie.

Les substances qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine sont très nombreuses et agissent sur le sang de diverses manières. M. G. Hayem en fait une étude générale et propose de les diviser en deux classes, suivant qu'elles détruisent ou non les globules rouges.

La base principale de cette classification repose sur ce fait que l'auteur a annoncé en 1884, dans une première note, à savoir que l'hémoglobine globulaire, c'est-à-dire combinée avec le stroma, n'a pas les mêmes propriétés que l'hémoglobine dissoute dans le plasma. La première a le pouvoir de réduire la méthémoglobine pour refaire de l'hémoglobine, qui peut s'oxygéner de nouveau, tandis que la méthémoglobine dissoute reste définitivement dans cet état jusqu'à sa destruction. Il y a donc deux variétés de méthémoglobine, et c'est à cause de cette différence intéressante et fondamentale entre l'hémoglobine globulaire et l'hémoglobine libre qu'un certain nombre de médicaments, le nitrite d'amyle et

la kairine entre autres, sont beaucoup moins dangereux qu'on pourrait le craindre.

Ils transforment l'hémoglobine, dans le globule rouge, sans le détruire, et, quand on en suspend l'usage, le sang devient normal en peu de temps.

Les auteurs qui ont étudié cette question à propos de quelques médicaments, et particulièrement des chlorates et des nitrites, ne connaissaient pas cette différence entre les propriétés de l'hémoglobine globulaire et celles de l'hémoglobine dégagée des globules.

De la mort apparente chez les animaux anesthésiés a la suite d'excitations du nerf vague. Note de M. *Laffont.* (Voy. *Société de biologie*, séance du 20 mars 1886, p. 211.)

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. lo professour *Grancher* se porte candidat à la placc déclaréc vacanto dans la section d'anatomie pathologique.

M. le docteur *Lagout* (d'Aigueperse) demande à être porté sur la liste dos candidats au litre do correspondant national dans la division de médocine.

M. le docteur *Famechon* envoie lc rolevé des revaccinations qu'il a pratiquées à l'Ecole militaire préparatoire d'infanterio à Rambouillel. (*Commission de vaccine.*)

M. lo docteur *de Welling* adresse lc lablou des *vaccinations* qu'il a faitos à Rouon en 1885. (*Même Commission.*)

M. lo docteur *Aubert*, médocin-major de 1re classe au 93e dc ligno, envoie un mémoire manuscrit, ayant pour titro : *Nouvelles expériences sur la désinfection des habitations privées ou publiques à l'aide de l'acide sulfureux et sur l'action de cet agent sur les objets meublants, étoffes, tentures, métaux.* (Renvoi à une Commission composée de MM. *Proust, Henri Gueneau de Mussy* et *Dujardin-Beaumetz.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* déposo : 1° au nom de M. lo docteur *Mandon* (de Limoges), un *Essai de dynamique médicate ;* 2° do la part do M. le docteur *Chibret* (do Clermont-Ferrand), une brochure ayant pour titro : *Transplantation de l'œil du lapin à l'homme ;* 3° au nom do *Sir J. Fayrer* (de Londres), uno brochure intitulée : *On the origin, habits and diffusion of cholera ;* 4° dc la part de M. lo docteur *Seth S. Bishop* (de Chicago), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Cocaine in hay fever ;* 5° au nom do M. lc doctour *Manrique*, un ouvrage intitulé : *Étude sur l'opération d'Alexander* (*raccourcissement des ligaments ronds*).

M. *Proust* présente : 1° de la part de M. le docteur *Queirel*, un *Rapport sur l'assainissement de Marseille;* 2° au nom do M. le doctour *A. di Vestea* (de Naples), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Ricerche e sperimenti sul bacilla del tifo abdominale ;* 3° de la part do M. lc docteur *Cantani* (de Naples), un mémoire imprimé, intitulé : *Risultati della cura del cholera colla ipodermoclisi ed enteroclisi nell' epidemia di Napoli del 1884.*

M. *Riche* offre, de la part de M. le docteur *Lajoux* (de Reims), un travail sur *les eaux de la ville de Reims* et uno *Étude de quelques falsifications de substances médicamenteuses.*

M. *Lannelongue* présente la 2e édition d'un *Traité des maladies vénériennes,* par M. lo docteur *L. Jullien.*

M. *Vidal* offro, au nom de M. lc docteur *Brocq*, un mémoiro sur *la contagiosité de la lèpre.*

M. *Larrey* présente un ouvrage de M. le *docteur de La Torre* sur *la musique et l'hygiène.*

M. *Léon Labbé* fait hommage, de la part de M. le docteur *Moure*, d'un *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.*

M. *Rochard* dépose un mémoire manuscril de M. le docleur *F. Thomas* (de Toulon) sur l'*absorption de solutions actives par la dégustation médicamenteuse.*

Décès de M. Bordet. — M. *le Président* exprime le regret que cause à l'Académie le décès de M. *Bordet*, qui la servait depuis trente-huit ans, d'abord comme employé, puis en qualité de chef des bureaux.

Alcoolisme. — M. *Théophile Roussel* sollicite l'Académie, au nom de la Commission du Sénat chargée de faire une enquête sur l'alcoolisme, de donner son avis sur cette question, tout au moins au point de vue de la santé publique, comme elle l'a déjà fait autrefois à la suite d'un remarquable rapport de M. Bergeron. Après un échange d'observations entre plusieurs de ses membres, l'Académie nomme une Commission spéciale, composée de MM. *Bergeron, Maurice Perrin, Dujardin-Beaumetz, Lancereaux, Armand Gautier* et *Rochard.*

Ptomaïnes, leucomaïnes et théorie microbienne. — M. *Armand Gautier* communique à l'Académie deux nouvelles confirmations de ses recherches sur la production des leucomaïnes par les animaux : 1° M. Kossel, attaché à l'Institut physiologique de Berlin, vient de faire connaître l'existence d'une base, l'*adénine*, extraite du pancréas et de la rate, mais qui se trouve dans toutes les cellules animales et végétales ; cette substance, parfaitement définie au point de vue chimique, est isomère de l'acide cyanhydrique et répond à une formule qui est exactement le quintuple de celle de cet acide ; elle provient du dédoublement à l'état physiologique d'une substance albuminoïde complexe, la nucléine, qui compose surtout le noyau des cellules ; de sorte que celui-ci contient virtuellement, à peu près comme la leucithine contient la névrine, une leucomaïne répondant à de l'acide cyanhydrique quintuplé. De plus, l'adénine appartient au groupe des corps de la série urique qui apparaissent ainsi comme des dérivés immédiats du dédoublement des albuminoïdes par hydratation. La transformation de l'acide cyanhydrique en xanthine, celle de l'adénine en hypoxanthine prouvent que le groupement cyanhydrique, c'est-à-dire la plus toxique des agrégations moléculaires, sert de noyau et comme de squelette à nos molécules albuminoïdes les plus complexes. 2° M. Morelle, chef des travaux physiques à la Faculté de médecine de Lille, vient, de son côté, de découvrir dans la rate normale un alcaloïde dont les propriétés physiologiques rappellent celles de la muscarine et de la digitaline.

M. *Colin* (d'Alfort) estime que, s'il existait réellement dans le pancréas et la rate des poisons aussi toxiques, on ne comprendrait pas que les animaux nourris avec ces viscères n'en éprouvent aucun accident; il se demande, en conséquence, si ce ne sont pas les chimistes qui fabriquent de toutes pièces ces alcaloïdes par suite des manipulations qu'ils font subir aux tissus pour se les procurer.

Il faut remarquer, objecte M. *Armand Gautier*, que ces poisons existent en très faible quantité dans les viscères, puisqu'il a fallu à M. Kossel 75 kilogrammes de pancréas pour en retirer 5 grammes d'adénine ; les animaux nourris accidentellement avec du tissu pancréatique peuvent donc n'en être aucunement incommodés ; d'ailleurs, Claude Bernard n'a-t-il pas montré qu'on peut injecter des quantités énormes de curare, par exemple, sans tuer l'animal, pourvu qu'on en laisse l'élimination s'effectuer. En tout cas, la découverte de ces corps montre bien qu'il existe dans toutes les matières albuminoïdes, dans toutes les cellules vivantes une substance *isomère* de l'acide cyanhydrique.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture : *a.* d'un rapport de M. *Lannelongue* sur les candidats au titre de correspondant national dans la division de chirurgie ; la liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° *ex æquo*, MM. Heurtaux (de Nantes) et Paulet (de Lyon), 2° M. Thomas (de Tours), 3° M. Surmay (de Ham), 4° M. Dezanneau (d'Angers), 5° M. Demons (de Bordeaux) ;— *b.* d'un rapport de M. *Lannelongue* sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la division de chirurgie ; M. Wasseige (de Liège) est seul classé ; — *c.* d'un rapport de M. *Vallin* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la VIIIe section (*Hygiène publique, médecine légale et police médicale*) ; la liste de présentation est établie de la manière suivante : 1° M. Gallard, 2° M. Ollivier, 3° M. Motet, 4° M. Napias, 5° M. Magnan, 6° M. Laugier.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Corps étrangers articulaires : M. Poulet.—De la trépanation tardive, rapport : M. Lucas-Championnière. Discussion : MM. Verneuil et Perrin. — Statistique du service de M. Terrier. — Présentations d'instruments.

M. *Poulet* rectifie une erreur qui s'est glissée dans la rédaction de la note qu'il a remise à M. Kirmisson, touchant la nature du corps étranger articulaire de l'observation de M. Boppe. Comme M. Boppe et M. le rapporteur, M. Poulet pense que ce corps est d'origine pathologique. M. Poulet profite de la circonstance pour montrer à la Société une belle pièce d'arthrite sèche coxo-fémorale. On voit dans la tête du fémur une grande quantité d'arthrophytes en voie de séparation. Il y a dans cette extrémité osseuse un véritable nid de corps étrangers articulaires.

— M. *Lucas-Championnière* fait un rapport sur une observation envoyée par M. Routier, et intitulée : *Trépanation pour fracture ancienne du crâne.* Il s'agit d'un employé de chemin de fer tamponné quatre ans auparavant, et ayant eu, du fait de ce traumatisme, outre des fractures diverses des membres, un enfoncement du crâne au niveau de la région fronto-pariétale. Depuis quelques mois, cet homme, jusqu'alors bien portant, éprouve des douleurs continues et intenses dans la tête; il a des vertiges et des pertes de connaissance. M. Routier a appliqué deux couronnes de trépan et fait sauter le pont intermédiaire. Les os étaient extrêmement épais et déprimaient les méninges en un point sans les avoir, du reste, autrement altérées. L'opéré a guéri de sa trépanation sans aucun accident, et a été de suite débarrassé de ses douleurs et de ses vertiges; il serait aujourd'hui revenu complètement à la santé s'il n'avait eu depuis quelques hémoptysies. Voilà encore un nouvel exemple de l'innocuité et de l'utilité incontestable de la trépanation, utilité qui se manifeste alors même qu'on n'a, pour ainsi dire, trouvé rien d'anormal du côté des méninges. M. Lister rapportait dernièrement encore l'observation d'un malade qu'il trépana pour des troubles cérébraux; bien que la couronne de trépan ne révélât rien de particulier du côté de l'encéphale et de ses enveloppes, la guérison n'en survint pas moins heureusement. L'année dernière, un homme qui avait eu une fracture du crâne vingt-cinq ans auparavant, se présenta à M. Lucas-Championnière, disant que, pendant les cinq premières années qui suivirent son accident, il n'avait éprouvé aucun trouble, mais que depuis lors il éprouvait des douleurs intolérables partant de sa fracture et s'irradiant à toute la tête et la face, et que de plus il était sujet à des pertes de connaissance. Le malade fut d'abord soumis à l'usage du bromure de potassium pendant plusieurs mois, mais n'en retira aucun effet, et finalement, après avoir refusé la trépanation, il la réclama comme son unique branche de salut. M. Lucas-Championnière appliqua deux couronnes de trépan au point le plus douloureux, et trouva simplement quelques adhérences réunissant les méninges aux os. Il les détruisit, lava largement le foyer à la solution phéniquée, mit un drain et un pansement de Lister par-dessus le tout. La guérison de la plaie se fit très rapidement. Dès le cinquième jour, le malade, revenu du choc opératoire, éprouva une véritable béatitude, et depuis il n'a plus eu ni douleur ni vertiges. Pour M. Lucas-Championnière, tous ces faits sont des plus encourageants : ils montrent l'innocuité du trépan. Quant à l'amélioration que les malades en ont retirée, elle a été constante dans tous les cas. Sa durée sera-t-elle définitive? On ne peut rien affirmer à ce sujet, mais cela est bien probable.

M. *Verneuil* a vu ces jours derniers un jeune homme qui l'avait déjà consulté en 1878. A cette époque il portait un enfoncement dans la région frontale du crâne déterminé par un choc violent reçu deux ans auparavant. Ce garçon jouissait, du reste, d'une excellente santé et ne présentait aucun trouble; M. Verneuil conseilla naturellement de ne rien faire. En 1881, le malade a été pris de crises de céphalalgie en même temps que d'attaques épileptiques avec accès d'étouffement. La région du front est dans le même état qu'en 1878, et de plus il existe en un point une zone très douloureuse. M. Verneuil a proposé de faire la trépanation, mais le malade s'y est refusé. Malgré un traitement interne des mieux combinés : bromure de potassium, sangsues, aloès à l'intérieur, etc., aucune amélioration ne s'est produite, et il est certain actuellement que le trépan seul pourra soulager le malade. La trépanation trouve, en effet, dans ces phénomènes encéphaliques, vertiges, céphalalgie, etc., une de ses indications les plus précises, et on doit y obéir d'autant plus facilement que cette opération tardive n'expose pas à mettre à l'air un foyer récent de contusion, d'attrition du cerveau, comme le trépan hâtif.

M. *Perrin* n'est pas plus partisan de la trépanation tardive que de la trépanation hâtive. Il rapporte à l'appui de son opinion deux faits de militaires ayant eu des fractures du crâne par éclat d'obus, et ayant échappé aux premiers accidents de ce genre de blessures. Plusieurs années après ces malades ont eu des phénomènes de céphalalgie, de vertiges, de pertes de connaissance, l'un d'eux fut même hémiplégique et aphasique. Dans les deux cas, le bromure de potassium a suffi pour faire tout rentrer dans l'ordre.

M. *Verneuil* moins que personne nie l'utilité des moyens médicaux, c'est par eux qu'on doit commencer toute thérapeutique; mais, lorsqu'ils sont insuffisants, force est bien de recourir à une opération sanglante.

M. *Lucas-Championnière* fait observer que, chez son malade, il a d'abord donné pendant des mois le bromure de potassium, et cela sans résultat. La trépanation ayant soulagé de suite le patient, on est bien en droit de lui attribuer la cause de la guérison.

— M. *Terrier* donne la statistique des opérations qu'il a faites dans son service de l'hôpital Bichat pendant l'année 1885. Parmi les rares morts qu'il a eus, aucun n'a succombé à des accidents infectieux.

— M. *Terrillon* présente un instrument des plus simples et des plus ingénieux dont il se sert, depuis plus d'un an, pour les ligatures élastiques dans la chirurgie abdominale.

— M. *Pozzi* lit une note sur l'emploi de la ligature élastique, qu'il a le premier préconisée en France dès l'année 1883, et montre l'instrument de son invention dont il se sert pour ces ligatures.

Alfred POUSSON.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

De l'hétérotaxie chez les ascidies : M. Chabry. — Contraction idio-musculaire chez les invertébrés : M. de Varigny. — Appareil servant à mesurer le réflexe rotulien : M. Duprat. — Karyokinèse dans l'épiderme des mammifères adultes : MM. Duval et Retterer.—Forme de paralysie non encore décrite : M. Brown-Sequard. — Action physiologique de l'uréthane : MM. Combemale et Mairet. — Inhibition par excitation faible du nerf vague : M. Laffont. — Diagnostic du chancre mou : M. Balzer. — Epreuves photographiques produites par la lumière d'êtres vivants : M. Dubois.

M. *Chabry* décrit et interprète des faits d'hétérotaxie observés sur des larves d'ascidies.

— M. *Blanchard* dépose une *Note* de M. de Varigny sur *la contraction idio-musculaire dans les muscles de différents invertébrés.*

— M. *Déjerine* présente, au nom de M. Duprat, un appareil destiné à mesurer l'intensité du réflexe rotulien et faire ressortir l'utilité de cet appareil.

— MM. *Mathias Duval* et *Retterer* ont observé les phénomènes de karyokinèse dans l'épiderme de mammifères adultes (cobayes). Irritant la patte d'un cochon d'Inde de façon à produire une phlyctène remplie de sérosité et sacrifiant l'animal après quarante-huit heures, puis traitant des fragments de peau par les réactifs appropriés, ils ont vu que le corps muqueux de Malpighi présente des cellules notablement hypertrophiées dont les organes offrent les divers stades de la karyokinèse. De ce fait ils concluent que tel est sans doute le mode de régénération des cellules épidermiques.

— M. *Brown-Sequard* a eu l'occasion d'observer sur plusieurs malades une forme de paralysie non encore décrite jusqu'à ce jour. La force dynamométrique est parfaitement conservée, tous les mouvements de la marche ont lieu avec la même aisance qu'à l'état normal; seulement, au bout d'un temps très court (quatre ou cinq minutes), survient une paralysie tellement complète que le malade est obligé de se coucher et ne peut exécuter aucun mouvement. M. Brown-Sequard rapproche cet état de ce qui se passe chez les vieillards qui sont encore capables d'un vigoureux effort, mais qui ne peuvent continuer l'effort. Seulement les malades qu'il a observés ne sont pas des vieillards et, de plus, présentent cet état à un extrême degré de développement.

— M. *Gréhant* résume une nouvelle note de MM. Combemale et Mairet sur l'action physiologique de l'uréthane (voy. le numéro précédent).

— M. *Laffont*, en recherchant les causes de la mort par la chloroformisation lente, a constaté plusieurs faits déjà observés par M. François-Franck; mais il a vu dans un certain nombre d'expériences sur le chien que dans cet état d'intoxication chloroformique une excitation très faible du nerf vague droit détermine une suspension complète de toutes les fonctions (inhibition totale) : le cœur et la respiration sont arrêtés et dans les vaisseaux le sang reste rouge. Au bout de quatre à cinq minutes la respiration et les battements du cœur reprennent spontanément.

Ces faits ont mis l'auteur sur la voie d'une explication de l'hibernation, qu'il tend à considérer comme dépendant de certaines excitations des pneumogastriques desquelles résulterait une inhibition totale. M. Laffont poursuit des expériences sur ce point.

M. *Brown-Sequard* dit qu'il partage cette opinion sur la cause de l'hibernation et rapproche de ce fait les phénomènes bien constatés aujourd'hui de sommeil volontaire de certains fakirs indiens, sommeil qui peut durer trois ou quatre mois.

— M. *Balzer* indique un signe qu'il a récemment découvert, pouvant servir au diagnostic du chancre mou.

— M. *Dubois* présente des épreuves photographiques qu'il a obtenues en exposant des plaques à la lumière fournie par divers poissons et à celle des pyrophores.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

De la parthénine : M. Guyet (Discussion : MM. Tanret, C. Paul, Limousin). — A propos du kefir : M. Dujardin-Beaumetz. — Traitement du rhumatisme noueux : M. C. Paul (Discussion : MM. Féréol, Durand-Fardel, Huchard, Moutard-Martin, C. Paul, E. Labbé).

M. *Guyet* lit une note sur l'action thérapeutique de la *parthénine*, substance extraite par M. Ulrici du *Parthenium hysterophorus*, plante originaire de la Havane. La parthénine, qui aurait pour formule, d'après M. Ulrici, $C^{19}H^{28}AzO^{6}$, et se présente sous la forme de lamelles disposées en longues aiguilles noirâtres brillantes, serait un alcaloïde impur, soluble dans le chloroforme. Administrée à la dose de 1 à 2 grammes contre les névralgies, elle a donné d'excellents résultats.

M. *Tanret* proteste énergiquement contre la partie pharmaco-chimique de cette note. En effet, il lui a été remis dernièrement un échantillon de parthénine provenant de chez l'inventeur, M. Ulrici, et sur l'étiquette collée au flacon on lit : premier alcaloïde du parthenium, etc. Or, cette substance *ne renferme pas trace d'un alcaloïde quelconque*. C'est un simple mélange de résinate et de tannate alcalin, à réaction neutre, insoluble dans l'alcool, l'éther ou le chloroforme, soluble dans l'eau, et donnant un résidu de 9 pour 100 de cendres. Les aiguilles n'ont que l'apparence cristalline; elles sont obtenues en faisant dessécher cette substance sur une surface courbe : elle se réduit alors en écailles affectant la forme d'aiguilles plus ou moins allongées. Il est regrettable que M. Guyet, avant d'expérimenter l'action de la parthénine, n'ait pas cherché à savoir ce qu'était un pareil produit.

M. *C. Paul* demande si l'échantillon remis à M. Tanret était identique à celui que M. Guyet vient de faire passer sous les yeux de la Société.

M. *Tanret* a reçu un flacon identique, muni de la même étiquette annonçant un alcaloïde, et renfermant un produit absolument semblable; cet échantillon provenant du laboratoire de M. Ulrici lui-même, il ne peut donc y avoir erreur : la fourberie est manifeste.

M. *Limousin* demande à M. Guyet comment on obtient ce corps auquel on a donné le nom de parthénine.

M. *Guyet* n'a aucun renseignement à cet égard; d'ailleurs il a simplement voulu faire connaître les propriétés thérapeutiques de la parthénine, il ne saurait discuter sur sa composition chimique. Il croit devoir protester contre l'expression de fourberie employée par M. Tanret; il peut y avoir simple erreur chimique, et d'ailleurs M. Ulrici, après avoir cru à un alcaloïde pur, a fait depuis des réserves expresses.

— M. *Dujardin-Beaumetz* déclare retirer tout ce qu'il a dit dans la dernière séance à propos du kefir. Mis en garde par une observation de M. Tanret, il a procédé à une nouvelle série d'expériences, et a reconnu que la levure de grain ne produit pas la fermentation de la lactose; ce qui fermente dans le mélange dont il a indiqué la composition, c'est le sucre que l'on ajoute au lait. Les grains de kefir du Caucase, au contraire, déterminent bien la fermentation de la lactose.

— M. *C. Paul* rapporte l'observation d'une malade atteinte de rhumatisme noueux, et chez laquelle la nutrition générale, entravée à la fois par d'incessantes douleurs, par la privation de sommeil, par le décubitus prolongé, était absolument défectueuse; il existait même des plaques de sphacèle, et l'on pouvait concevoir de vives inquiétudes. M. C. Paul prescrivit une piqûre de morphine chaque jour pour calmer les douleurs; mais la malade augmenta progressivement, sans en rien dire, le nombre des piqûres jusqu'à cinq par jour, soit 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Les forces revinrent peu à peu, l'appétit se montra de nouveau, les plaies du décubitus se cicatrisèrent, et aujourd'hui la malade peut se lever pendant trois heures chaque jour; les fonctions digestives se font normalement, et la malade ne vomit plus que si on lui supprime ses injections de morphine. Il va sans dire que les lésions du rhumatisme noueux ne sont en rien modifiées; mais, il y a un an, M. C. Paul redoutait une terminaison fatale à bref délai, et, grâce à l'action tonique de la morphine, toute préoccupation de ce genre est aujourd'hui absolument écartée. Il est bon d'ajouter qu'il s'agit d'une femme sérieuse, très raisonnable et nullement

hystérique. On peut donc, à côté du tableau si sombre de la morphinomanie, indiquer un point de vue plus consolant pour l'usage des piqûres de morphine.

M. *Féréol* est d'avis qu'il s'agit, dans ce cas, d'une tolérance exceptionnelle pour la morphine; il se souvient d'avoir vu une Anglaise qui buvait du laudanum par petits verres et n'en éprouvait que du soulagement. Il faut insister tout particulièrement sur les dangers de la morphine lorsque les malades ont une seringue de Pravaz entre les mains et sont laissés libres de se faire eux-mêmes leurs piqûres. C'est toujours le médecin qui doit pratiquer les piqûres de morphine lui-même; la santé du malade est souvent à ce prix.

M. *Durand-Fardel* pense que, dans bien des cas, et sans doute chez la malade de M. C. Paul, l'action tonique de la morphine résulte directement de la suppression des douleurs, qui sont pour un grand nombre d'individus une cause puissante d'exténuation. Il est bien certain, d'ailleurs, que l'opium a une action stimulante manifeste; les Chinois fument l'opium pour obtenir une surexcitation cérébrale factice lorsqu'ils ont un travail pénible à produire, absolument comme nous prenons du café ou de l'alcool; il est bien connu, du reste, que, lorsqu'ils abusent de ce stimulant, ils tombent, tout comme les alcooliques, dans une sorte d'abrutissement plus ou moins profond.—M. Durand-Fardel voudrait, d'autre part, voir disparaître l'expression de rhumatisme noueux; c'est de l'arthrite noueuse, mais ce n'est pas du rhumatisme: l'étiologie et la marche de cette affection la distinguent complètement du rhumatisme.

M. *Huchard* rappelle que Sydenham a signalé l'action tonique de l'opium; Gubler a inspiré une thèse sur l'opium dans la médication tonique; bien des auteurs ont signalé cette action spéciale, et dans le récent mémoire de M. Pécholier elle se trouve nettement mise en lumière. Pour sa part, il a maintes fois constaté des faits probants en ce sens, et a observé en particulier un tuberculeux à une période avancée, qui recouvra l'appétit et vit ses vomissements se supprimer grâce aux injections répétées de morphine.—Il est également d'avis que le rhumatisme noueux n'est pas un rhumatisme, ainsi d'ailleurs que l'a spécifié Trousseau; l'absence de déterminations cardiaques, l'apparition symétrique des accidents articulaires, l'inefficacité du salicylate de soude plaident en faveur de cette opinion. Il s'agit bien vraisemblablement d'une arthropathie d'origine médullaire: aussi M. Huchard a-t-il eu recours aux courants continus, le pôle positif étant appliqué sur le rachis et le pôle négatif au niveau des articulations malades. Il a obtenu par ce moyen une diminution très notable des douleurs et des lésions articulaires.

M. *Moutard-Martin* a observé l'action tonique des piqûres de morphine chez une jeune femme qui, à la suite d'un grave traumatisme ayant déterminé une fracture du crâne et une fracture du bassin, avait conservé de violentes douleurs et un état de la nutrition tout à fait languissant. Elle est arrivée à faire chaque jour quatre piqûres de 2 centigrammes de morphine, et a recouvré l'appétit et les forces; aujourd'hui elle sort, va dans le monde, et, somme toute, se porte très bien; seulement, elle ne peut cesser, ni même diminuer ses piqûres de morphine, sans être reprise d'accidents douloureux, de troubles de la vue, de spasmes et surtout de perte de l'appétit et de vomissements.

M. *C. Paul* croit que, chez sa malade, l'amélioration a pu être tout d'abord produite par la cessation des douleurs; mais il trouve, dans la suppression des vomissements par la morphine et leur réapparition lorsqu'on supprime les piqûres, la preuve manifeste d'une action toute spéciale. Il est d'ailleurs parfaitement convaincu des dangers qu'il y a à laisser les malades faire eux-mêmes leurs injections de morphine, aussi ne laisse-t-il jamais la seringue de Pravaz à la disposition des malades. Dans le cas actuel, c'est la fille de la patiente qui a cédé aux supplications de sa mère et a progressivement augmenté le nombre des piqûres. — Quant à l'emploi de l'électricité dans le rhumatisme noueux, il a été préconisé par Chéron dès 1869. M. C. Paul a également essayé les courants continus, mais il n'en a obtenu aucun bon résultat: de quelque façon qu'il ait varié le mode d'application, jamais il n'a vu se produire d'amélioration. Il croit, d'autre part, qu'on ne peut distraire le rhumatisme noueux du rhumatisme véritable, malgré les différences qu'il reconnaît fort bien entre l'arthrite noueuse et le rhumatisme articulaire aigu franc; le mode de début est souvent identique dans les deux affections. Pour lui, du reste, les nodosités d'Heberden sont également du rhumatisme; c'est sa façon personnelle d'être rhumatisant depuis qu'il n'a plus d'accidents articulaires francs.

M. *E. Labbé* croit que les heureux effets de la morphine dans les divers cas qui viennent d'être rapportés tiennent surtout à la suppression des douleurs. Il signale à ce propos l'efficacité des piqûres de morphine dans le traitement de l'obstruction intestinale.

M. *Moutard-Martin* rappelle qu'il y a plus de vingt ans qu'il a préconisé ce moyen de traitement, qui est accepté depuis longtemps par tout le monde.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Le catarrhe automnal et la fièvre de foin, par M. Hack. — Depuis une dizaine d'années, les auteurs américains, à la suite de Morrill Wyman, décrivent un catarrhe automnal, dont les symptômes sont identiques avec ceux du hay-fever; la seule différence est que ce dernier commence en mai et finit fin juin, tandis que le catarrhe automnal débute fin août et peut durer jusqu'au commencement d'octobre; dans l'un et l'autre cas, c'est du coryza intense, des accès d'asthme, des accès de migraine avec fièvre. Wyman considère le catarrhe automnal comme spécial aux États-Unis, et cette opinion est partagée par Beard et autres. M. Hack s'élève contre cette manière de voir et donne l'histoire détaillée d'un cas de catarrhe automnal qu'il a observé en Allemagne sur une personne qui n'avait jamais quitté ce pays.

Quant aux causes de cette affection, la plupart des auteurs l'attribuent au pollen en suspension dans l'air; pour le hay-fever, cette explication a pu longtemps paraître plausible; pour le catarrhe automnal, c'est plus difficile, quoique, au mois d'août, une plante spéciale à l'Amérique, l'*Ambrosia artemisiæfolia*, vienne juste fleurir à point. Les malades qui cherchent un refuge dans les montagnes (White Mountains, Adirondacks, Castskill Mountains, Alleghanies) ou qui partent en mer échappent à leur supplice annuel, dans l'immense majorité des cas; ce fait paraît encore favorable à la théorie du pollen. Mais M. Hack cite des cas où la maladie a persisté dans une atmosphère certainement privée de pollen, d'autres où la maladie éclatait périodiquement en hiver. Enfin, les auteurs américains eux-mêmes ont constaté que des accès de hay-fever éclatent parfois sous l'influence d'émanations venues de divers animaux, lapins, chiens, chats, etc. M. Hack a vu, chez une dame, la présence d'un chat provoquer immédiatement l'obstruction du nez et tous les symptômes d'un accès de hay-fever. Enfin, chez une autre, la présence de beaucoup de personnes produisait le même effet, de sorte que la fréquentation des soirées, des concerts, des représentations théâtrales lui était absolument interdite.

On peut en conclure que les symptômes de l'hay-fever

peuvent prendre naissance sous des influences diverses et que cette maladie se comporte comme une affection nerveuse. Il résulte en effet des travaux d'un grand nombre d'auteurs qu'il s'agit d'une excitabilité anormale des terminaisons nerveuses de la muqueuse pituitaire et probablement de celles du nerf olfactif; peu importe la nature de l'agent excitant, pollen ou autre, chaud ou froid. Un autre facteur, c'est la tendance du tissu caverneux des fosses nasales au gonflement, effet secondaire, si l'on veut, de l'excitation des extrémités nerveuses, mais entretenant à son tour l'irritabilité de la pituitaire, et tenant primitivement, selon toute probabilité, à une diathèse nerveuse, en vertn de laquelle l'activité réflexe en général se trouve exagérée. Par suite de cette neurasthénie particulière, les centres vaso-moteurs présentent une irritabilité réflexe plus grande qu'à l'état normal et qu'exagère toute cause de dépression du système nerveux. Au contraire, toute cause susceptible de fortifier le système nerveux, le séjour dans les montagnes ou dans une atmosphère maritime entre autres, exerce une action utile et peut empêcher le retour des accidents.

Une circonstance particulière, digne d'être mentionnée, c'est que souvent l'un des symptômes du hay-fever persiste après l'attaque, soit l'asthme, soit la migraine, soit les éternuements répétés. Chez une personne souffrant de migraine continue, M. Hack enleva des polypes nasaux et des portions gonflées de tissu caverneux; la migraine disparut et le hay-fever qui existait depuis dix-neuf ans, ne reparut pas; l'auteur ignorait même que sa malade fût atteinte de cette affection, au moment où il pratiqua son opération.

Le fait le plus important qui résulte de cette étude, c'est qu'il existe un catarrhe automnal aussi typique que le hay-fever ou asthme de foin, et n'en différant pas. (*Deut. med. Wochenschrift*, 1886, n° 9.)

Empoisonnement d'un nouveau-né par le lait de la mère. — Il s'agit d'un curieux empoisonnement par l'opium, que nous fait connaître M. W.-T. Evans. Après la délivrance, ce praticien laissa entre les mains de la mère environ 4 grammes de liqueur sédative d'opium, à prendre en quatre fois, à des intervalles de quatre à six heures, si des douleurs survenaient. Ces douleurs furent si vives, que la malade ne put dormir, malgré le remède indiqué. On lui donna alors six doses de la même liqueur (chacune de 1gr,32) à prendre aux mêmes intervalles que la veille. La malade dormit trois heures, mais les douleurs se reproduisaient encore tous les quarts d'heure. Même traitement. La troisième nuit, le sommeil fut meilleur; la malade avait pu pour la première fois allaiter son enfant pendant la nuit. Il ne prit le sein que deux fois; on lui donna alors du lait coupé d'eau de gruau. L'enfant s'endormit profondément; la respiration était calme et régulière, mais les pupilles très rétrécies; on ne parvenait à le réveiller qu'avec la plus grande difficulté, et il retombait aussitôt dans son état soporeux. M. Evans ne douta plus qu'il ne fût empoisonné par l'opium et ordonna de le tenir réveillé le plus possible et de lui donner du café fort; quelques heures après, l'état ne s'améliorant pas, il fit respirer à l'enfant de l'ammoniaque versée par gouttes sur un mouchoir. Rien n'y fit, l'état empira, et l'enfant succomba à minuit, quoique la respiration artificielle fût pratiquée pendant une demi-heure.

Le cas de M. Evans est intéressant non seulement au point de vue physiologique et toxicologique, mais encore au point de vue de la médecine légale; le coroner avoua ne s'être jamais trouvé en présence d'un fait analogue. Il y a là un avertissement dont tous les praticiens feront bien de tenir compte; c'est de ne jamais faire donner le sein par une femme qu'on est amené à traiter par de fortes doses d'opium. Il faut savoir gré à M. Evans d'avoir publié ce fait, que bien d'autres auraient peut-être cherché à cacher soigneusement. Eving Whittle (*British med. Journal*, 1886, n° 1305) reproche cependant à ce médecin de ne pas avoir essayé de combattre l'intoxication par l'atropine, qui est l'antagoniste de l'opium.

Cent cas de varicocèle traités par la ligature métallique sous-cutanée, par M. Richard Barwell. — Ce chirurgien a déjà fait connaître son procédé opératoire dans *The Lancet*, vol. I, 1869, p. 711, et vol. I, 1875, p. 820. Les seuls instruments nécessaires pour le pratiquer sont une aiguille armée d'environ 10 pouces de fil d'argent, une paire de pinces et une plaque protectrice de caoutchouc vulcanisé. A chacune de ses extrémités est fixée une pièce en laiton, faisant saillie d'environ un quart de pouce. Près du point où ces pièces en laiton sont fixées, la plaque est perforée de deux canaux obliques qui viennent s'ouvrir près de son centre. Le chirurgien sépare avec soin les veines du canal déférent; pour cela, embrassant entre son pouce et son index gauches les deux côtés du scrotum près de sa racine, il maintient le conduit et les artères spermatiques en arrière et les veines en avant. Alors il passe son aiguille armée entre les deux et la réintroduit ensuite entre la peau et le faisceau veineux, de sorte que ce faisceau se trouve compris entre deux anses de fils, dont les extrémités passées dans le canal de la plaque viennent s'enrouler autour des pièces en laiton et serrent par ce moyen le paquet des veines.

Cent cas traités ainsi, soit à l'hôpital, soit dans la clientèle particulière de ce chirurgien, ont été suivis des résultats suivants : jamais il n'y a eu d'hémorrhagie, de fièvre, d'érysipèle ou quelque autre complication grave; dans seize cas il y a eu un peu de suppuration; chez quinze de ces malades le pus s'écoula sans accident le long des fils; chez un d'eux il se forma un petit abcès dans l'épaisseur du scrotum, abcès qui dut être ouvert par une incision; dans douze cas il y eut une petite ulcération au point où la plaque comprimait la peau, elle guérit rapidement lorsque les fils furent enlevés; dans un cas il y eut une légère orchite, qui fut guérie en cinq jours; dans soixante et onze cas il ne survint aucune espèce de complications.

A côté des résultats immédiats de l'opération, il reste à mentionner ses effets ultérieurs et à les comparer à l'état des choses avant toute opération. Dans un cas, le testicule était seulement représenté par une petite masse molle; le paquet des veines variqueuses était considérable; le malade était âgé de vingt-sept ans. Après l'opération les douleurs cessèrent, le testicule devint plus consistant et plus volumineux. Le malade se maria cinq mois après l'opération, et il est aujourd'hui père de quatre enfants. Dans les autres cas, le testicule, plus ou moins mou et petit, reprit sa consistance et son volume ordinaires dans un délai variant de quelques mois à deux ans. (*The Lancet*, 30 mai 1885, p. 978.)

Travaux à consulter.

De la phthisie fibreuse des poumons, par M. A. Sokolowski. — Forme de phthisie qui diffère par un grand nombre de ses manifestations des formes ordinaires. Elle est caractérisée anatomiquement par une prolifération excessive du tissu connectif, survenu primitivement ou à la suite d'affections aiguës ou chroniques du parenchyme pulmonaire ou de la plèvre. Elle se distingue par sa marche chronique, peut durer des dizaines d'années; elle est apyrétique et n'a pas de tendance à s'étendre; dans ses périodes ultérieures elle présente les caractères de la phthisie ordinaire, tout en conservant ses symptômes propres. (*Deutsche Archiv f. klin. Medicin*, Bd XXXVII, H. 5, 1885.)

BIBLIOGRAPHIE

Transport par chemins de fer des blessés et malades militaires. Rapport présenté à l'administration des chemins de fer de l'Etat, par le docteur Paul Redard. — 1885, O. Doin. Paris.

On ne saurait trop féliciter M. Redard de l'exemple qu'il vient de donner en mettant à profit sa situation de médecin en chef d'une compagnie de chemins de fer, pour étudier certains problèmes d'ordre médical afférant au transport par voies ferrées des hommes et des animaux. Le travail dont nous voulons rendre compte est d'une importance considérable pour la mise sur le pied de guerre de notre armée, puisqu'il a trait au transport par chemins de fer des blessés et des malades militaires. Il remplit, pour notre pays, une lacune regrettable, car, si nous avons quelques pages écrites sur ce sujet dans les traités spéciaux de chirurgie d'armée, quelques mémoires discutant ce problème d'une manière ou trop générale ou trop sommaire, nous n'avions pas, comme il en existe dans les littératures allemande, anglaise, russe, américaine, suisse, etc., de travail spécial technique nous mettant au courant des nombreux essais faits pour l'aménagement des wagons de chemin de fer dans le but de les convertir en trains sanitaires. En Allemagne notamment, les chirurgiens, les médecins civils les plus éminents, guidés par le désir du progrès et le dévouement à la patrie, n'ont pas hésité à s'occuper de ces questions, et celle des trains sanitaires a fait l'objet de travaux importants signés des noms de Billroth, d'Esmarch, de Gurlt, de Rose, de Virchow, de Czerny, etc.

Une question se présente tout d'abord. Le transport doit-il être effectué par des trains sanitaires spéciaux, c'est-à-dire formés de wagons spécialement construits pour cet usage? La réponse du Congrès international du service médical des armées en campagne réuni à Paris, en 1878, et composé surtout des délégués officiels des gouvernements français et étrangers ne laisse place à aucun doute. «*Les trains sanitaires constitués par des voitures de construction spéciale n'ont pas d'utilité sérieuse.*» Telle fut la conclusion votée à l'unanimité. Sans doute de pareils trains offrent un moyen de transport aussi parfait qu'il est possible; mais, comme le dit fort bien le docteur Kosloff, membre de ce congrès et chef de tout le service médical de l'armée russe, « ces trains coûtent des sommes énormes; on ne pourrait, par conséquent, en avoir qu'un assez petit nombre et l'on peut être à peu près sûr qu'on ne les aura pas sous la main lorsqu'on en aura besoin. » C'est là l'objection capitale. En effet, ce qui, en campagne, passe avant toute autre chose, ce sont les convois de troupe, de vivres, de munitions. Au fur et à mesure qu'on se rapproche du théâtre de la guerre, l'accès des gares devient de plus en plus difficile, par suite de l'encombrement des convois qui s'accumulent les uns derrière les autres, et malgré tous les appels du télégraphe, les trains sanitaires spéciaux remisés ou garés dans une station plus ou moins éloignée n'arriveront jamais en temps utile au lieu de destination. Il n'y a de pratique qu'un seul système: la transformation facile et par conséquent rapide en wagon sanitaire, des wagons ayant amené près du lieu du combat les hommes, les vivres et les munitions.

Que l'Etat ait un ou deux de ces trains sanitaires ou que les Sociétés de secours en mettent un ou deux à la disposition de l'Etat, on ne saurait que s'en féliciter. Ils peuvent être et seront utiles pour les transports, à très grandes distances, des blessés évacués des hôpitaux de seconde ligne; mais ce ne saurait être un moyen régulier et ordinaire de transport. Le problème à résoudre est donc la transformation facile en wagon d'ambulance des wagons de marchandises ou de voyageurs de troisième classe.

Pour que la solution de ce problème soit acceptable, il faut qu'on puisse remplir les desiderata suivants:

Les blessés doivent être soustraits à la trépidation qui est toujours assez forte dans les wagons de marchandises moins bien suspendus que les voitures à voyageurs.

Ils doivent être à l'abri des effets des chocs nombreux soit pendant les manœuvres des trains dans les gares, soit dans les arrêts et les mises en marche.

Il faut que le médecin puisse facilement aborder le brancard sur lequel est couché le blessé.

Il faut que le médecin et les infirmiers puissent, quand cela est nécessaire, par conséquent même dans un train en marche, communiquer avec tous les blessés, ce qui implique nécessairement la communication de tous les wagons les uns avec les autres.

Enfin il faut, autant que le comporte l'hygiène, mettre dans chaque wagon le plus de malades possible, afin de ne pas augmenter outre mesure le nombre des wagons d'un train sanitaire ou multiplier inutilement le nombre de ces trains.

La disposition de nos wagons de troisième classe rend difficile leur transformation. En Allemagne, dès 1867, une commission présidée par Esmarch a recommandé la transformation des wagons allemands pour voyageurs de quatrième classe. Depuis cette époque de nombreux wagons allemands ont été construits en vue de rendre cette transformation possible par l'enlèvement facile des banquettes. Comme ces wagons servent au transport des troupes, on peut sur le théâtre même de la guerre en avoir un grand nombre. Ils sont décrits dans le *Kriegs-Sanitäts-Ordnung*, sous le nom de trains sanitaires réglementaires. La disposition surannée de nos wagons de troisième classe avec leurs cloisons et leurs banquettes transversalement placées rend à peu près impossible leur transformation. Revenons donc à ce qui concerne les wagons à marchandises.

Le premier desideratum à combler, c'est de donner aux médecins et aux infirmiers la possibilité de circuler dans le train en marche. Le problème est facile et relativement peu coûteux à réaliser. Il consiste à découper à l'extrémité de chaque wagon une porte s'ouvrant en dehors, à garnir chaque extrémité d'une petite plate-forme ou pont formée d'une plaque de tôle solide et d'attacher de chaque côté une chaîne pouvant s'accrocher au wagon suivant pour servir de garde-fou. Il n'est pas besoin de luxe en pareille matière, le nécessaire seul suffit et, d'ailleurs, il ne serait pas nécessaire de transformer tout le matériel. En cas de mobilisation, il serait facile de diriger sur les lignes allant au théâtre de la guerre les quelques centaines de wagons ainsi modifiés par chaque grande compagnie. Quant au matériel des lignes de l'Etat, il devrait toujours à l'avenir être construit en totalité en vue de cette transformation.

Il faut, avons-nous dit, que le médecin puisse s'approcher au moins d'un côté du lit de chaque malade. Cela est facile dans presque tous les systèmes proposés et dans les systèmes adoptés officiellement dans les armées allemande, autrichienne et russe qui ne comportent que deux rangées de lits placés contre les parois latérales et laissent au milieu un couloir libre. Il nous est facile d'imiter cette disposition.

La question la plus difficile à résoudre et la plus intéressante est celle qui concerne les moyens d'atténuer la trépidation et le danger des chocs. Faute de ressources, le moyen le plus simple et aussi le meilleur est une bonne couche de paille placée directement sous le blessé ou, quand cela est possible, sous son matelas. J'ai pu constater par moi-même l'efficacité de ce moyen quelque peu primitif, non seulement contre la trépidation, mais même contre les chocs. Chargé, en 1859, du transport de Milan à Vérone des blessés Autrichiens rendus à l'ennemi, nous éprouvâmes au départ de Summa-Campagna et au moment de la mise en marche, un

choc si violent, qu'il amena la rupture des chaînes d'attelage, si bien qu'arrivé à Vérone sans nos blessés, je dus retourner en arrière fort inquiet des accidents qui avaient pu arriver. Je fus donc fort surpris, en retrouvant mon train et mes blessés, de constater que malades et infirmiers ne s'étaient même pas aperçus de ce léger accident, arrivé, il est vrai, au milieu de la nuit.

Toutefois, ce qui est possible pour un court trajet, ne le serait pas pour un long voyage, et l'on a recherché les moyens de neutraliser les effets de la trépidation.

Trois systèmes principaux ont été surtout employés ou conseillés : 1° le placement des brancards sur des barres de bois supportées elles-mêmes par des ressorts à lame métallique appuyant par leurs extrémités sur le plancher du wagon; 2° la suspension par des courroies à la paroi du wagon; 3° la suspension élastique.

Le système du ressort en feuilles de tôle, analogue aux ressorts des voitures ordinaires, appuyant par leurs deux extrémités sur le plancher et supportant sur sa convexité le brancard, a été tout d'abord employé; il a l'inconvénient d'être coûteux, très encombrant. S'il est encore conservé partiellement dans l'armée allemande, sous le nom de système de Gründ, le moyen de suspension régulier prescrit par le *Sanitäts-ordnung* est le ressort spiral.

La suspension par les courroies ou les sangles attachées aux parois du wagon est adoptée au Wurtemberg et en Suisse Ce système met beaucoup plus qu'on ne le croirait à l'abri de la trépidation; c'est le procédé utilisé dans certains modèles anciens de wagons russes, pour transformer en deux couchettes superposées la banquette et le dossier capitonné des wagons de première classe. J'ai voyagé de cette façon, et très confortablement, de Kieff à Cracovie; mais ce système, suffisant pour des voitures à voyageurs bien suspendues, serait fort défectueux si on l'appliquait à des wagons à marchandises. On ne saurait le proposer.

La suspension élastique a été employée d'abord en Amérique, pendant la guerre de la sécession, au moyen d'anneaux de caoutchouc, puis en Allemagne. Mais le caoutchouc en lames assez épaisses pour pouvoir supporter un brancard chargé, perd presque toute son élasticité; de plus, le caoutchouc se transforme, se détériore, même en magasin, et devient cassant. C'est ce qui m'a amené à imaginer, en 1871, et à proposer dans mon livre sur la chirurgie militaire, en 1872, le ressort spiral que j'ai la satisfaction de voir adopté dans presque toute l'Europe, avec des modifications insignifiantes et plus ou moins bonnes; et c'est aussi à ce système que se rallie M. Redard, en modifiant toutefois ce ressort, qu'il propose de faire à double spirale, parce qu'il juge mon modèle insuffisant comme résistance. On me permettra de faire ici une observation, il est vrai personnelle, mais qui a l'avantage de montrer ce qui se passe au ministère de la guerre lorsqu'il s'agit du matériel médical.

D'abord, il n'a été fait de mon crochet-ressort, par M. Collin, que quatre modèles qui ne sont jamais sortis de mes mains, que seul j'ai expérimentés, mais que M. Redard n'a jamais vus. Ceux qu'il a vus ne sont qu'une détestable contrefaçon, faite par un personnage étranger à la médecine, mais non aux sociétés de secours, et qui n'avait pas hésité à les présenter comme siens, en 1881, au ministère de la guerre.

En 1881, le ministère voulut essayer les systèmes de transport des blessés par wagons ordinaires modifiés, et décida qu'un train spécial serait dirigé sur la Bretagne. On devait croire qu'il chargerait de diriger cette épreuve et d'en contrôler les résultats des médecins militaires d'une grande expérience, comme les membres du Conseil de santé. C'eût été mal connaître l'esprit qui règne dans les bureaux de la guerre. Un seul médecin fut désigné, et l'on choisit un jeune aide-major, démissionnaire depuis, et qui est devenu par concours un de nos chefs de clinique des plus distingués, M. Picqué, lequel, par son âge, avait l'heureuse fortune de n'avoir jamais fait campagne.

Puisqu'on essayait mon système de suspension, on aurait peut-être pu m'avertir, me demander de fournir au moins les crochets, se placer, en un mot, dans la situation de personnes qui désirent faire une expérience sérieuse; mais c'eût été déroger aux habitudes de l'administration française, et, sans la rencontre fortuite de M. Picqué, j'eusse ignoré longtemps que j'étais audacieusement pillé. Si la Commission, dans laquelle il n'y avait pas de médecins, avait été quelque peu au courant de ce qu'elle aurait dû savoir, cette tentative de spoliation n'aurait pu avoir lieu, puisque ce mode de suspension était décrit et dessiné dans mon livre de 1872; mais il paraît qu'on ne lit pas au ministère de la guerre. Ce n'est pas tout encore. Je retrouve décrit, sous le nom de système du colonel Bry, l'emploi de mon propre système, altéré, il est vrai, par l'emploi de barres tranversales.

Ce système consiste à appliquer dans chaque wagon deux paires de barres transversales supportées par mes ressorts altérés, et c'est sur ces barres que l'on repose trois brancards de chaque côté. Avec ce système, on ne peut ni approcher des malades, ni songer à la communication des wagons les uns avec les autres; de plus, le poids qu'on donne à supporter aux ressorts est trop considérable, de sorte que si le ressort est suffisamment élastique, il perd son élasticité en s'affaissant, tandis que, si on le fait d'une résistance suffisante, il perd la plus grande partie de son élasticité. Ce système étant le plus défectueux de tous, mais ayant l'avantage de porter le nom d'un colonel, a naturellement les préférences des bureaux du ministère.

Le livre de M. Redard se termine par un projet très étudié et très complet de transformation de wagons à marchandises en wagons d'ambulance, projet très acceptable et qui n'entraînerait qu'une dépense de 250 francs par wagon, de sorte que moyennant 25 000 francs par grande Compagnie, dépense qui pourrait être encore réduite, on nous mettrait en possession de sept cents wagons à marchandises, nombre qu'une dépense de 50 000 francs porterait à quatorze cents chiffre plus que suffisant pour toutes les éventualités.

Quoi qu'il en soit, la lecture du livre si intéressant, si instructif de M. Redard ne nous laisse et ne peut nous laisser qu'une grande impression de tristesse. Quinze ans nous séparent de la terrible année; l'Allemagne, l'Autriche, la Russie, peuvent demain entrer en campagne; elles trouveront tout préparés, non seulement des hôpitaux de campagne, mais des trains sanitaires, des wagons ordinaires en nombre considérable, qui seront en quelques instants transformés en trains d'ambulance. En France, qu'avons-nous? Rien, absolument rien, et l'on pourrait douter qu'on ait même le désir d'avoir quelque chose. Pourquoi cela? C'est parce que nous ne savons pas plus que par le passé, faire l'application du principe sans lequel rien de bon ne peut se faire : *The right man in the right place.*

On sait ce qu'il a fallu d'efforts pour obtenir en France l'autonomie de la médecine militaire, émancipée depuis longtemps dans toutes les armées de l'Europe. Ce qu'on ignore peut-être, c'est que dans ce pays, qui se dit libre de toute tutelle, le succès n'a été possible que du jour où l'on a pu enfin porter la lumière et la conviction dans l'esprit d'un orateur tout-puissant qui jusque-là s'était opposé à cette émancipation. Malheureusement, cette émancipation n'est que partielle, et nous en sommes encore à envier l'organisation des armées étrangères. Nos médecins militaires ne peuvent avoir d'action directe sur le personnel administratif, qui forme partie intégrante du service de santé, et, ce qui n'est pas moins extraordinaire, la préparation du matériel technique n'appartient pas à nos collègues de l'armée. Les voitures d'ambulance du nouveau modèle sont conçues d'une manière qui ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'absurde, et ne pourront guère circuler que sur les routes, pourvu

même qu'elles soient en excellent état. Quant au matériel de transport par voies ferrées, on ne peut le trouver défectueux, puisqu'il n'existe pas. La responsabilité de cet état de choses n'appartient pas aux médecins militaires, et on ne peut leur reprocher de n'avoir pas produit ces études si intéressantes et si nombreuses à l'étranger. S'occuper de ces questions pourrait paraître une tentative d'usurpation. Là est sans nul doute le secret de leur abstention. Il faut que la réforme se complète, il faut que l'émancipation soit sérieuse, si nous voulons arriver à une organisation acceptable et ne pas voir se perpétuer jusqu'à un nouveau désastre une situation dangereuse pour le pays, funeste pour ceux qui peuvent être appelés à verser leur sang pour le défendre.

Léon Le Fort.

Le foie flottant et le ventre pendant des femmes, par le docteur L. Landau, *privat-docent* de gynécologie à l'Université de Berlin. Berlin, 1885, A. Hirschwald.

Ce mémoire forme le complément de celui où le même auteur a étudié le rein flottant; l'étiologie est la même; les organes abdominaux sont fixés à la place qu'ils occupent, non seulement par leurs ligaments, mais encore par la paroi abdominale, qui exerce sur eux une pression constante et éminemment utile à leur fonctionnement; si la paroi abdominale vient à perdre son élasticité, comme dans le ventre pendant des femmes, les organes ne sont plus soutenus, les ligaments se relâchent; ainsi le rein, le foie deviennent flottants, et il en résulte des symptômes vagues dont le médecin éprouve des difficultés à déterminer la cause. En somme, le travail de Landau renferme l'étude détaillée du ventre pendant et du foie mobile, et des moyens de traitement à apporter à l'un et à l'autre; on y trouve décrits divers appareils prothétiques et leur mode d'application, en particulier celui du corset, dont il indique l'utilité dans certaines conditions.

VARIÉTÉS

Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose.

Huitième liste.

MM.	Paul Gaultry	100 fr.
	Le Vasseur	100
	Victor Desfossés	100
	le docteur Segond, chirurgien des hôpitaux	50
	le docteur Raymond, médecin des hôpitaux	50
	Paul Lucas	50
	le docteur Galezowski	50
	le docteur Jules Worms	50
Mmes	Floquet	50
	Lacombe	50
	Riffaud	50
M.	le docteur Bailly	40
Mme	Schmidt	40
Mmes	veuves Padiez, à Laon; Vallée; Mlles Verneuil; Robillard; MM. Rolland; le docteur Pyreire; le docteur Arnould (de Lille), chacun 20 francs	140
Mme	L. Martin; le docteur Jeunehomme, médecin-major, chacun 10 francs	20
	Total	940 fr.
	Montant des listes précédentes	28.920 fr. 15
	Total général	29.860 fr. 15

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, décédé subitement, samedi dernier, à l'âge de soixante ans; de M. Hubert Bordet, chef des bureaux de l'Académie de médecine, décédé le 18 mars, à l'âge de soixante-douze ans; de M. A. Berthelon, interne des hôpitaux de Lyon, mort à vingt-quatre ans d'une fièvre typhoïde; de M. Ch. Butruille, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Menton à l'âge de vingt-sept ans; de M. le docteur Gaspar Griswold, membre de l'Académie de médecine de New-York; de M. le docteur Rochard (Jean-Félix), médecin dermatologiste; de M. le docteur Edouard Fournié, médecin de l'Institut national des sourds-muets, rédacteur de la *Revue médicale française et étrangère*, et auteur de plusieurs ouvrages de laryngologie et de philosophie médicale; de M. le docteur Deswarte, chirurgien en chef de l'hôpital de Dunkerque; de M. le docteur Jules Hacherelle (de Montmédy); de M. le docteur Léon (d'Aix); de M. le docteur Okincky (de Villepreux) et de M. le docteur Cordier, ancien interne des hôpitaux, ancien chirurgien en chef des hospices de Saint-Quentin.

Mortalité a Paris (11e semaine, du 14 au 20 mars 1886). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 8. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 57. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 234. — Autres tuberculoses, 36. — Autres affections générales, 80. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 68. — Bronchite aiguë, 60. — Pneumonie, 236. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 33; au sein et mixte, 29; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 121; de l'appareil circulatoire, 99; de l'appareil respiratoire, 127; de l'appareil digestif, 66; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 23. — Total : 1469.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

5211. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie des sciences : La toxicité urinaire : M. Bouchard ; Nomination de M. Vulpian. — Académie de médecine : La doctrine microbienne ; Élections.

A l'Académie des sciences nous avons à signaler, outre la nouvelle communication de M. Bouchard que nous reproduisons plus loin (p. 221), l'élection de notre éminent confrère M. Vulpian. L'Académie s'est honorée en appelant à la dignité de secrétaire perpétuel un savant à qui son caractère autant que ses travaux de physiologie et de médecine ont depuis si longtemps mérité le respect de tous.

A l'Académie de médecine, avant d'écouter un discours très remarqué de M. Leblanc et diverses observations de MM. Tillaux et L. Le Fort, on a procédé à deux élections. M. Gallard a été nommé membre de la section d'hygiène et M. Heurtaux (de Nantes), correspondant national.

REVUE DERMATOLOGIQUE

Qu'est-ce que le mycosis fongoïde?

I

S'il est une affection bien caractérisée au point de vue de sa symptomatologie et de son évolution clinique, c'est à coup sûr la dermatose à laquelle Bazin, d'après Alibert, qui en a publié la première observation connue, a donné le nom de *mycosis fongoïde*. L'aspect général du malade, le cycle morbide qu'il parcourt, sont en effet des mieux définis.

Dans une première période on voit apparaître des éruptions diverses ressemblant soit à de l'urticaire, soit à de l'érythème, soit surtout à de l'eczéma sec. D'abord passagères, des plus fugaces et des plus superficielles, ces manifestations cutanées deviennent peu à peu des plaques rouges ou d'un rose vif, s'effaçant incomplètement par la pression, de forme et d'étendue des plus variables, un peu squameuses, plus ou moins prurigineuses, et qui arrivent à faire une légère saillie au-dessus des parties saines: le processus a donc une tendance marquée à produire l'infiltration des téguments; néanmoins, pendant toute cette première période ou période eczématiforme, qui peut durer de quelques mois à plusieurs années, les lésions semblent n'intéresser que l'épiderme et les couches supérieures du derme.

Puis elles deviennent plus profondes: les téguments sont envahis dans leur totalité; on voit se former, soit au centre des plaques eczématiformes, soit à leur périphérie, soit même sur la peau saine, des infiltrations œdémateuses, rappelant un peu par leur consistance les lésions auxquelles Bazin a donné le nom de sclérodermie lépreuse. Elles en diffèrent par leur coloration, d'un rouge-brique, qui se fonce de plus en plus à mesure que l'épaississement des téguments augmente, et que s'accentuent les altérations qu'ils subissent. Ainsi se forment des plaques lichénoïdes irrégulières, mamelonnées, rugueuses, plus ou moins étendues, susceptibles de s'affaisser, de se résorber et de disparaître en un point, pour se reformer en un autre; elles caractérisent la deuxième période de l'affection.

Presque toujours le malade arrive ensuite très rapidement à la troisième période ou période de tumeurs. On voit alors un point quelconque d'une plaque lichénoïde se tuméfier, former une saillie mamelonnée plus ou moins volumineuse, semi-hémisphérique, ovalaire ou irrégulière, par confluence de plusieurs néoformations voisines, d'un rouge vif le plus souvent, parfois d'un rouge sombre, un peu violacé, plus rarement d'un blanc jaunâtre. Dans quelques cas, ces tumeurs se développent d'emblée sur la peau saine. Elles peuvent s'ulcérer suivant divers mécanismes et se détruire ainsi, ou bien se résorber spontanément et disparaître sans laisser la moindre trace de leur existence. Dans l'immense majorité des cas, il s'en forme alors de semblables en un autre point du corps. Les trois phases précédentes peuvent d'ailleurs s'observer simultanément chez un même malade; je veux dire par là qu'un malade arrivé à la troisième période,

et chez lequel se développent des tumeurs, peut porter çà et là, disséminées sur les téguments, des plaques lichénoïdes et eczématiformes.

Peu à peu l'état général, d'abord excellent, finit par s'altérer; il survient de l'amaigrissement, de la perte des forces, des troubles digestifs, des diarrhées incoercibles, de la cachexie, et la mort arrive dans le marasme; parfois elle est précipitée par des complications pleuro-pulmonaires. On ne connaît encore qu'un seul cas de guérison publié par Bazin.

Le type morbide que je viens de décrire est tellement net, tellement bien tranché au point de vue clinique, qu'il suffit d'en avoir vu un seul cas pour savoir le reconnaître désormais. Sa symptomatologie est des plus précises et des mieux établies, car les observations que l'on doit faire rentrer dans cette variété de mycosis, à période eczématiforme prémonitoire, sont tout à fait comparables entre elles. Mais quand on quitte le terrain de la clinique pour entrer dans celui de l'anatomie pathologique, on ne trouve que discussions et théories contradictoires.

Pour ne pas compliquer cette question, je commence par déclarer que dans tout ce qui va suivre, je ne m'occuperai que de la variété de mycosis fongoïde que je viens de décrire. Je laisserai complètement de côté: 1° les faits semblables à ceux de Biesadecki (*Ueber einen Fall von leukœmischen Tumoren in der Haut. Mittheil. des Ver. der Aerzte in Nieder-Oesterreich*, 1875-1876, Band II, p. 30) et de Kaposi (*Ueber eine neue Form von Hautkrankheit, Lymphodermia perniciosa, Separat-abdruck aus der Med. Jahrb. der K. K. Gesellschaft der Aertze*, in Wien., 1885); 2° les faits que nous avons groupés pour la première fois à part, M. le docteur Vidal et moi (*Étude sur le mycosis fongoïde, France médicale*, 1885), sous le nom de mycosis fongoïde à tumeurs primitives. Je les étudierai dans des articles ultérieurs.

Je le répète donc, l'argumentation suivante ne visera que la forme typique, indiscutable comme groupe clinique, de mycosis fongoïde, caractérisée par une période eczématiforme prémonitoire.

II

Le premier auteur qui reconnut et décrivit réellement cette dermatose, Bazin, avant d'être influencé par des recherches histologiques, en avait fait une affection à part, et avait même créé pour elle une diathèse fongoïdique. Plus tard il crut pouvoir la classer à côté de la lèpre.

Mais bientôt Ranvier, pratiquant l'examen microscopique de tumeurs mycosiques, les trouva constituées en grande partie, sinon en totalité, par du tissu réticulé, à mailles excessivement fines, remplies de cellules embryonnaires, semblables aux cellules lymphoïdes; il crut donc pouvoir les assimiler complètement, quant à leur structure, au tissu des ganglions lymphatiques, et il regarda le mycosis fongoïde comme une affection due au développement dans la peau de tissu adénoïde; c'était pour lui la manifestation cutanée de la diathèse lymphoïde. Ces conclusions furent immédiatement acceptées par tous les dermatologistes français. Les travaux de Gillot, de Landouzy, de Debove, de Demange, de Bazin, etc..., vinrent les confirmer et semblèrent établir sur des bases inébranlables la théorie de la lymphadénie cutanée. Il n'y a qu'à lire le mémoire du docteur Galliard (*Annales de dermatologie*, 25 mars 1882), pour voir à quel point l'on était convaincu en France que cette question était définitivement résolue.

Cependant à l'étranger on n'acceptait pas cette découverte. Dès 1864, paraît un travail de Köbner sur le mycosis fongoïde; il en publie des observations sous le nom de tumeurs papillomateuses fongoïdes de la peau. Geber et Duhring, en 1879, l'appellent néoplasie inflammatoire fongoïde. Kaposi (1869-1881), Heitzmann et Nevins Hyde (1883-1884), déclarent que ce n'est qu'un sarcome multiple de la peau.

C'est en présence de ces dissentiments que nous avons recherché en 1885, mon excellent maître M. le docteur E. Vidal et moi, de quel côté se trouvait la vérité; nous n'avons pas cru pouvoir adopter l'une ou l'autre des théories précédentes; et, nous appuyant sur des documents inédits, nous avons fait du mycosis fongoïde une sorte d'entité morbide spéciale: il est vrai que nous n'avons émis cette hypothèse que sous toutes réserves.

Au moment même où nous recevions les épreuves de notre travail, paraissaient en Allemagne deux mémoires des plus importants, l'un de Rindfleisch, l'autre d'Auspitz, affirmant tous les deux la nature parasitaire du mycosis fongoïde. Pour Rindfleisch, le microbe de cette affection serait un streptococcus, qui formerait des colonies dans les vaisseaux, les oblitérerait en totalité ou en partie, et amènerait ainsi une accumulation plus ou moins considérable de globules blancs, d'où résulteraient des infiltrations variables du derme. Ces embolies microbiennes pourraient se déplacer, et ainsi s'expliquerait la mobilité des lésions. On ne trouverait pas de parasite en dehors des vaisseaux. Le microbe d'Auspitz et d'Hochsinger serait assez semblable comme aspect au précédent, mais il siégerait dans le tissu même des tumeurs, dans les squames des plaques eczématiformes et lichénoïdes, dans les follicules pileux et dans les poils. Le docteur Schiff aurait pu cultiver ce micrococcus. D'après ces travaux, le mycosis fongoïde devrait donc être considéré non seulement, ainsi que nous le disions M. Vidal et moi, comme une entité morbide spéciale, mais encore comme un granulome infectieux, bien déterminé par son parasite, et devrait prendre place dans le grand groupe pathologique des granulomes infectieux, à côté de la tuberculose, de la lèpre, du lupus, du rhinosclérome, etc...

Si nous résumons cet historique de la pathogénie du mycosis fongoïde, nous voyons qu'on peut en somme ramener toutes ces théories à cinq principales: 1° c'est la lymphadénie cutanée; 2° c'est la sarcomatose cutanée généralisée; 3° c'est un granulome fongoïde ou une néoplasie inflammatoire fongoïde; 4° c'est une entité morbide distincte; 5° c'est un granulome infectieux, ayant pour origine un microbe spécial.

III

1° Est-il possible de soutenir encore à l'heure actuelle que le mycosis fongoïde de Bazin, à période eczématiforme prémonitoire, est de la lymphadénie cutanée? Nous ne le pensons pas. La théorie de la lymphadénie cutanée repose uniquement sur ce que l'on trouve dans les tumeurs mycosiques du tissu adénoïde. Or il n'est plus admissible à l'heure actuelle que la seule présence de tissu réticulé dans une néoplasie soit une raison suffisante pour qu'on soit autorisé à la classer parmi les lymphadénomes. D'après la plupart des histologistes modernes, d'après MM. Cornil et Ranvier eux-mêmes, ce tissu se rencontre dans des productions morbides bien définies, telles que le tubercule et le sarcome, qu'il est absolument impossible de faire rentrer dans la classe des tumeurs lymphoïdes.

Les lésions du mycosis fongoïde ne sont pas toujours d'ailleurs exclusivement constituées par du tissu adénoïde pur. Dans beaucoup d'examens histologiques faits à l'étranger, le réticulum n'est pas mentionné; dans un cas inédit que nous avons publié dans notre mémoire, M. Vidal et moi, et qui constitue à lui seul une description typique de la maladie que nous étudions, M. le docteur A. Siredey a montré que les tumeurs présentaient à la fois les éléments du sarcome et ceux du tissu lymphoïde sans appartenir d'une manière exclusive à l'un ou à l'autre de ces types. On y rencontrait en même temps: 1° plusieurs variétés de sarcome, sarcome embryonnaire, sarcome fasciculé, myxo-sarcome, et 2° les diverses apparences du tissu réticulé qui constitue les tumeurs adénoïdes. Au point de vue histologique, cette structure était identique à celle du sarcome lymphadénique myxoïde de Rindfleisch. L'argument sur lequel repose toute la théorie de la lymphadénie cutanée est donc des plus discutables.

Mais d'autres raisons beaucoup plus importantes encore nous engagent à rejeter complètement cette hypothèse. La marche clinique du mycosis, la variabilité, l'inconstance de ses lésions, ne cadrent nullement avec ce que nous savons sur la pathologie des lymphadénies ganglionnaires. Dans la plupart des cas de mycosis, les ganglions lymphatiques ne sont que peu ou point engorgés, et l'on ne constate dans le sang qu'une augmentation de globules blancs tout à fait insignifiante. Enfin les lésions viscérales que l'on trouve aux autopsies ne concordent point avec l'hypothèse d'une lymphadénie, dont les accidents cutanés n'auraient été qu'une des manifestations.

2° Si nous ne pouvons plus considérer le mycosis fongoïde comme la lymphadénie cutanée, pouvons-nous en faire la sarcomatose multiple de la peau? Ainsi formulée, cette deuxième théorie est tout aussi inacceptable que la précédente. Dans un prochain article, je montrerai qu'après les travaux de Kaposi, de Tanturri, de Tomaso de Amicis, de Vidal, de Perrin, etc..., on est obligé d'admettre l'existence d'un type clinique tout à fait différent du mycosis comme symptomatologie et comme évolution et auquel les auteurs précédents ont donné à juste titre la dénomination de sarcomatose généralisée primitive de la peau; des examens microscopiques nombreux ont démontré le bien-fondé de cette opinion. Il est absolument impossible de comparer entre eux le mycosis fongoïde à période eczémateuse prémonitoire de Bazin et la sarcomatose cutanée généralisée, qui débute d'ordinaire par les extrémités de Kaposi et de Perrin. Ce sont là, nous ne saurions trop le répéter, deux types cliniques nettement tranchés.

On pourrait toutefois se demander si le mycosis fongoïde, tout en étant distinct de la sarcomatose cutanée généralisée de Kaposi et de Perrin, ne serait pas une variété à part de sarcomatose de la peau; divers examens histologiques tendraient à faire admettre cette opinion. Pour pouvoir élucider d'une manière définitive ce point délicat, il faudrait, avant toute chose, bien préciser ce que l'on doit entendre sous le nom de sarcome, et ne pas se contenter de le dire au point de vue histologique pur, car notre conviction intime est que l'on ne parviendra jamais ainsi à des notions exactes, mais de le déterminer aussi au point de vue clinique. Or, tout en reconnaissant que la symptomatologie générale du sarcome laisse encore beaucoup à désirer, je crois cependant pouvoir affirmer dès maintenant que le début du mycosis fongoïde par des plaques érythémateuses et eczématiformes, que la grande mobilité des lésions, que leur aspect si spécial ne cadrent guère avec ce que nous savons sur ce que l'on est convenu de désigner sous le nom de sarcome.

3° La plupart des auteurs qui ont décrit le mycosis sous le nom de néoplasie inflammatoire fongoïde, de tumeurs papillomateuses fongoïdes, ou de granulome fongoïde, en font en dernière analyse une variété de sarcomatose de la peau; il en est cependant parmi eux qui semblent le considérer comme une affection à part. Sauf quelques nuances d'interprétation, leur opinion se rapproche donc beaucoup de celle que Bazin avait primitivement soutenue et à laquelle nous nous sommes ralliés, M. Vidal et moi, dans notre mémoire.

4° Voyant en effet qu'au point de vue clinique et même qu'au point de vue histologique, le mycosis fongoïde ne pouvait rentrer dans aucun type connu, qu'il paraissait au contraire avoir une individualité propre, nous avons cru pouvoir le considérer comme une entité morbide spéciale de nature encore indéterminée. Et je ne vois pas, pour ma part, quelle objection on peut faire à cette hypothèse.

5° Les recherches toutes récentes de Rindfleisch et d'Auspitz ont semblé la confirmer de la manière la plus éclatante, puisque, d'après ces auteurs, le mycosis serait une maladie infectieuse spéciale ayant son microbe particulier. Nous serions tout disposés à admettre ces résultats qui viendraient résoudre d'une manière définitive la question si controversée de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection. Malheureusement les publications précédentes ne nous paraissent pas devoir entraîner encore la conviction. Il n'y a pas entre elles concordance parfaite; Rindfleisch ne trouve le parasite que dans les vaisseaux où il forme des embolies; Auspitz ne le rencontre que dans les tissus périvasculaires, dans l'épiderme et dans ses annexes. Dans un mémoire récent, Tilden pense que les microbes d'Auspitz pourraient bien n'être qu'accidentels, et il estime que les théories de Rindfleisch sont vraiment surprenantes.

Il est d'ailleurs deux autres considérations qui font douter de la nature microbienne du mycosis: la première, c'est qu'on l'observe surtout, pour ne pas dire toujours, chez des adultes, après quarante ans; or l'on sait combien le parasite aime l'enfance! La seconde, c'est qu'on n'a pas encore observé de cas de contagion ou d'inoculation du mycosis. Certes nous ne nions pas la nature microbienne de cette affection; nous voudrions la savoir démontrée; mais nous trouvons que certains auteurs, et des plus recommandables, ont vraiment accepté avec trop de facilité les résultats un peu incomplets annoncés en Allemagne.

En terminant cette discussion, je me permettrai de faire remarquer que l'histoire du mycosis fongoïde nous montre une fois de plus que l'on ne doit pas s'adresser à l'histologie seule, quand on veut définir la nature d'une maladie: l'on n'arrive ainsi qu'à l'erreur, et c'est presque fatal, puisque l'on ne tient compte que de l'un des éléments les moins importants du problème. Ce n'est qu'en étudiant avec la plus grande rigueur la symptomatologie, l'évolution clinique, l'anatomie pathologique et surtout l'étiologie d'une affection, qu'on peut arriver à la connaître et à la classer. L'étiologie du mycosis fongoïde nous manque encore, jusqu'à ce que les découvertes de Rindfleisch et d'Auspitz soient confirmées; mais ce que nous savons déjà de cette dermatose nous permet, ce nous semble, d'affirmer dès maintenant que c'est une entité morbide spéciale, un processus *sui generis*, quelle qu'en soit l'origine, qu'elle dépende ou non de l'évolution d'un microbe particulier.

L. Brocq.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Antisepsie intra-utérine.

La surface interne de l'utérus, abandonnée par l'œuf après l'accouchement, devient la voie d'introduction la plus commune pour les microbes de la septicémie puerpérale. Si ces microbes ont libre accès à travers les voies génitales, ils parviennent au niveau de la plaie utérine, qui est leur porte d'entrée dans l'organisme. Les empêcher d'arriver jusqu'à l'utérus, tel doit être le premier souci de l'accoucheur, et, si par mégarde, par incurie ou par toute autre cause ils y ont pénétré, les en déloger, telle doit être l'œuvre de la thérapeutique obstétricale. L'action doit être prompte, énergique, radicale; sans quoi la femme est exposée aux plus grands dangers. Tant que le microbe n'a pas pénétré dans l'économie, le thérapeute peut promettre la guérison; aussitôt qu'il y est entré, le pronostic, même avec le traitement le mieux conduit, flotte dans le doute. Détruire le microbe quand il a pénétré dans la cavité utérine, c'est faire l'antisepsie intra-utérine; on voit donc l'importance considérable de cette médication dont nous allons nous occuper.

Tout corps introduit dans la cavité de l'utérus peut, s'il est microbicide, devenir l'agent de la médication antiseptique. Qu'il soit gazeux, liquide ou solide, l'effet recherché pourra être obtenu. Nous n'avons toutefois pas connaissance que des gaz aient été employés dans ce but. Les corps solides au contraire ont été souvent introduits dans l'utérus pour y exercer l'action antiseptique. En Allemagne on s'est servi de différents suppositoires, et particulièrement des suppositoires préparés avec l'iodoforme. M. Porak, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, emploie volontiers ce moyen. Nous regrettons que les résultats obtenus n'aient pas été publiés.

Dans la grande majorité des cas on s'est servi de liquides pour pratiquer l'antisepsie intra-utérine, on a fait des injections intra-utérines de liquides très variés. C'est cette dernière médication que nous avons actuellement en vue.

I

Il y a quelques années, et surtout avant le règne de l'antisepsie, une injection intra-utérine paraissait une grosse intervention, un moyen plein de dangers, et le médecin ne la faisait qu'avec une certaine inquiétude. Quelques cas avaient été publiés, de mort subite, produite par ou pendant l'injection intra-utérine. Ces cas grossis comme importance, et peut-être de bouche en bouche comme nombre, étaient devenus un véritable épouvantail, de telle sorte que beaucoup d'accoucheurs n'osaient plus faire pénétrer une goutte de liquide dans l'utérus.

On chercha à expliquer ces cas de mort subite dont la réalité ne peut être niée; ceux-ci invoquèrent le choc produit par le liquide; ceux-là, la pénétration dans les veines. La théorie qui eut le plus de succès, c'est l'invasion dans la cavité péritonéale par la voie des trompes. Parcourez aujourd'hui les différents services d'accouchements, les idées sont complètement changées, on ne parle plus des dangers des injections intra-utérines, ils semblent qu'ils aient complètement disparu, on ne s'entretient que de leurs bienfaits, qui sont considérables.

Que s'est-il donc passé? Pourquoi cette révolution? Les inconvénients ont en effet disparu du jour où l'on a facilité la sortie du liquide en dehors de l'utérus, du jour où l'on a employé la sonde à double courant. Quelle que soit la théorie pathogénique des accidents que l'on admette, la clinique a démontré que toutes les fois que le liquide injecté s'échappait facilement de l'utérus, les accidents de syncope et de mort subite ne se produisaient pas.

Voici la crainte disparue, mais comment est née la confiance? C'est qu'au début de ces fièvres puerpérales à marche rapide, à symptomatologie tapageuse, on a vu une injection intra-utérine antiseptique, essayée timidement, sans espoir de réussite, en présence d'un état désespéré, faire miracle, ramener la température à la normale, arrêter tous les accidents, sauver en un mot une femme condamnée. De ce jour la méthode antiseptique intra-utérine était créée, et elle ne pouvait que s'étendre rapidement, ainsi qu'elle l'a fait. Comment se font ces injections intra-utérines?

II

Il existe deux grandes méthodes d'antisepsie intra-utérine à l'aide d'injections : l'une intermittente, l'autre continue.

1° La méthode intermittente, dont Fritsch (de Breslau) a été le promoteur, est la plus généralement connue et employée. Elle consiste, à l'aide d'appareils et d'instruments que nous ne décrirons pas ici, à faire passer dans l'intérieur de la cavité utérine un courant de liquide antiseptique, soit liqueur de Van Swieten, soit solution phéniquée au 1/50, au 1/100, soit solution boriquée au 4/100, etc. La sonde intra-utérine (et c'est celle en fer à cheval du docteur Budin, dont nous nous servons le plus volontiers) est introduite pour l'injection et retirée immédiatement après. Ces injections sont faites soit dans un but curatif, soit dans un but prophylactique. Dans les services d'accouchements consacrés à l'enseignement, où malgré la surveillance la plus active de tout le personnel on ne peut être sûr de l'asepsie, ces injections prophylactiques rendent les plus grands services. C'est ainsi qu'à la Maternité, dans le service du professeur Tarnier, *toute* femme après son accouchement, quand elle est délivrée, a une injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten dédoublée (solution de bichlorure de mercure au 1/2000). Aussi, malgré les nombreux examens pratiqués pendant l'accouchement, n'observe-t-on pas d'accidents septicémiques pendant les suites de couches.

2° La méthode continue va nous arrêter d'une façon particulière, car elle vient d'être, de la part de MM. Pinard et Varnier, l'objet d'un intéressant mémoire publié dans les *Annales de gynécologie*, de décembre 1885 et janvier 1886. C'est à Schücking, de Halle (1877), qu'on doit la première application de cette méthode à l'obstétrique, méthode qui avait été employée en chirurgie déjà par Percy, Lombard, Larrey, et particulièrement par Josse et Bérard en 1833. Après Schücking plusieurs auteurs allemands, Winckel à Dresde en 1878, Spiegelberg, Schröder l'emploient et en obtiennent d'excellents résultats. Fritsch en étend l'emploi à la gynécologie.

En 1879, Löwenstein et Gugenberger s'en servent heureusement à la Maternité de Moscou. Après l'Allemagne et la Russie vient le tour de l'Italie, où la méthode est essayée par Bompiani en 1881. A partir de ce moment, les injections continues semblent disparaître de la scène thérapeutique; on n'en parle plus ou à peine.

Une réaction assez vive se fait même contre elle; témoin la critique acérée que leur adresse Fritsch dans sa *Patholo-*

gie et traitement des affections puerpérales, dont la traduction vient de paraître à Paris. M. Pinard, encouragé par la pratique de Sneguireff, de Moscou, qui, ayant employé dans une cinquantaine de cas les injections intra-utérines continues, les considère comme le remède le plus énergique contre la septicémie, a tenté cette méthode thérapeutique dans son service de Lariboisière. 16 cas ont été traités de la sorte, ou plutôt 12, car dans les 4 premières observations on se contenta d'irrigations vaginales qui furent reconnues insuffisantes. Sur ces 4 premiers cas il y eut 1 décès. Sur les 12 autres cas, où l'irrigation intra-utérine fut rigoureusement faite, on compte 4 décès, c'est-à-dire une mortalité de 1/3. Il convient de dire que toutes les femmes traitées étaient gravement atteintes. Tels sont les résultats obtenus, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer ici. Voyons la méthode suivie.

III

La femme est placée sur un lit ordinaire. Deux matelas sont repliés sur eux-mêmes, l'un placé à la tête, l'autre aux pieds du lit. Entre les deux matelas existe donc au centre une solution de continuité, qui doit permettre l'écoulement du liquide. Les matelas sont recouverts de toile imperméable. La femme est couchée de telle sorte que le siège corresponde à l'interstice de deux matelas. La sonde employée est en métal, à double courbure en forme d'S ; elle est aplatie. La concavité supérieure s'applique à la courbe du canal vagino-utérin ; la concavité inférieure contourne et ménage le périnée. Le double courant a été ici jugé inutile ; car dans le cas de septicémie grave les orifices utérins restent largement béants et ne peuvent gêner le retour du liquide. La sonde est fixée aux cuisses de la femme au moyen de fils et de ficelles entourant cette partie des membres inférieurs, et maintenus à l'aide d'un corps adhérent quelconque. A la sonde s'adapte un tube en caoutchouc établissant la communication avec un récipient quelconque placé à une certaine hauteur pour permettre la descente du liquide. On injecte pendant quelques minutes une solution de biiodure de mercure (au 1/2000). Cette solution a une action antiseptique énergique, mais elle ne tarde pas à provoquer chez la femme une sensation douloureuse. Aussi ce premier lavage opéré, au lieu de la solution mercurielle, on fait passer de l'eau phéniquée au 1/100, et on continue jusqu'au moment où la température est descendue à la normale, ou bien lorsque les urines deviennent noires à leur émission. Cette injection a pu être employée pendant trois jours de suite sans aucun inconvénient. Dans certains cas on peut substituer à la solution phéniquée la solution boriquée à 2 ou 4 pour 100.

Telle est la méthode suivie par M. Pinard, méthode dont il a eu tant de fois à se louer, et qui, d'après lui, doit être substituée aux injections temporaires toutes les fois que la septicémie prend des allures de gravité exceptionnelle.

AUVARD.

Contributions pharmaceutiques.

LOTION CONTRE LES MALADIES DU CUIR CHEVELU ET EMBROCATION ANTISEPTIQUE PRÉSERVATRICE.

La pétrobaseline à la pilocarpine dont nous avions indiqué la formule et qui paraissait, d'après sa composition, devoir rendre quelques services, n'a pas répondu à notre attente. Les correspondances et les communications verbales que nous avons reçues à son sujet nous obligent à y renoncer et nous préférons, après expérience, lui substituer la formule suivante :

Alcool à 80°	80 grammes.
Alcool camphré	ãã 5 grammes.
Rhum	
Teinture de cantharides	
Glycérine	
Essences de santal, Wintergreen, roses, laurier noble, de chacune	5 gouttes.
Chlorhydrate de pilocarpine	50 centigrammes.

Faites dissoudre le sel dans l'alcool et ajoutez les autres substances ; mêlez et employez en frictions légères sur le cuir chevelu, une fois par jour, en cas de pellicules ou d'alopécie commençante. On peut remplacer les essences par tout autre alcool aromatisé à son goût, tel que l'eau de Cologne, par exemple.

Les paraffines liquides appelées : vaseline, pétrobaseline, neutraline, etc., devront être réservées pour servir de cosmétiques.

A ce titre ce sont des produits précieux. Les chirurgiens pourraient peut-être encore en tirer un bon parti en les additionnant de 10 gouttes d'essence de thym pour 100 grammes de liquide et en s'en enduisant les mains avant de commencer une opération. La peau serait ainsi préservée contre les contages parasitaires.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

SUR LES VARIATIONS DE LA TOXICITÉ URINAIRE PENDANT LA VEILLE ET PENDANT LE SOMMEIL, par M. CH. BOUCHARD.

Dans une précédente note (voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 205) j'ai établi les caractères et le degré de la toxicité des urines de l'homme sain. Cette toxicité varie suivant certaines circonstances physiologiques. J'étudierai aujourd'hui les différences qu'elle présente suivant l'état de veille et suivant l'état de sommeil.

En temps égaux l'homme élimine pendant le sommeil moins d'urine que pendant la veille, et ces urines sont plus denses. On pourrait croire que ces urines plus concentrées doivent être plus toxiques. C'est le contraire qui est la règle. Non seulement, à volumes égaux, les urines du sommeil sont presque toujours moins toxiques que celles de la veille; mais *toujours* les urines du sommeil ont une toxicité totale moindre que les urines sécrétées pendant un égal temps de la période de veille.

En huit heures de sommeil, l'homme élimine deux à quatre fois moins de poison urinaire que pendant huit heures de veille.

Il ne faudrait pas croire cependant que le sommeil amoindrit la production de l'élimination du poison urinaire. A la fin de la période de veille, à l'instant précis où l'homme s'endort, la toxicité urinaire est au *minimum*. A partir de ce moment, elle augmente incessamment et régulièrement pendant seize heures, d'abord pendant le sommeil, puis pendant la première moitié de la période de veille. Au moment du réveil, l'intensité toxique est cinq fois plus considérable qu'au début du sommeil ; huit heures après le réveil, elle est neuf fois plus grande ; elle est alors au *maximum*. A

partir de ce moment la décroissance commence, elle se fait deux fois plus vite que la croissance et, en huit heures, elle est revenue au *minimum*, au début d'une nouvelle période de sommeil. Le rapport des quantités de poison éliminées dans ces trois périodes d'égale durée (sommeil, veille matinale, veille vespérale) est comme les nombres 3, 7, 5.

On pourrait supposer que la moindre toxicité des urines du sommeil est due à ce que l'alimentation s'effectue exclusivement et se répète plusieurs fois pendant la veille. On expliquerait alors la toxicité plus grande des urines du jour, ou par la potasse d'origine alimentaire, ou par les alcaloïdes que Tanret a montrés toujours associés aux peptones et qui, d'après Brieger, résulteraient du fait de la peptonisation; ou par la résorption des matières toxiques de la bile, qui est surtout sécrétée pendant la digestion. Il y a une part de vérité dans cette hypothèse. J'ai voulu la vérifier directement. J'ai recueilli isolément les urines de la veille et les urines du sommeil de trois hommes bien portants et reconnu, en tenant compte des quantités sécrétées en des temps égaux, que les urines de la veille étaient quatre fois plus toxiques et contenaient deux fois plus de potasse que les urines du sommeil. Je suis arrivé ainsi à cette première conclusion que, si les variations se font dans le même sens, il n'y a pas proportionnalité entre les variations de l'élimination de la potasse. Enfin, en tenant compte de la potasse contenue dans les quantités d'urine qui avaient produit la mort des animaux en expérience, j'ai constaté que cette potasse ne peut expliquer que le cinquième de la toxicité des urines du jour et le tiers de la toxicité des urines de la nuit. J'ai, pour cela, injecté dans les veines, au même degré de dilution où il se trouve dans les urines, le potassium à l'état de chlorure, de sulfate, de phosphate, d'urate. J'ai, d'ailleurs, vérifié expérimentalement que les autres sels minéraux ne sauraient être incriminés, la soude en raison de sa toxicité minime, la chaux en raison de sa faible toxicité et de sa très faible proportion, la magnésie en raison de sa très faible proportion.

Pour dénier à l'alimentation une part prépondérante dans la différence de toxicité des urines de la veille et des urines du sommeil, je ferai remarquer que, si l'excès des poisons de la veille était fourni par les aliments, ou par la sécrétion des sucs digestifs, ou par l'acte même de la digestion, la toxicité devrait augmenter au lieu de diminuer pendant la seconde moitié de la journée; qu'elle devrait décroître au lieu d'augmenter pendant le sommeil, et que le minimum devrait être au réveil et non à l'instant où l'homme s'endort.

Au point de vue de leur toxicité, les urines de la veille et les urines du sommeil ne présentent pas seulement des différences d'intensité; elles diffèrent aussi comme qualité.

Les urines du sommeil sont toujours franchement convulsivantes ; les urines de la veille sont très peu ou ne sont pas convulsivantes, mais elles sont narcotiques. C'est à tel point qu'on se demande s'il n'y aurait pas lieu de reprendre avec Preyer la théorie toxique du sommeil. Ce qui est certain, c'est que, pendant la veille, le corps fabrique une substance qui, accumulée, produirait le sommeil; et que, pendant le sommeil, il élabore, au lieu de cette substance narcotique, une substance convulsivante qui, accumulée, pourrait produire la secousse musculaire et provoquer le réveil.

Quoique la potasse produise des convulsions énergiques, on ne peut pas lui attribuer la quantité convulsivante des urines du sommeil, puisque ces urines sont moins riches en potasse que les urines de la veille.

Les poisons de la veille et les poisons du sommeil ne sont pas seulement différents comme intensité et comme qualité; ils sont antagonistes : l'un est le contrepoison de l'autre. Si l'on mélange les urines de la veille et les urines du sommeil proportionnellement à leurs masses respectives, la toxicité du mélange n'est pas une moyenne ; elle peut être moindre que celle des urines qui était le moins toxique. Elle ne représente que les deux tiers de la somme des toxicités partielles.

Pour déterminer le coefficient urotoxique d'un individu, on doit donc additionner la toxicité totale des urines de la veille et la toxicité totale des urines du sommeil, et ne pas opérer sur le mélange des urines en vingt-quatre heures.

Clinique chirurgicale.

Traitement de l'hydrocèle par l'incision et la résection partielle de la tunique vaginale, par M. le docteur Victor Augagneur, chirurgien en chef désigné de l'*Antiquaille*.

I

Avant la vulgarisation des pansements antiseptiques, certaines opérations passaient pour si bénignes et si efficaces, qu'il ne semblait pas que les affections contre lesquelles elles étaient dirigées, dussent retirer un bénéfice quelconque d'une méthode nouvelle de traitement. L'hydrocèle de la vaginale était au premier rang de ces maladies, que le chirurgien abordait avec la presque certitude du succès, et sans la crainte de voir survenir les redoutables complications si fréquentes dans d'autres circonstances.

L'amélioration des statistiques concernant les opérations les plus graves, nous a rendus plus exigeants; on a procédé à une revision de tous les anciens modes thérapeutiques pour toutes les maladies: l'hydrocèle a subi le sort commun.

L'analyse de très nombreuses observations a montré que la méthode des injections, avec des différences en plus ou en moins suivant le liquide employé : teinture d'iode, liqueur iodo-tannique, vin, alcool, perchlorure de fer, acide phénique, chlorure de zinc, nitrate d'argent, etc., etc., exposait à trois inconvénients principaux :

1° Le diagnostic peut quelquefois rester incertain; dans des cas difficiles certaines hydrocèles, symptomatiques d'un néoplasme au début, peuvent être considérées comme des hydrocèles simples.

2° Très inoffensive, quand on comparait ses résultats à ceux de la chirurgie générale avant la période antiseptique, l'injection peut quelquefois déterminer des accidents graves et même la mort. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait été acteur ou témoin de quelque observation où l'injection s'est terminée par un abcès, une gangrène plus ou moins étendue des bourses, et même la mort du malade.

3° Enfin le reproche le plus grave qui ait été formulé contre les injections est la fréquence de la récidive après leur emploi.

Il est très difficile d'avoir des renseignements très précis sur le nombre relatif des guérisons radicales et de récidives après l'injection. Certains chirurgiens prétendent n'en avoir jamais observé. Cette affirmation est sans doute un peu hasardée. Quand un malade est atteint de récidive, il ne s'adresse généralement pas au chirurgien qui l'a opéré une première fois. Un opérateur voit les récidives des autres; il est rarement témoin de celles dont il est responsable. Je ne possède à cet égard que les chiffres puisés dans mon propre service. A l'hôpital de la Croix-Rousse, du 1er décembre 1884 au 1er décembre 1885, dans l'espace d'une année, j'ai reçu *vingt-deux* malades atteints d'hydrocèle vaginale. Sur ce nombre *cinq* avaient déjà subi la ponction avec injection. Un seul avait été opéré par moi, les quatre autres par divers chirurgiens de Lyon et un de Paris. Je ne tire aucune conclusion absolue de ce petit nombre de faits. Il serait assez facile d'établir une statistique à ce sujet.

En présence de ces divers inconvénients, les chirurgiens ont cherché à rendre le traitement plus efficace et plus inno-

cent. La sécurité absolue que donnent les pansements antiseptiques a fait penser à beaucoup qu'il était préférable de revenir à la vieille méthode de l'incision.

Jusqu'à ce jour il semble qu'en France, nous soyons très généralement restés fidèles à l'injection. Les publications se rapportant à l'incision sont presque toutes étrangères; les observations d'origine française sont encore moins nombreuses que les publications.

Volkmann (de Halle) paraît avoir été le premier à tenter l'appplication de la méthode antiseptique au traitement de l'hydrocèle. Son premier mémoire date de dix ans (*Der hydrocelenschnitt bei antiseptischer hachbehandlung*, in *Berlin. klin. Wochenschrifft*, 17 janvier 1876). En 1879, il publia en collaboration avec Genzmer le résultat de sa pratique portant sur plus de cent cas, tous suivis de succès (*Die hydrocele und irhe Heily dunch der Schmitt bei antisepticher Wunder handlung von Alfred Genzmer*. Sammlung, *Klinischer Voirtrage*, avril 1879).

Julliard (de Genève) a relaté dans la *Revue de chirurgie* (février 1884) cinquante-quatre observations également favorables.

En France, la thèse de Labadie (thèse de Bordeaux, 1881), par le grand nombre de faits qu'elle réunit, eût dû peut-être engager les chirurgiens dans une voie qu'ils semblent peu disposés à suivre. Je n'en veux pour preuve que la remarquable leçon publiée en 1885, par la *Semaine médicale*, sous la signature de M. A. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale à Nancy.

J'ai, cette année, traité par l'incision et la résection d'une partie de la vaginale *quinze hydrocèles*. Ce sont ces cas dont je vais donner un rapide résumé. Leur examen me paraît justifier quelques conclusions dont je les ferai suivre.

Obs. I.— Bes..., cinquante et un ans, tisseur. Hydrocèle double il y a quatre ans. Double injection iodée. Hydrocèle a disparu à droite. Récidive à gauche presque immédiate. L'hydrocèle gauche a le volume des deux poings. Opération le 26 mars 1884. Sort guéri le 15 avril.

Obs. II.— Guill., soixante-deux ans, garçon de peine. Hydrocèle double du volume du poing à droite; grosse comme un œuf de poule à gauche. Le 12 novembre 1884, injection à gauche d'une solution avec acide phénique, 10 grammes; alcool, 50 grammes; eau, 100 grammes. A droite incision et excision de la vaginale. Sort guéri le 29 novembre de son hydrocèle droite. *Il reste un peu de liquide à gauche.* Le côté injecté lui a causé plus de douleurs que le côté incisé.

Obs. III.— Dup., dix-huit ans, marchand de journaux. *Hydro-épiplocèle congénitale* enflammée et irréductible depuis dix jours. Troubles réflexes variés. Vomissements. La tumeur est transparente, du volume des deux poings. Après une ponction on sent très nettement des masses épiploïques, et le testicule à la partie inférieure. L'épiplocèle est irréductible ordinairement. La quantité de liquide épanché dans la vaginale est, paraît-il, sujette à variations. Je fais appliquer de la glace et comprimer la tumeur. Après huit jours les symptômes inflammatoires avaient disparu, mais la tumeur était irréductible : l'hydrocèle augmentait de volume.

Le 28 janvier 1885, incision sur la face antérieure du scrotum partant d'un centimètre plus haut que l'orifice superficiel du canal inguinal et descendant jusqu'en bas du scrotum. L'incision a 16 centimètres. Incision successive des diverses tuniques du scrotum. J'arrive sur la vaginale, que je ponctionne avec la pointe du bistouri à sa partie moyenne : écoulement d'un liquide séreux. Je prolonge l'incision de la séreuse sur toute l'étendue de l'incision cutanée. Sa cavité n'est nulle part cloisonnée. Une masse énorme d'épiploon fait hernie à l'intérieur. Elle n'est adhérente qu'au pourtour de l'anneau, et par quelques brides molles sur divers points de la surface séreuse. Je soulève l'épiploon, je détache les adhérences inférieures, et j'aperçois alors le testicule situé à sa place habituelle, en bas et en arrière; le cordon est dissocié. La masse d'épiploon est traversée par une aiguille entraînant une anse de fort catgut; une double ligature est placée à un demi-centimètre au-dessus de l'anneau. J'avive les piliers de l'anneau inguinal avec un coup de ciseau et les rapproche par trois points de suture après avoir coupé au ras de mes ligatures la masse épiploïque.

Je m'occupe alors de l'hydrocèle. La peau, sous l'influence de la section et des lavages phéniqués, s'est fortement rétractée, laissant, sous chacune de ses lèvres, les bords de la vaginale la dépasser sur une étendue de près de deux centimètres. Je saisis avec les doigts ce bord de la séreuse, et avec des ciseaux je l'excise sur toute la hauteur de la plaie. J'enlève ainsi deux lambeaux, dont la réunion représente la moitié environ de la séreuse. Je place un drain dans la partie inférieure de la plaie reposant sur le fond de la vaginale. Je réunis par deux plans de suture: le premier, profond, se compose de trois points de suture métallique fixés sur des plaques de plomb et traverse la peau et la vaginale un peu au-dessous de sa section, adossant ainsi les deux faces de la membrane. Le plan superficiel est constitué par une quinzaine de sutures métalliques affrontant soigneusement la peau.

Le malade se leva la nuit qui suivit l'opération. Le lendemain il éprouva de vives douleurs dans l'abdomen à droite. J'attribuai ces douleurs à la ligature de l'épiploon. Six sangsues les firent disparaître.

Le 14 février, seize jours après l'opératian, il sortit complètement guéri.

Obs. IV. — Ben..., soixante-quatre ans, tisseur. Hydrocèle volumineuse à droite, datant de cinq ans. N'a jamais été ponctionné. Incision le 20 février. Sort guéri le 2 mars.

Obs. V.— Bodar..., vingt-neuf ans, menuisier. Hydrocèle vaginale à droite. Opération le 18 mars. Réunion de la peau par première intention, un peu de suppuration par le drain. Sort guéri le 12 avril.

Obs. VI.— Merc..., cinquante-neuf ans, tisseur. Entre une première fois le 20 avril. Contusion violente étant à cheval il y a plus de trente ans. Depuis, alternatives de gonflement et de diminution du testicule droit. Depuis deux ans l'accroissement est allé en augmentant. Actuellement il présente tous les signes d'une hydrocèle vaginale vulgaire du volume d'un gros poing. Le malade a une insuffisance mitrale, je lui propose l'injection phéniquée. A mon grand étonnement la ponction me donne un liquide spermatique, contenant de nombreux *spermatozoaires tous morts.* A la suite de l'injection la réaction fut très vive, mais la résolution ne se produisit pas, le volume ne fit que s'accroître.

Le 1er juillet, je procède à l'incision. Je trouve deux kystes superposés : l'un inférieur très grand est une hydrocèle vaginale vraie contenant du liquide *séreux*, l'autre est placé à la partie supérieure et postérieure dans l'épididyme déroulé; c'est un kyste spermatique gros comme une noix. Je m'explique alors la présence de spermatozoaires dans la première ponction, leur absence au moment de l'incision. Le kyste de l'épididyme a communiqué autrefois avec la vaginale, ce que démontrait la présence de spermatozoïdes morts; la disparition de la communication explique que l'hydrocèle en se reproduisant ait été simplement séreuse. Le 16 juillet, le malade sort guéri.

Obs. VII. — Gal..., soixante-treize ans, journalier. *Hydrocèle droite* du volume d'un œuf de dinde datant de plusieurs années; accrue surtout depuis six semaines. Opération le 6 juin. Tunique vaginale très épaisse. Sort guéri le 25 juin.

Obs. VIII.— Mayr..., soixante-huit ans, tisseur. Hydrocèle vaginale droite. Opération le 30 juin. Sort guéri le 25 juillet.

Obs. IX. — Dut..., cinquante-six ans. Hydrocèle droite depuis plus de trente ans. Tumeur du volume du poing, lourde, peu fluctuante, résistante à la pression, peu transparente. Le malade a été réformé du service militaire pour un énorme varicocèle gauche. Sous l'influence de leur contenu les bourses se sont allongées jusqu'à atteindre le tiers inférieur de la cuisse. L'hydrocèle, qui est relativement peu développée, pend à l'extrémité du cordon distendu.

Opération le 22 juillet. Vaginale épaisse de près d'un centimètre. Liquide jaunâtre contenant de nombreux cristaux de cholestérine, épididyme déroulé à la partie postérieure de l'hydrocèle. Les suites furent simples, en ce sens que la peau se réunit par première intention, que l'état général demeura excellent; mais une fistule vaginale donna une suppuration peu abondante pendant deux mois.

Obs. X.— Bor..., dix-sept ans, tisseur. Hydrocèle droite du volume d'un œuf d'oie, très probablement congénitale. Opération le 2 août 1885. Vaginale peu épaisse, souple; testicule et épididyme sains. Est complètement guéri le 8 août.

Obs. XI. — Gir..., quarante-cinq ans, frère des écoles chrétiennes. Hydrocèle gauche traitée il y a quatre mois par la ponction et l'injection iodée. Récidive immédiate. Opération le 26 août. Sort guéri le 3 septembre.

Obs. XII. — Vach..., trente-sept ans, tisseur. Hydrocèle gauche, moyen volume, ayant débuté il y a deux ans. Opération le 10 septembre. Suites simples, sauf un certain degré d'orchite qui ne se dissipe que très lentement. Sort guéri le 15 octobre.

Obs. XIII. — Mcrill..., soixante-douze ans, crocheteur. Hydrocèle gauche du volume d'une tête de fœtus. Début trois ans. Testicule droit atrophié depuis l'enfance à la suite d'un choc. Opération le 11 septembre. Guéri le 30 septembre. Le malade rentre dans le service le lendemain de son départ atteint de pneumonie, et meurt de sa pneumonie le 17 octobre.

Obs. XIV. — Gin..., quarante-cinq ans, voiturier. Hydrocèle droite volumineuse. Début, six ans. Opération le 7 novembre. Sort guéri le 19.

Obs. XV. — Mart..., quarante et un ans, tisseur. Monorchide. Depuis vingt ans (époque de son mariage) le malade a vu son testicule unique augmenter graduellement de volume, sans causer de douleur, et atteindre les dimensions d'un œuf de poule. Il y a six ans, choc assez violent et tuméfaction croissante depuis cette époque. Injection d'iode il y a deux mois dans son hydrocèle. Récidive immédiate et aggravation.

J'opère ce malade le 14 avril 1885. La vaginale est très épaisse, très vasculaire. Je suis obligé de pratiquer la ligature de deux artères à la partie supérieure, c'est la seule fois où j'aie trouvé quelque tendance à l'hémorrhagie. Le testicule est d'un tiers plus gros que normalement, mais sans aucune altération (hypertrophie compensatrice des monorchides).

Pendant les trente-six premières heures une rétention d'urine exigeant le cathétérisme. Le quatrième et le cinquième jour, frissons à trois heures du soir; T., 40°,5. Le malade a eu jadis la fièvre intermittente pendant plusieurs mois; 60 centigrammes de sulfate de quinine font complètement disparaître ces accès. Guéri le 30 avril.

II

Procédé opératoire. — Immédiatement avant l'opération, les poils du pubis, du scrotum, de la partie antérieure du périnée sont rasés avec soin. La région hypogastrique, les bourses, la face interne des cuisses sont vigoureusement lavées avec de l'eau de savon; puis le savon est enlevé par des lotions avec la solution phéniquée forte. On doit donner une attention particulière à la désinfection du sillon génito-crural, siège fréquent de l'intertrigo. Après le lavage, si la peau est rouge et érodée dans cette région, j'ai l'habitude de la saupoudrer avec du sous-nitrate de bismuth, qui à ses propriétés antiseptiques joint une influence très heureuse sur la peau, qu'il préserve des lésions eczémateuses assez fréquentes sous les pansements listériens.

Faut-il endormir le malade? Julliard (de Genève) n'emploie généralement pas l'anesthésie. Sur mes quinze opérés, trois n'ont pas été soumis aux inhalations d'éther (obs. XI, XIII, XIV). Ils n'ont pas paru beaucoup souffrir. L'incision de la peau passe presque inaperçue quand elle est rapide; d'ailleurs l'acide phénique a une action analgésique assez marquée. La nécessité ou l'inutilité de l'anesthésie sont choses relatives comme dans toutes les interventions chirurgicales.

1° *Incision de la peau.* — J'incise la peau sur toute la hauteur de la tumeur, de l'orifice du canal inguinal à la pointe du scrotum. Je libère cette incision des brides celluleuses appartenant au dartos et à la tunique érythroïde, et arrête la dissection sur la vaginale commune. Je fais avec la pointe du bistouri une ouverture de 1 centimètre de hauteur à la partie moyenne, comprenant la fibreuse et la vaginale. Le liquide de la tumeur s'écoule.

2° *Résection de la vaginale.* — Avec des ciseaux je prolonge l'incision commencée par la ponction en haut et en bas, sur toute l'étendue de l'incision cutanée. La vaginale est très largement ouverte. J'examine les parois de la séreuse, l'état du testicule, de l'épididyme et du cordon. La section du dartos, l'influence du froid produit par les injections, le contact du bistouri ont déterminé une rétraction de la peau très considérable. L'incision cutanée est devenue ovalaire, laissant sous chacune de ses lèvres dépasser un large lambeau de la vaginale, qui, elle, a gardé ses dimensions premières. Je saisis successivement avec des pinces ou les doigts ces deux lambeaux et je les excise avec des ciseaux au ras de l'incision cutanée. Il y a avantage à emporter le plus possible de la vaginale dans les grosses hydrocèles : la tunique séro-fibreuse est d'ailleurs facile à décoller de la peau.

3° *Ligatures et lavages.* — Quelquefois une artériole donne à la partie supérieure de l'incision, c'est une branche de la honteuse externe, qu'il est facile de lier. L'hémostase faite, le jet d'un irrigateur, chargé de solution phéniquée à 2,5 pour 100, est dirigé pendant une ou deux minutes sur toute l'étendue de la plaie. Si l'hydrocèle est ancienne, à parois recouvertes de végétations polypiformes, de plaques fibreuses, etc., je touche ces parois avec des tampons de gaze imbibés de solution forte.

4° *Sutures.* — Je fais deux plans de suture, correspondant aux lèvres de la vaginale, plan profond; aux lèvres de la peau, plan superficiel.

Le plan profond comporte deux ou trois points, quatre dans les hydrocèles les plus volumineuses. J'emploie des fils métalliques réunis sur des plaques de plomb. L'aiguille pénètre sur la paroi du scrotum, dans un point situé un peu au-dessous de l'incision de la vaginale, et traverse successivement le scrotum, la vaginale, pénètre dans la cavité séreuse, atteint l'autre paroi, traverse la vaginale de dedans en dehors, puis la peau. Ces fils par le rapprochement de leurs extrémités accolent le feuillet séreux à lui-même.

Je multiplie les fils de la suture superficielle rendue facile par l'existence des fils profonds, qui rapprochent naturellement les bords de l'incision cutanée.

Un petit drain est placé dans le fond de la vaginale, sur un des bords du testicule, et vient sortir par l'extrémité inférieure de l'incision.

5° *Pansement.* — Bande de Silk protectrice sur la ligne des sutures. J'enveloppe le scrotum dans une épaisse couche soit d'étoupes salicyliques, soit de coton borique, salicylique, etc. Les propriétés irritantes de la paraffine doivent faire proscrire l'emploi des diverses gazes antiseptiques; leur contact direct avec le scrotum amène des inflammations eczémateuses et impétigineuses, et finalement la désunion des sutures.

Par-dessus le coton ou l'étoupe je place un pansement complet de Lister (huit doubles de gaze phéniquée, feuille de Mc Intosh ou feuille de gutta). Un trou placé à la partie supérieure de l'appareil laisse passer la verge. Sur les bords du pansement, pour compléter l'occlusion, des bandes de coton antiseptique. Le tout est fixé par de nombreux tours de bandes. Les meilleures bandes sont celles de tarlatane trempées, au moment du pansement, dans la solution phéniquée. Très molles elles se moulent sur les parties sous-jacentes; leur apprêt en se desséchant forme une cuirasse ininterrompue. Elles permettent d'exercer une compression très considérable, et cette compression est de la plus grande utilité.

6° *Soins consécutifs.* — La situation de la plaie exige que le malade n'aille pas à la selle pendant trois ou quatre jours. Il faudra donc débarrasser l'intestin avec un lavement quelques heures avant l'opération, et administrer quotidiennement une potion opiacée à partir de ce moment.

Je change toujours le premier pansement le lendemain de l'opération. La plupart du temps la sécrétion a été assez abondante. Le drain est raccourci des deux tiers.

Ce second pansement est après deux ou trois jours, plus tôt ou plus tard suivant les circonstances, remplacé par une

simple couche d'ouate antiseptique et un suspensoir. Je n'enlève les sutures que lorsque les téguments sont devenus flasques, quand le gonflement a disparu.

III

Le procédé que je viens de décrire diffère un peu de ceux employés par divers chirurgiens. Julliard (de Genève) résèque une partie de la vaginale, puis s'attache à recouvrir soigneusement le testicule avec les deux lambeaux de la séreuse. Il suture la vaginale isolément au catgut, puis referme la peau au-dessus. Il n'emploie pas de drains. Le genre de suture auquel je me suis arrêté est d'une exécution plus facile, et assure mieux l'asepsie que des sutures perdues, sans drainage.

Volkmann, après incision et irrigation de la cavité, fixe avec des fils de catgut la peau et la vaginale, et place un petit drain dans la plaie. J'ai employé une fois ce procédé, et j'y ai renoncé parce qu'il m'a donné une récidive. C'était la première opération de ce genre que je pratiquais. La réunion de la plaie fut rapide, mais au bout d'un mois l'hydrocèle s'était reformée.

En y réfléchissant, il semble que ce résultat doive se présenter assez souvent. Avec un pansement très bien fait, l'irritation peut être insuffisante pour déterminer une adhérence entre les faces de la séreuse. C'est une des objections faites par M. Heydenreich à l'emploi de l'incision.

Voici le résumé de l'observaion du malade chez qui j'employai la méthode de Volkmann.

Obs. XVI. — Guill..., soixante et un ans, homme de peine. Hydrocèle droite datant de trois ans et demi, volume du poing. Le 5 mars 1884, incision, lavage de la séreuse, suture de la vaginale à la peau. Cicatrisation complète le 24 mars. A sa sortie, l'hydrocèle avait le volume d'un œuf de poule. La tumeur s'accrut graduellement sans douleur; le 10 novembre 1884, le malade rentra dans mon service. Je l'opérai alors par le procédé que j'ai exposé plus haut. C'est cette observation qui est classée sous le n° II. Je l'ai revu depuis lors très souvent, la guérison est complète.

En résumé, j'ai adopté la résection d'une portion de la vaginale comme un procédé de guérison plus radical, et la suture avec drainage, telle que je la pratique, comme assurant plus complètement l'antisepsie.

IV

Les suites de l'opération sont excessivement simples.

La *douleur* est moindre que dans beaucoup de cas d'injection iodée. Les malades des observations I, XI, XV, avaient été antérieurement soumis à l'injection iodée et pouvaient comparer leurs sensations; ils accusaient une douleur moins persistante après l'incision. Le malade VI, qui avait été traité par l'injection phéniquée, éprouva au contraire une douleur plus vive après l'opération. Dans tous les cas les sensations douloureuses sont excessivement faibles.

Je n'ai jamais eu d'*hémorrhagie* véritable après l'intervention. Une seule fois le pansement fut traversé par un liquide séro-sanguinolent avant le lendemain. Il s'agissait d'un malade (obs. XV) monorchide ayant été traité déjà par l'injection iodée. En incisant, je trouvai la vaginale très épaisse, très vasculaire; l'hydrocèle marchait à l'hématocèle. Je fus obligé de pratiquer quatre ligatures.

La *température*, et j'ai sous les yeux les tracés de mes seize observations, n'a jamais atteint 39 degrés, sauf dans l'observation XV. Le quatrième jour, un frisson violent apparut et le thermomètre marqua 40°,5; le lendemain à cinq heures du soir nouveau frisson et 39°,8. La plaie ne présentait rien d'anormal. Les antécédents nous montrèrent qu'il s'agissait d'un rappel de paludisme. La quinine fit disparaître l'hyperthermie.

Le malade de l'observation VI nous a fourni l'occasion d'une intéressante constatation. Deux mois avant l'incision, j'avais fait une infructueuse tentative de traitement par l'injection phéniquée. La température a été prise après les deux interventions, elle s'est élevée au même degré après l'injection, les deux tracés sont superposables. L'apyrexie est complète en général après le troisième jour.

Deux fois la *suppuration* plus ou moins abondante est venue entraîner la marche vers la guérison. Dans l'observation V, le malade, âgé de vingt-neuf ans, ne présentait aucune condition mauvaise. Il me fut impossible d'expliquer la suppuration autrement que par quelque négligence dans la pratique du pansement. L'épaisseur de la poche presque cartilagineuse, la longue durée de l'affection, la laxité des bourses produite par le varicocèle, sont des raisons suffisantes pour faire comprendre la longue durée du traitement dans l'observation IX. Dans tous les cas aucun autre procédé thérapeutique n'eût été capable dans cette occurrence de produire un meilleur résultat. Dans les 14 autres observations la sécrétion a été réduite à un liquide séro-sanguinolent, puis séreux peu abondant.

L'*orchite* s'est montrée une seule fois (obs. XII). C'est une orchite peu douloureuse spontanément, plus sensible à la palpation. Testicule et épididyme semblent pris simultanément et atteignent un assez gros volume. La température ne fut pas influencée par cette complication, qui ne présenta d'autre inconvénient que la lenteur de la résolution. La cause est restée obscure.

Le malade de l'observation XV eut une rétention d'urine pendant trente-six heures. Rien de spécial dans le fait de cette rétention, fréquente après toutes les opérations sur les organes génitaux.

La guérison était complète et les malades ont pu sortir de l'hôpital dans un délai qui a varié de six jours à soixante jours. Nous pouvons, sans scrupule, éliminer le malade dont la guérison a demandé deux mois, c'est celui de l'observation IX, et il était dans des conditions exceptionnelles. Les 14 opérés qui restent sont sortis de l'hôpital dix-sept jours en moyenne après l'opération. Ces chiffres se décomposent ainsi :

Guéris avant 10	jours	3
— de 10 à 15	—	2
— de 15 à 20	—	5
— de 20 à 25	—	2
— de 25 à 30	—	2

J'ai revu plusieurs de mes opérés des mois après l'intervention. Aucun n'avait conservé de douleurs. Les cicatrices étaient souples et réduites dans de telles proportions, qu'il était difficile d'y reconnaître la trace des grandes incisions pratiquées quelque temps auparavant.

V

Le procédé opératoire en mettant sous nos yeux la vaginale et son contenu, en permettant de faire *in vivo* l'anatomie pathologique de l'hydrocèle, nous a montré quelques faits instructifs.

L'épaisseur de la fibreuse commune est très frappante dans l'hydrocèle. M. Terrillon avait signalé cette hypertrophie dans une communication à la Société anatomique. Les lésions sont aussi marquées que celles de la vaginale, et, quand la paroi de la collection liquide prend de grandes proportions, c'est à l'épaississement de la tunique fibreuse qu'elle le doit.

L'incision en permettant l'examen minutieux des organes apporte une confirmation complète à l'opinion de M. Panas sur la pathogénie de l'hydrocèle, qui n'est probablement jamais une maladie primitive.

Dans l'observation II nous avons rencontré un bel exemple de corps flottant de la vaginale constitué par une masse

fibreuse, très régulièrement sphérique, du volume d'une petite bille. Des végétations polypiformes se rencontraient dans plusieurs cas; leur siège de prédilection semble être la face interne du sillon épididymo-testiculaire.

Le malade de l'observation IX offrait un remarquable spécimen des altérations survenant dans les vieilles hydrocèles. La paroi était couverte de plaques en dégénérescence calcaire. L'albuginée présentait quelques-unes de ces plaques, dans l'intervalle elle était en dégénérescence graisseuse, molle, jaunâtre, comme atrophiée. Conformément à ce qu'ont signalé M. Lannelongue et son élève Marimon, la tête de l'épididyme était détachée du testicule, déroulée et avait pris la forme d'un large ruban; le tissu connectif interstitiel au canal de l'épididyme avait proliféré, et était devenu excessivement dur.

Le malade de l'observation XV était monorchide. Son testicule unique, que nous avons examiné avec soin, avait un volume d'un tiers supérieur au volume normal. Il semble que ce soit là un exemple de cette sorte d'hypertrophie compensatrice constatée parfois chez les monorchides.

L'observation VI nous montre un spécimen intéressant l'hydrocèle vaginale coïncidant avec un kyste spermatique. L'hydrocèle en communication au début avec le kyste, en était plus tard devenue indépendante.

L'observation III est un bel exemple de cure radicale de hernie épiploïque congénitale compliquée d'hydrocèle. Ce cas serait plus intéressant au point de vue de la cure des hernies que de l'hydrocèle, je n'ai pas le temps d'insister sur ce point. J'ai revu, il y a quelques jours (dix mois après l'opération), le malade en question; il n'y a pas de récidive, quoiqu'il exerce la profession pénible de crieur de journaux. Il ne porte pas de bandage.

VI

Quelles conclusions nous est-il permis de tirer de ces faits? Pouvons-nous conseiller d'une manière absolue telle ou telle méthode de traitement? Il est possible d'envisager la question à deux points de vue : considérer d'abord quels enseignements découlent de nos observations au sujet du traitement par l'incision observée isolément; examiner ensuite quelles considérations résultent de la comparaison de l'incision avec les anciennes méthodes.

Sur le premier point nous pouvons affirmer qu'avec un pansement antiseptique sévère, l'incision avec ou sans résection de la vaginale est une opération d'un pronostic extrêmement favorable. La grande pratique de Volkmann, les cas de Julliard, les nôtres le prouvent surabondamment.

Nous préférons la résection à l'incision, la récidive pouvant survenir après une simple incision.

La guérison est d'autant plus rapide que l'hydrocèle est moins volumineuse, à parois moins épaisses, de date plus récente.

La cicatrisation est complète dix-sept jours en moyenne après l'opération. Les trois malades guéris avant dix jours étaient ceux dont les hydrocèles étaient les moins volumineuses et à parois les plus minces.

Si nous comparons l'incision à l'injection, nous sommes obligé d'être très réservé. Nos malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour que nous puissions scientifiquement affirmer qu'ils sont à l'abri de la récidive.

Bornons-nous à dire que par la méthode des injections nous avons vu survenir des accidents et des récidives; que l'incision avec résection n'a jamais produit semblable résultat. La douleur n'est pas plus grande, moindre peut-être avec l'incision; la température n'est pas plus élevée, la guérison aussi rapide.

Quand l'injection a échoué une première fois, il est rare qu'elle réussisse après une nouvelle tentative. Les malades des observations I, VI, XI, XV avaient été antérieurement traités sans succès par l'injection, l'incision les a guéris.

Nous croyons l'incision avec résection un procédé plus radical que la ponction suivie d'injection.

Nous terminerons notre travail par les propositions suivantes :

L'incision de l'hydrocèle avec résection de la vaginale est une opération inoffensive avec la méthode antiseptique.

Ce procédé semble mettre plus que l'injection à l'abri de la récidive.

En présence d'une hydrocèle qui n'a subi aucun traitement, ou dont les lésions paraissent simples, il est permis d'hésiter entre les deux procédés; l'incision n'ayant pas encore subi l'épreuve du nombre et du temps d'une manière suffisante.

Toutes les fois que l'hydrocèle aura récidivé après l'injection, toutes les fois que les parois épaissies, indurées pourront faire craindre un échec de l'injection, le chirurgien devra recourir à l'incision avec résection partielle de la vaginale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

VARIATIONS DE LA TOXICITÉ URINAIRE PENDANT LA VEILLE ET PENDANT LE SOMMEIL. Note de M. *Ch. Bouchard*. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 221.)

ÉLECTION. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire perpétuel en remplacement de M. *Jamin*, décédé. La liste des candidats porte, par ordre d'ancienneté : 1° M. *Vulpian*; 2° M. *Alph. Milne Edwards*. Trois tours de scrutin ont été nécessaires; pour chacun d'eux les voix se sont réparties de la manière suivante :

51 votants. — Majorité, 26.

Premier tour de scrutin. — M. Vulpian, 25 voix; M. Milne Edwards, 24; M. Berthelot, 1; M. Cahours, 1.

Deuxième tour de scrutin. — M. Vulpian, 25 voix; M. Milne Edwards, 25; M. Cahours, 1.

Troisième tour de scrutin. — M. Vulpian, 26 voix; M. Milne Edwards, 24; bulletin blanc, 1.

— La nomination de M. Vulpian laisse une place vacante dans la section de médecine et de chirurgie. On annonce la candidature de M. le professeur Brown-Séquard (du Collège de France).

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. les docteurs *Duguet* et *Héricourt* prient l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (*Accepté*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose: 1° au nom de M. le docteur *E. Loumeau* (de Bordeaux), un mémoire imprimé sur *Un cas d'arrachement du bras et de l'omoplate, suivi de guérison*; 2° de la part de M. le docteur *Hublé*, médecin aide-major de 1re classe au 93e de ligne, une note imprimée sur *la détermination des zones cérébrales motrices et la pathogénie des dégénérescences secondaires de la moelle*; 3° au nom de M. le docteur *Coni*, l'*Annuaire statistique de Buenos-Ayres pour* 1884.

M. *Proust* fait hommage, au nom de M. le docteur *Poincaré* (de Nancy), d'un *Traité d'hygiène industrielle*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° de la part de M. le docteur *Bedoin*, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes, une brochure intitulée : *Nouveaux pansements antiseptiques de campagne*; 2° au nom de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro), un ouvrage sur *l'antipyrine dans la thérapeutique infantile*; 3° une note manuscrite de M. le docteur *Coza* (de Nancy), sur l'*action physiologique de l'uréthane*.

M. *Laboulbène* dépose: 1° au nom de M. le docteur *Mordret* (du Mans), une *Note* imprimée *sur les fonctions du cervelet*; 2° de la part de M. le docteur *Corlieu*, une *Note* bibliographique *sur Ambroise Paré*.

M. *Vidal* fait hommage, en son nom et au nom de M. le docteur *Brocq*, d'une *Étude sur le mycosis fongoïde*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un *appareil à douches stomacales*, inventé par M. le docteur *Ruault* et construit par M. *Galante*.

Élection. — Par 39 voix sur 76 votants, M. *Gallard* est élu membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale. M. Ollivier obtient 23 voix; M. Magnan, 3, et M. Motet, 3.

M. *Heurtaux* (de Nantes) est élu correspondant national par 42 voix sur 78 votants; M. Paulet (de Lyon) obtient 25 voix; M. Thomas (de Tours), 5; M. Dezanneau, 3; M. Surmay, 2, et M. Demons, 1.

Accommodation. — M. *Giraud-Teulon* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Zimmermann, médecin-major au 119e régiment d'infanterie, et dans lequel celui-ci attribue l'accommodation de l'œil aux distances à la seule action des muscles droits. « Cette théorie a déjà été autrefois proposée et condamnée. L'auteur, après Rohemer et Treviranus, regarde l'acte accommodatif comme exécuté par le rapprochement mutuel du plan du cristallin et de l'écran rétinien lors de l'action simultanée des muscles droits; ce rapprochement, s'il avait lieu, ne pourrait donc que procurer le passage de la vision rapprochée à celui des objets distants; autrement dit, l'accommodation active serait celle que l'expérience de tous les jours nous démontre formellement être exempte de tout effort actif. Cette théorie est donc en absolu désaccord avec l'observation journalière des faits qui nous convainc irrésistiblement que les efforts et la fatigue qui peuvent en être la conséquence ne se manifestent jamais que lors du passage inverse de la vision de loin à la vision de près.

» Cette théorie n'est pas moins en opposition avec le fait tout aussi incontestable et objectivement démontré de l'accroissement général de la courbure des surfaces du cristallin, et particulièrement de la surface antérieure, lors du passage de la vue de loin à celle de près. Les expériences d'Young (1801) et de Cramer (1853), quotidiennement exposées dans les cours d'optique physiologique, ne permettent pas plus de doutes à cet égard. Il est regrettable que des points de doctrine dont la réfutation est depuis longtemps classique soient ainsi périodiquement réintroduits dans la science comme des propositions nouvelles; une étude préalable des acquisitions reconnues positives et des enseignements qui ne peuvent plus être mis en doute épargnerait à des esprits distingués des veilles qui pourraient être plus productives ».

Ptomaïnes, leucomaïnes et microbes. — M. *Leblanc* intervient, dans la discussion pendante depuis deux mois devant l'Académie, au nom de la médecine vétérinaire. En ce qui concerne les recherches de M. Gautier sur les ptomaïnes et les leucomaïnes, elles montrent surtout les dangers, pour l'alimentation, des viandes provenant d'animaux malades et, de fait, les observations des vétérinaires ont maintes fois prouvé la gravité de ces dangers. Il importe, d'autre part, d'examiner quelle valeur il convient d'attribuer à la doctrine microbienne et aux conséquences que ses partisans s'efforcent d'en tirer. Toute maladie contagieuse est-elle donc causée par un microbe? Si l'on a trouvé l'élément vivant du charbon, de la morve, du choléra des poules, du rouget du porc, il en est d'autres dont on n'a jamais pu découvrir le microbe, telles que la rage, la péripneumonie du gros bétail, le cow-pox, le horse-pox, la clavelée, la gourme, le typhus du cheval, la maladie des chiens, la peste bovine, etc.; en revanche, les microbes de quelques maladies peu ou pas contagieuses, la fièvre typhoïde, l'endocardite, etc., ont été décrits; enfin, sauf pour le charbon bactéridien, on n'a pu démontrer la préexistence du germe vivant dans l'air, dans l'eau, dans la terre ou à la surface, et même pour la fièvre charbonneuse doit-on douter aujourd'hui que le germe recueilli sur des fosses contenant des cadavres charbonneux soit la cause unique de la maladie. Il est d'ailleurs impossible d'attribuer la contagion au germe vivant venant des cadavres, alors que pour la peste bovine des millions d'animaux ont été enfouis sans que depuis quinze ans on ait vu réapparaître en France cette maladie si éminemment contagieuse. On a, il est vrai, pour combattre les nombreuses observations contraires à la doctrine nouvelle, invoqué la prédisposition étendue à des races entières et la durée illimitée de l'incubation; rien n'est moins prouvé; tandis que les faits de prédisposition individuelle, telle que l'acceptait l'ancienne médecine, sont des plus explicites.

Après avoir dénié à l'organisme la faculté de créer de toutes pièces un virus transmissible, lui dénier encore celle de produire même les affections contagieuses, c'est vraiment dépasser le but; du reste, bien avant la naissance de la doctrine microbienne, on admettait que la contagion était l'unique cause de quelques maladies spécifiques (variole, cow-pox, horse-pox, clavelée), et ce sont justement ces maladies spécifiques dont on n'a pu trouver le microbe; rien n'est donc moins exact que de dire que toute maladie contagieuse ne peut naître sans l'introduction d'un microbe. On peut diviser au point de vue vétérinaire les maladies contagieuses en deux catégories : celles où la spontanéité est douteuse (morve, rage) et celles où elle est évidente (gourme du cheval, maladie des chiens, affection typhoïde du cheval). Pour rejeter la spontanéité de certaines maladies, il faut admettre la durée illimitée de l'incubation; or cette durée illimitée a été démontrée impossible pour l'affection farcino-morveuse et pour la rage; car si l'on peut prouver que depuis six mois un chien n'a été ni mordu ni inoculé et qu'il est atteint de la rage, on sera bien forcé d'admettre, même d'après les expériences de M. Pasteur, la spontanéité de cette affection. Quant à ce qui concerne la gourme du cheval, la maladie des chiens et l'affection typhoïde du cheval, l'origine spontanée de ces trois affections est indiscutable; cependant elles sont contagieuses. Il faudrait aussi que l'absorption de chacun des soixante germes reconnus comme étant spéciaux à soixante maladies soit démontrée et qu'on indique le moment où cette absorption se produit; qu'on indique, comme on l'a fait quand il s'est vraiment agi d'un germe vivant propre à une maladie contagieuse, la durée de la période d'incubation sans rester dans le vague; autrement, on ne peut accepter cette doctrine si aisée de la prédisposition parfois contraire et illimitée, d'autres fois changeant subitement pour devenir favorable sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque.

D'après la doctrine nouvelle, on peut posséder en soi-même tous les germes de toutes les maladies spécifiques sans prendre aucun souci de leur présence, pourvu que l'on évite toute cause occasionnelle; dès lors, toute la médecine se réduit à une question d'hygiène. C'est là assurément un terrain sur lequel l'accord est facile entre toutes les écoles et dont l'importance, sans cesse grandissante, ressort encore des discussions actuelles. Toutefois la doctrine microbienne, aussi absolue que quelques-uns la voudraient établir, aurait pour résultat fâcheux de persuader aux propriétaires d'animaux que l'inoculation suffit pour garantir ceux-ci des maladies contagieuses et qu'il est inutile de se préoccuper désormais du régime, des soins et du mode d'emploi. Alors qu'on ne croyait pas uniquement à l'existence de l'élément vivant de la contagion, n'a-t-on pas vu la vaccine nous préserver de la variole et a-t-il été nécessaire à M. Pasteur de connaître le microbe de la rage pour en atténuer le virus et pour arriver à ce merveilleux résultat d'arrêter le cours de cette terrible affection au milieu de la période d'incubation? A côté des succès, ne faut-il pas tenir compte des revers? Pour la pleuro-pneumonie contagieuse, l'inoculation du virus, pratiquée depuis trente ans, ne donne-t-elle pas chaque jour la preuve de son impuissance pour arrêter le cours de cette maladie, et la croyance en son efficacité ne perd-elle pas cha-

que jour du terrain? Pour d'autres affections contagieuses, les résultats de l'inoculation sont incertains, et on en est encore à la période d'essai, mélangée de succès attribués à la race des animaux ou à d'autres causes variables.

M. *Tillaux*, portant la discussion sur le terrain de la clinique chirurgicale, s'élève contre l'opinion soutenue précédemment par M. Léon Le Fort. Celui-ci, en parlant de la statistique des amputations de cuisse dans les hôpitaux, a déclaré que même depuis l'application de la méthode antiseptique, la mortalité était encore de 42 pour 100; il convient, comme toujours, d'interpréter ces chiffres. Il eût fallu faire une distinction entre les amputations succédant à des traumatismes graves, amputations sur lesquelles l'antisepsie n'a aucune action, et les amputations de cause spontanée, alors que la santé des opérés est relativement bonne. En ce qui le concerne, il n'a plus eu que des succès pour ces dernières, depuis qu'il applique rigoureusement la méthode antiseptique. De même, pour les autres opérations : en 1883, à l'hôpital Beaujon, il a eu 20 guérisons sur 21 extirpations de seins, et depuis deux mois, à l'Hôtel-Dieu, il a pratiqué 4 ovariotomies et 2 hystérectomies, toutes suivies de guérison. Il en est ainsi dans tous les services hospitaliers où l'on fait de l'antisepsie. Qu'on compare ces résultats avec cette mortalité effroyable qu'on observait autrefois dans les hôpitaux de Paris, alors qu'on déclarait avec raison qu'il valait mieux être opéré dans un village par le plus mauvais des chirurgiens que dans une salle d'hôpital par le plus habile des chirurgiens de Paris. Si l'érysipèle, l'infection purulente, etc., ont disparu des hôpitaux, cela tient aux méthodes antiseptiques; mais faut-il admettre, comme M. Le Fort, que ces accidents soient dus à des germes-contages provenant de l'organisme lui-même ou, suivant l'opinion de la plupart des chirurgiens, à des germes apportés par l'air extérieur. M. Tillaux se déclare partisan convaincu de cette dernière opinion, dont il voit la démonstration éclatante dans les succès obtenus par M. Alphonse Guérin avec son pansement ouaté, c'est-à-dire en supprimant l'accès de l'air sur les plaies. Il formule ainsi son *credo* chirurgical : « Les accidents des plaies résultent du contact de germes apportés à leur surface par l'air extérieur; ces accidents, lorsqu'ils se produisent, peuvent toujours être expliqués par une faute qui a été commise ou qui n'a pu être évitée; il est au pouvoir du chirurgien de toujours préserver ses opérés de ces accidents ».

M. *Léon Le Fort* fait remarquer qu'il a, dans ses statistiques, fait nettement la différence entre les amputations de cuisse de cause spontanée et les amputations de cause traumatique. Loin de nier les bienfaits de l'antisepsie, il a montré qu'on devait lui attribuer un abaissement de 19 pour 100 dans la mortalité des services de chirurgie. Mais il persiste à penser que les maladies infectieuses sont contagieuses directement et que dans certains cas elles peuvent naître spontanément.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos de la contagion de la fièvre typhoïde: MM. Gérin-Roze, Duguet, A. Robin, Desnos, Richard. — Nouvelles recherches sur l'influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition: M. Debove. (Discussion : M. A. Robin.) — Pleurésie hémorrhagique (Présentation de pièces anatomiques): M. Gouguenheim. (Discussion: MM. R. Moutard-Martin, Dieulafoy.)

M. *Gérin-Roze* se déclare surpris de l'opinion défendue à la dernière séance par M. Joffroy et M. E. Labbé, tendant à faire considérer comme tout à fait exceptionnelle la contagion de la fièvre typhoïde dans les salles d'hôpital. Il a soigné, depuis quatre ans, 382 typhoïdiques dans divers services, à l'hôpital Tenon, à l'hôpital Bichat et à l'hôpital Lariboisière.

Dans les deux premiers de ces hôpitaux, en 1882 et 1883, sur 204 cas de fièvre typhoïde, 2 seulement se sont développés à l'intérieur; à Lariboisière, en 1884 et 1885, sur 178 cas, 13 se sont développés dans les salles ; la différence s'explique aisément par les conditions défectueuses d'hygiène de certaines salles de l'hôpital Lariboisière et par l'encombrement qui règne dans tout cet établissement. « Cet état de choses durera tant qu'on ne débarrassera pas les salles des infirmes, des séniles et des incurables que ne peuvent recueillir les hospices insuffisants. » Sur ces 15 cas de contagion, 7 concernent des infirmiers, prédisposés à la fois par leurs occupations auprès des malades et surmenés par suite de l'excès de travail qu'impose un service encombré.

M. *Duguet* a observé depuis quatre ans dans le même hôpital plusieurs faits de contagion indiscutables. En 1882, chez une infirmière; en 1883, chez un homme atteint de paralysie agitante et couché non loin des cabinets : il a succombé; chez un homme atteint de pleurésie interlobaire, également placé à peu de distance des cabinets; chez un autre homme, porteur d'une atrophie musculaire de l'enfance et faisant souvent fonction d'infirmier : tous deux guérirent; enfin, chez une syphilitique, et chez une femme, couchée près des cabinets, qui fut opérée, par aspiration, d'un kyste hydatique du foie : toutes deux également guéries. En 1884, chez un malade, atteint de kyste hydatique du foie et qui guérit. En 1885, chez une femme soignée pour une arthrite du poignet, et chez un homme porteur d'un kyste hydatique du poumon; ce dernier succomba. Donc 9 cas de contagion et deux morts; tous ces malades ayant été pris de fièvre typhoïde après un séjour de plusieurs semaines au moins dans les salles. Il est curieux de noter 3 cas de kystes hydatiques du poumon ou du foie sur les 9 cas de contagion.

M. *A. Robin*, sur 307 cas de dothiénentérie qu'il a observés depuis quatre ans dans les hôpitaux, a vu se produire 4 cas manifestes de contagion dans les salles.

M. *Desnos* a vu 2 cas de ce genre dans son service: chez une femme, atteinte d'une contracture dans le territoire du spinal, et chez un homme; tous deux, étaient depuis longtemps dans les salles, en même temps qu'un assez grand nombre de typhoïdiques.

M. *Richard* fait observer que dans la dernière séance il a dit que *tous* les infirmiers du service des typhoïdiques à l'hôpital de Munich, contractaient la dothiénentérie et non pas seulement un grand nombre d'entre eux.

— M. *Cadet de Gassicourt* donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société des hôpitaux aux obsèques de Triboulet.

— M. *Debove* lit une note intitulée : *Nouvelles recherches sur l'influence de la quantité d'eau injectée sur la nutrition.* (Sera publié.)

M. *A. Robin* se réserve de réfuter dans la prochaine séance les attaques dirigées par M. Debove contre son mémoire sur le sujet; il fait dès maintenant remarquer que M. Debove a expérimenté sur des sujets non obèses ayant perdu leurs surcharges et même leurs réserves par une ration d'entretien très prolongée, tandis que lui-même a expérimenté sur des obèses après un temps bien plus court de régime d'entretien.

— M. *Gouguenheim* présente des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un homme de soixante et un ans qui a succombé à une pleurésie hémorrhagique résultant d'un cancer vraisemblablement primitif de la plèvre. La thoracentèse dut être pratiquée deux fois. Dans l'un des reins on

trouve un petit noyau cancéreux ; les ganglions bronchiques sont dégénérés. Les nodosités cancéreuses pleurales siègent sur le feuillet pariétal de la séreuse ; le feuillet viscéral est épaissi et recouvert de concrétions fibrineuses.

M. *R. Moutard-Martin* pense que la thoracentèse ne peut que pallier les dangers d'un épanchement hémorrhagique trop considérable ; mais, lorsqu'on arrive, comme dans le cas rapporté dernièrement par M. Dieulafoy, à l'assèchement de la cavité pleurale, c'est que, sans doute, il existe des néo-membranes vasculaires, source de l'hémorrhagie comme dans la pachypleurite. Il serait intéressant de diriger les recherches sur ce point et de voir si, dans les cas ordinaires où le liquide sanglant se reproduit constamment, on note l'absence complète de néo-membranes. D'autre part, il a été heureux de voir M. Dieulafoy reconnaître que les pleurésies franchement hémorrhagiques ne suppurent jamais; quant aux pleurésies *histologiquement* hémorrhagiques, il en serait tout autrement d'après M. Dieulafoy : la distinction est-elle bien facile et la règle suffisamment établie ?

M. *Dieulafoy* ne croit pas le mécanisme de l'hémorrhagie dans le cancer de la plèvre aussi simple qu'on pourrait le croire. Certes, dans quelques cas il peut y avoir des néo-membranes qui fournissent le sang épanché, comme cela a lieu dans la pachypleurite; mais dans bien des cas, la néoplasie existe sans aucune néo-membrane : force est bien alors d'admettre que l'hémorrhagie se produit à son niveau. D'ailleurs, si l'hémorrhagie provenait d'une néo-membrane, elle serait tardive, car il faut un certain temps pour l'organisation de ces produits membraneux ; tandis qu'elle est au contraire précoce, comme s'il existait au début du cancer pleural une sorte de phase aiguë donnant lieu à l'épanchement sanglant.

M. *R. Moutard-Martin* admet fort bien l'hémorrhagie du début du cancer, de même que des hémorrhagies plus tardives par ulcération du néoplasme; mais il a simplement émis l'hypothèse que dans les rares cas de cancer pleural où l'on parvient à assécher la plèvre, il existe peut-être des néo-membranes qui fournissent l'épanchement sanglant.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Action physiologique du salicylate de mercure : M. Duprat. — Sur la quantité de sang qui traverse les poumons : MM. Gréhant et Quinquaud. — Appareil pour enregistrer les variations de l'acide carbonique exhalé par les poumons : M. d'Arsonval. — Nouveau microtome : M. Henneguy. — Élimination en nature de l'oxyde de carbone introduit dans l'organisme : M. Gréhant.

M. *Déjerine* présente une note de M. *Duprat* sur l'action physiologique du salicylate de mercure. M. Duprat a constaté que, dans cette action, on retrouve à la fois celle du mercure et celle de l'acide salicylique.

— M. *Quinquaud* a cherché avec M. *Gréhant* à déterminer la quantité de sang qui traverse le poumon dans un temps donné. Le procédé dont ils se sont servis consiste essentiellement à mesurer la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons en un temps donné, quantité qui est proportionnelle au volume de sang cherché. Ils ont aussi évalué la quantité d'acide carbonique que contient le sang avant et après son passage dans les poumons, et pour cela ils recueillent simultanément du sang dans le cœur droit et dans l'artère carotide. M. Quinquaud indique ensuite les calculs par lesquels on établit cette proportionnalité entre la quantité de CO^2 exhalée et la quantité de sang qui passe dans les poumons en un temps donné.

— M. *d'Arsonval* remarque que les différents moyens employés pour doser l'acide carbonique éliminé par les poumons ne nous donnent pas les phases de cette élimination. Il est possible cependant que ce dégagement de CO^2 n'ait pas lieu d'une façon continue et régulière. Or il a imaginé et fait construire un appareil qu'il décrit, et qui enregistre précisément ces phases du dégagement de CO^2 dans un temps donné. Les courbes qu'il a obtenues montrent que le dégagement de CO^2 dans la respiration n'est pas continu, mais au contraire très irrégulier.

Cet appareil peut aussi servir à enregistrer l'élimination de l'urée par les reins.

— M. *Henneguy* présente un nouveau microtome.

— M. *Gréhant* a fait de nombreuses expériences pour répondre aux objections qui avaient été adressées par Kreis à ses recherches sur l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Contrairement à ce qu'a voulu prouver Kreis, les nouvelles expériences de M. Gréhant démontrent que l'oxyde de carbone s'élimine bien en nature, et qu'il ne se transforme pas dans l'organisme en acide carbonique.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Traitement du prurit anal : M. Grellety. — Principes immédiats de l'écorce d'orange amère : M. Tanret. — De l'éthoxycaféine : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Grellety* donne lecture d'une note sur le *traitement du prurit anal*. Il ne s'occupe que du prurit simple, non symptomatique de quelque lésion anale ou intestinale, de quelque irritation mécanique ou causée par un liquide quelconque provenant de la vulve, du vagin ou de l'intestin lui-même. Il pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'une sorte d'état congestif passager du fondement, tenant peut-être en partie à une propriété particulièrement irritante des matières fécales chez les obèses ou les arthritiques, en partie aussi à une influence nerveuse mise en mouvement par les émotions morales. Il cite plusieurs faits de ce genre, et insiste sur l'apparition brusque de démangeaisons insupportables obligeant impérieusement les malades à se gratter, et leur causant un véritable supplice. Il propose, comme moyens de traitement préférables à tous ceux qui ont été préconisés jusqu'ici, les bains de siège fréquents et les douches ascendantes anopérinéales; et, plusieurs fois par jour des lotions avec de l'eau tiède additionnée d'acide borique (10 pour 1000) en prenant un lavement simple ou une ablution après chaque selle. Enfin, pendant la nuit, des cataplasmes tièdes ou des compresses de tarlatane imbibée d'eau amidonnée et recouvertes d'un taffetas gommé; le matin, un lavage à l'eau amidonnée. Dans certains cas, il a prescrit avec avantages une pommade renfermant 4 grammes d'oxyde de zinc pour 20 grammes de vaseline ou de glycérolé d'amidon; ou encore des mèches enduites d'abord de belladone, puis de cocaïne (5 grammes pour 100 grammes de cold-cream). Il faut, en même temps, prescrire un régime doux, rafraîchissant, la suppression des boissons alcooliques, et recommander d'éviter, autant que possible, les émotions violentes.

— M. *Tanret* présente plusieurs corps qui sont des principes immédiats qu'il a extraits de l'écorce d'orange amère. L'essence d'orange amère est bien connue, et est depuis longtemps employée en parfumerie. Mais M. Tanret a réussi à extraire, au moyen d'une préparation spéciale, certains

glucosides non cristallisables, non précipitables par le tanin, insolubles dans le chloroforme et l'éther; pour cela, il sature leur solution au moyen de sels neutres et obtient leur précipitation, puis reprend le précipité par des liquides convenables : c'est ainsi qu'il a obtenu antérieurement la vincetoxine. Il a retiré de l'écorce d'orange amère un corps cristallisé, l'acide hespérique, analogue à l'hespéridine; puis un glucoside, l'isohespéridine, qui a la composition de l'hespéridine, mais contient, en outre, cinq molécules d'eau. Cette isohespéridine perd son eau à 100 degrés; elle offre des réactions différentes de l'hespéridine, mais possède le même pouvoir rotatoire. Un autre glucoside, l'aurantiamarine, amorphe, très amer, soluble dans l'eau et l'alcool; enfin, un acide résineux d'une extrême amertume, l'acide aurantiamarique, à peine soluble dans l'eau froide; et aussi un autre acide résineux verdâtre, amer, et doué d'une saveur chaude toute spéciale.

— M. *Dujardin-Beaumetz* lit un mémoire sur *l'éthoxycaféine*. Il rappelle les recherches de Filehne (d'Erlangen) sur les dérivés de la caféine, et les travaux de Strecker et de Fischer sur le même sujet, qui ont établi la parenté directe existant entre la caféine, la théobromine et la xanthine. L'introduction de deux molécules de méthyle dans la formule de la xanthine donne la biméthylxanthine, c'est-à-dire la théobromine; la triméthylxanthine n'est autre que la caféine. On peut encore remplacer une molécule d'hydrogène, dans la caféine, par divers radicaux, par exemple l'hydroxyle ou l'éthoxyle; l'hydroxyle est constitué par une molécule d'eau, moins une molécule d'hydrogène, soit HO; l'éthoxyle représente l'éthyle, plus une molécule d'oxygène, soit C^2H^5O. On obtient ainsi des dérivés de la caféine, entre autres l'éthoxycaféine sur laquelle ont porté les recherches de M. Dujardin-Beaumetz. Filehne a constaté que, si la caféine est un tétanisant de la grenouille à la dose de 10 milligrammes, l'hydroxycaféine ne produit cette rigidité musculaire spéciale qu'à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme; elle serait donc moins toxique, ce qui revient sans doute à dire qu'elle est plus facile à détruire, ou à oxyder, dans l'économie. L'éthoxycaféine détermine chez la grenouille de la torpeur, et produit chez le lapin et chez l'homme des effets narcotiques; l'action prédominante paraît donc être celle de l'éthyle, au détriment de l'action tétanisante de la caféine. M. Dujardin-Beaumetz a employé des solutions d'éthoxycaféine et de salicylate de soude dans l'eau distillée; la solubilité de l'éthoxycaféine se trouve ainsi notablement accrue. En injectant 25 à 50 centigrammes d'éthoxycaféine à un cobaye, on détermine de la torpeur, et l'on voit les paupières de l'animal se fermer malgré lui; à dose plus élevée, on produit un véritable tétanos. Chez l'homme, à la dose de 50 centigrammes, l'éthoxycaféine amène du vertige avec lipothymies, semi-ivresse et nausées.

Dans le cas de migraine, une potion renfermant 25 centigrammes d'éthoxycaféine et 25 centigrammes de salicylate de soude, prise en une seule fois au début des accidents, s'oppose à l'évolution des phénomènes douloureux. Chez trois individus fréquemment atteints de migraine, M. Dujardin-Beaumetz a obtenu de ce médicament d'excellents résultats. Il a, d'ailleurs, expérimenté comparativement, chez eux, la caféine, et cela sans faire disparaître les accidents. Seulement, l'éthoxycaféine a l'inconvénient d'être un peu agressive pour l'estomac; aussi est-il bon d'ajouter à la potion 1 centigramme de cocaïne, pour éviter la douleur gastrique. L'éthoxycaféine paraît être soluble dans l'acide chlorhydrique; peut-être se forme-t-il un chlorhydrate; il y aurait sans doute grand intérêt à l'isoler, car, s'il est plus soluble que l'éthoxycaféine elle-même, il présentera moins d'inconvénients à l'égard de la susceptibilité gastrique. Ainsi, à côté de l'empirisme auquel la thérapeutique doit de bien précieuses découvertes, il faut placer l'étude des corps en série, méthode plus scientifique et appelée sans doute à fournir de très utiles résultats.

M. *C. Paul* est également d'avis qu'il y a là une voie fort intéressante à suivre. Il rappelle qu'on a expérimenté en Allemagne l'hydroxyle de méthylcaféine, qui est très soluble et présente des propriétés fort différentes de celles de la caféine. A la dose de 10 et 20 centigrammes, cette substance ne produit chez la grenouille qu'une minime rigidité musculaire apparaissant au bout de vingt-quatre heures; on a, du reste, fait vivre, sans inconvénients, de petites écrevisses dans une solution saturée du même corps; enfin, l'injection d'un gramme dans la veine d'un lapin n'a donné aucun résultat.

Quant à la caféine elle-même, M. C. Paul est d'avis qu'elle a été beaucoup trop vantée, à diverses reprises, au sein même de la Société; il tient à protester contre un enthousiasme qui pourrait induire en erreur bien des praticiens et leur causer bien des déboires. La caféine, à des doses un peu élevées, est souvent un excitant cardiaque des plus pénibles, surtout chez les artério-scléreux sans lésion valvulaire; les malades ont des nausées, des vomissements, des douleurs de tête, du délire et une surexcitation cardiaque douloureuse. Son action diurétique est au moins incertaine; quelques malades ont en effet de la polyurie après son ingestion, mais seulement lorsqu'il existe un léger degré de sclérose rénale. Elle relève, il est vrai, un peu les forces des cardiaques agonisants, mais elle reste très inférieure à la digitale, qui rend les contractions du myocarde plus puissantes, sans causer de douleur comme le fait la caféine.

M. *Sanné* demande s'il y a contre-indication à l'emploi de l'éthoxycaféine chez les migraineux dyspeptiques, puisque ce médicament irrite l'estomac.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne pense pas qu'il y ait là une contre-indication, si l'on ne dépasse pas la dose de 25 centigrammes. Il ne l'a jusqu'ici employée que chez les véritables migraineux qui sont atteints de leurs accidents douloureux au réveil; elle semble bien réussir en pareil cas.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

EXTRAIT DES TRAVAUX DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Embolie de la branche inférieure de l'artère centrale de la rétine associée à des attaques de chorée.

Le malade, âgé de vingt et un ans, a souffert d'une fièvre rhumatismale il y a sept ans; il y a trois ans, il a présenté une attaque d'hémichorée gauche; il y a deux ans, une nouvelle attaque de chorée plus générale, et de même l'année dernière. Le 14 octobre 1885, il devint subitement aveugle de l'œil droit; cependant, au bout de quelques minutes, le champ visuel commença à s'éclaircir de bas en haut, mais ce rétablissement de la vue resta limité à la moitié inférieure du champ. A l'ophthalmoscope, on constata un œdème de la moitié inférieure de la rétine, et non loin de la macula une place d'un rouge cerise. La circulation était rétablie dans les vaisseaux du fond de l'œil, sauf que ceux de la moitié inférieure n'étaient pas aussi turgescents que ceux de la moitié supérieure. Au bout de quelques jours, on put observer des signes d'atrophie de la papille et d'oblitération des vaisseaux de la moitié inférieure de la rétine; les signes d'atrophie firent des progrès à mesure que l'œdème rétinien disparut.

M. *A. Benson* diagnostiqua une embolie qui aurait obturé, pendant un certain temps, partiellement, l'artère centrale de la rétine avant sa bifurcation, puis se serait trouvée entraînée

dans la branche inférieure de l'artère et l'aurait, encore partiellement, obturée; les vaisseaux à droite de l'artère charriant encore du sang, il est évident que l'obturation ne peut être complète. Le cœur et les reins ne présentent rien d'anormal, la santé générale est bonne; il est difficile de se rendre compte du point de départ de l'embolie.

Ce cas présente surtout de l'intérêt au point de vue de la théorie embolique de la chorée.

D'après la discussion à laquelle il donna lieu, on est en droit de penser que l'embolie a eu pour origine le cœur. (*Académie de médecine d'Irlande*, séance du 18 décembre 1885.)

Tumeur de la vessie compliquée de calcul vésical.

Il s'agit d'une femme de soixante-treize ans qui, depuis une dizaine de mois, a vu son urine s'épaissir et prendre une coloration brune, et même, dans les derniers temps, être mêlée de sang; la miction était douloureuse; depuis trois semaines, elle éprouvait de vives douleurs de la vessie et était obligée de l'évacuer toutes les heures ou toutes les demi-heures. M. *B. Harrington* passa une sonde et découvrit un calcul dans la vessie; c'est M. *A.-T. Cabot* qui pratiqua la lithotritie; mais, à son grand étonnement, il ne put découvrir les fragments, et le lavage de la vessie n'en entraîna point. Après avoir dilaté l'urèthre, il introduisit le doigt et découvrit une tumeur du volume d'environ deux noix, située dans la direction de l'uretère droit; on pratiqua une ouverture vésico-vaginale vers le col de la vessie, et on extirpa la tumeur jusqu'au niveau de la muqueuse vésicale; on enleva en même temps les fragments de calculs. L'hémorrhagie fut faible, et la malade se trouva grandement soulagée. La tumeur était de nature papillomateuse et de consistance assez ferme. (*Boston Society for medical improvement*, séance du 28 décembre 1885.)

Anévrysme disséquant du tronc innominé.

Le cas concerne une femme de soixante-deux ans, bien portante jusqu'en octobre 1882, où elle vint consulter M. *B.-W. Richardson*, pour une tumeur à la partie antérieure du thorax. Cette tumeur, pulsatile, ne causait que peu de gêne à la malade; les troubles fonctionnels faisaient absolument défaut. Le repos et un traitement à l'iodure de potassium lui furent recommandés. En mai 1885, elle se présenta, disant qu'elle était entièrement guérie; la tumeur avait disparu, mais l'on percevait toujours des pulsations entre la première, la deuxième et la troisième côte. Le 27 juin dernier, il y avait trois tumeurs pulsatiles distinctes, l'une au-dessus, les deux autres au-dessous de la clavicule. La peau était très amincie au niveau de l'une de ces tumeurs et il y avait un suintement de sang; il se forma une solution de continuité assez large, qu'on pansa avec de la ouate trempée dans une solution ferrugineuse. La malade succomba le 30 novembre. M. Richardson fait ressortir les particularités remarquables de cette observation, la disparition de la tumeur, l'absence de phénomènes secondaires et la durée prolongée de la vie dans ces conditions. (*Medical Society of London*, séance du 21 décembre 1885.)

Anévrysme de la valvule mitrale.

M. *S. West* présente une pièce provenant d'un individu qui, à quatorze ans, souffrit de fièvre rhumatismale et mourut à trente-quatre ans après une maladie de huit semaines, caractérisée par des douleurs articulaires, de l'œdème, de la fièvre à forme irrégulière, de la dyspnée, du strabisme et du nystagmus; il y avait un double souffle à la base du cœur et un souffle systolique prolongé à la pointe. A l'autopsie, on trouva un foyer de ramollissement dans le lobe droit du cervelet et des infarctus dans la rate et dans les reins, toutes lésions d'origine embolique. Le cœur pesait 21 onces. Les valvules aortiques étaient couvertes de végétations et à la face de la valvule mitrale tournée vers l'orifice aortique se voyait un petit pertuis, occupé en partie par des végétations; une masse polypoïde, piriforme, faisait saillie dans le ventricule et venait frotter pendant les mouvements du cœur contre la valvule mitrale; le pertuis situé sur elle conduisait dans une large poche qui faisait saillie dans l'oreillette gauche. Il y avait encore un anévrysme formé sur la partie postérieure de la surface malade et pénétrant dans l'oreille droite.

M. West signale trois autres cas dans lesquels la présence de végétations aortiques, de nature calcaire, avait déterminé la formation d'un anévrysme au point où venaient frotter ces végétations pendant les mouvements du cœur. Dans tous ces cas, les anévrysmes étaient visibles à la surface extérieure du cœur, entre l'aorte et l'artère pulmonaire; ils occupaient toujours le tissu fibreux de l'organe; les anévrysmes siégeant dans le tissu musculaire sont beaucoup plus rares. (*Pathological Society of London*, séance du 5 janvier 1886.)

Sur le pemphigus foliaceus vegetans.

M. *J. Neumann* donne ce nom à l'affection décrite par Kaposi sous le nom de *frambœsia syphilitica*, et par Auspitz sous celui d'*herpes vegetans*. Cette affection n'a, en réalité, aucun rapport avec la syphilis, le traitement spécifique échoue contre elle. Au point de vue clinique, elle se distingue par des vésicules lenticulaires, qui se tendent peu à peu au point de faire éclater l'épiderme; au centre de l'excoriation se produisent des végétations verruqueuses, serrées, limitées par l'épiderme soulevé et à bords sinueux. Ces surfaces charnues, inégales, sécrètent un liquide alcalin, nauséabond, très fluide, qui en se desséchant forme des croûtes. Cette éruption siège de préférence sur les grandes et les petites lèvres, la cavité buccale et la muqueuse des lèvres, sur la peau de l'aisselle; plus tard l'affection s'étend à la vulve, aux plis de l'anus et à la muqueuse rectale, puis au pharynx et au larynx, où elle rend la déglutition et l'introduction de l'air très pénibles. A un moment donné, les végétations papillomateuses cessent de se produire, et l'éruption se borne presque exclusivement à la vésiculation; plus tard encore, on ne constate plus qu'une desquamation de la peau qui se détache par lamelles, de sorte que la lésion présente une ressemblance frappante avec la brûlure au deuxième degré. Lorsque les végétations se sont beaucoup multipliées au mont de Vénus, à la face interne des cuisses ou au siège, elles présentent une grande analogie d'aspect avec des condylomes étalés, confluents, ce qui a fait attribuer jadis à la maladie une origine syphilitique. Au point de vue du diagnostic, il faut surtout faire ressortir cette particularité que les végétations sont toujours entourées d'une zone de vésicules, tandis que les condylomes sont limités nettement par un rebord d'infiltration; de plus, les végétations pemphygoïdes ont, grâce au détachement de l'épiderme, un aspect piqueté que ne présentent pas les condylomes, et du reste les autres signes de syphilis font défaut; enfin les végétations progressent toujours, ce qui n'est pas le cas des condylomes.

M. Neumann a vu neuf cas de ce genre; dans trois d'entre eux, l'éruption fut précédée de myélite et l'on trouva diverses altérations dans l'axe gris de la moelle, les nerfs et les ganglions, etc. On ne saurait dire actuellement s'il y a connexion entre la lésion médullaire et l'éruption cutanée, quoique cela paraisse assez vraisemblable. (*Société des médecins de Vienne*, séance du 8 janvier 1886.)

Des amblyopies d'intoxication.

M. *Bergmeister* divise les amblyopies d'intoxication en aiguës et en chroniques; dans la première catégorie viennent se ranger les amblyopies passagères, provoquées par la quinine, la santonine, le salicylate de soude, etc. Dans la seconde catégorie se placent : *a.* les amblyopies professionnelles : amblyopie ou amaurose saturnine, et peut-être celle que Galezowski a signalée chez les ouvriers en caoutchouc vulcanisé, et qu'on ramène à une intoxication par le sulfure de carbone; *b.* les amblyopies dues à l'abus de l'alcool et du tabac; *c.* une dernière forme d'amblyopie peu connue, qui surviendrait à la suite de la morsure par des serpents venimeux.

Il ne saurait être question des amblyopies mercurielles, encore à prouver, et de celles qui dépendent de paralysies des muscles de l'œil ou de troubles de l'accommodation, comme les amblyopies signalées après l'absorption de viandes en putréfaction, champignons, etc., ou l'usage de chloral, d'atropine, etc.; enfin l'urémie, qui est une intoxication « autochtone ».

M. Bergmeister insiste particulièrement sur l'amblyopie des buveurs, qui se traduit par des symptômes rappelant complètement la névrite rétro-bulbaire chronique; ce qui semble prouver que la lésion, dans ce cas, est de nature inflammatoire, c'est que, à la longue, la dégénérescence peut déterminer une atrophie complète du nerf optique et un scotome total; peut-être l'organe central est-il lui-même atteint. Quoi qu'il en soit, l'amblyopie alcoolique peut être enrayée tant que le nerf optique ne présente pas de signes d'atrophie.

Quant à l'amblyopie des fumeurs, elle est indépendante de la précédente, car on l'a observée chez des individus qui n'ont jamais fait usage d'alcool sous aucune forme. Au point de vue clinique et ophthalmoscopique, cette variété d'amblyopie est tout à fait semblable à l'alcoolique; les recherches anatomiques font encore défaut. Quant aux causes prédisposantes, Griesinger parle de nervosisme, Horner de ralentissement de la nutrition. On ne peut encore rien dire de bien positif. (*Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium*, séance du 25 janvier 1886.)

Réinfection syphilitique.

Peut-on avoir deux fois la syphilis? Cette question passionne les syphiliographes depuis le seizième siècle. Ricord dit qu'un individu en possession de la syphilis ne s'en débarrasse jamais; Bärensprung est d'un avis analogue, mais ajoute que, dans la syphilis, les choses se passent à peu près comme dans les affections exanthématiques aiguës, que le malade acquiert une immunité relative à cet égard. Sigmund nie absolument la réinfection; Zeissl, au contraire, prétend l'avoir observée plusieurs fois, quelques années après une première atteinte.

M. *Neumann* présente une malade qui est un exemple éclatant de réinfection. En novembre 1883, elle arriva à la clinique avec de larges condylomes et un gonflement général des ganglions lymphatiques; elle fut guérie de ces accidents et d'autres qui suivirent. Elle se présenta de nouveau à la clinique, il y a quelques semaines, avec une lésion syphilitique de l'une des grandes lèvres, un chancre induré, et quelques jours après survint de la fièvre et une éruption syphilitique maculeuse. (*Société des médecins de Vienne*, séance du 22 janvier 1886.)

Mélanose lenticulaire progressive.

M. *J.-C. White* préfère cette dénomination à celle d'angiome pigmentaire atrophique proposée par Kaposi. On ne connaît dans la science que trente-cinq cas de cette maladie, répartis dans treize familles. M. White l'a observée chez deux frères. La maladie commence dans l'enfance par une éruption analogue à des taches de rousseur, et débutant par les mains et la face, puis envahissant toute la surface du corps; ce sont des taches pigmentaires. Plus tard, de nouveaux vaisseaux sanguins se forment dans le tégument, offrant l'apparence d'un pointillé. Puis survient de l'atrophie au niveau des taches pigmentaires, avec un amincissement de l'épiderme et du derme. Dans la moitié des cas environ, on observe de l'hypertrophie des papilles cutanées suivie de cancer de la peau et de mort.

M. White présente l'un des malades, un jeune Russe, atteint de cette maladie; il y a dix-sept ans, et le début de l'altération remonte à l'âge de deux ans. La peau, atrophiée, ressemble absolument à celle d'un nègre qui se serait décolorée çà et là. Il n'y a ni hypertrophie, ni carcinome. Les fonctions s'accomplissent bien, et il n'y a pas d'affaiblissement des facultés mentales, comme c'est parfois le cas. Les causes de la maladie sont inconnues. (*Boston Society for medical improvement*, séance du 14 décembre 1885.)

Prostatite desquamative avec évacuation de cylindres hyalins.

M. *Andr. Clark* signale, au nom de sir *James Paget* et au sien, un cas curieux de prostatite aiguë. Ce qui en fait l'intérêt, c'est que, pendant toute la durée de la maladie, l'urine renfermait des cylindres hyalins semblables à des cylindres d'origine rénale et des masses hyalines piriformes en connexion avec ces cylindres. L'urine renfermait un peu d'albumine, mais ne présentait rien d'anormal du reste. Le malade, un médecin, guérit. Depuis sept ans l'état est resté parfait. M. Clark signale deux autres faits analogues observés également sur des confrères, mais dans lesquels l'affection prostatique n'offrait pas autant d'acuité.

Les cylindres hyalins ont une ressemblance parfaite avec ceux de la néphrite aiguë; mais on trouve adhérentes à ces cylindres de petites masses piriformes qui ne peuvent être autre chose que des moules des follicules de la prostate. C'est le premier fait de ce genre publié dans la littérature médicale. (*Clinical Society of London*, séance du 8 janvier 1886.)

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'emploi de la bande d'Esmarch dans les anesthésies locales, par M. Chandelux. — L'anesthésie locale par les pulvérisations d'éther est entrée définitivement dans la pratique par des opérations du genre de celles de l'ongle incarné. Sans remédier aux variations assez grandes quant au temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie et au degré de l'insensibilité produite, M. Chandelux a eu l'idée d'appliquer préalablement la bande d'Esmarch. Déjà M. Horand, en 1867, avait établi qu'il est très difficile d'obtenir l'anesthésie locale sur les parties richement vascularisées. S'appuyant sur sept observations qui lui sont personnelles, M. Chandelux conclut que l'ischémie préalable avec la bande d'Esmarch présente les avantages suivants :

1° L'anesthésie s'obtient en vingt à quarante secondes, tandis que, par la méthode ordinaire, la moyenne est de deux minutes environ.

2° Après cessation des pulvérisations, une fois la plaque de congélation produite, l'anesthésie se maintient encore pendant trois minutes environ; grâce à l'ischémie, tout apport de calorique par le courant sanguin est supprimé.

3° Aucun écoulement sanguin ne vient, pendant l'opéra-

tion, marquer les parties à enlever. Celles-ci peuvent donc être très soigneusement disséquées, et, dans le cas particulier de l'ongle incarné, on est sûr par là de ne laisser aucune portion ni de la matrice, ni du lit unguéal dans la moitié que l'on se propose de détruire. (*Lyon médical*, 1885, n° 46.)

Mémoire sur les occlusions intestinales, par M. Auffret. — Ce mémoire est fondé sur l'étude approfondie de treize cas d'occlusion intestinale, rétrécissements, invagination, étranglement, obstruction, compression par une tumeur de voisinage. L'auteur entre dans les détails les plus minutieux au point de vue de l'établissement du diagnostic de l'occlusion et de son siège; il est des cas où le diagnostic du siège ne peut être fait; dans ce cas, la question se présente sous une autre face; est-ce une occlusion à marche foudroyante ou une occlusion à marche rapide, sans être foudroyante? L'intervention chirurgicale, dans ces sortes de cas, ne doit pas se faire attendre, si les moyens médicaux ne réussissent pas immédiatement. Voici les indications de la *laparotomie* d'une part, de l'*entérotomie* de l'autre. A la première reviennent : les cas à marche foudroyante; les obstructions aiguës à siège indéterminé, sans préjudice pour une entérotomie ultérieure; les invaginations à marche rapide, ce qui est exceptionnel. A l'entérotomie : les rétrécissements, quelle qu'en soit la cause; les invaginations à marche lente; les obstructions à siège défini qui n'ont pas cédé à une incision exploratrice suivie de la malaxation directe. La laparotomie, toujours dangereuse, a cependant fait de grands progrès, grâce à l'antisepsie; mais il ne faut pas lui sacrifier l'entérotomie, qui a ses indications bien précises. (*Archives de médecine navale*, 1885, n° 11.)

L'iodoforme en onctions dans la méningite tuberculeuse, par M. E. Nilsson. — Dans une famille, deux enfants âgés l'un de six ans, l'autre d'un an, venaient de succomber à la méningite tuberculeuse, lorsque l'auteur fut appelé à traiter un troisième enfants, âgé de huit ans, présentant les premiers symptômes de cette maladie : céphalalgie, vomissements, somnolence, respiration superficielle, parfois suspirieuse; pouls, 80; température, 37°,9 à 38°,5; l'état s'aggrava au bout de huit jours, des convulsions survinrent, avec rougeur subite des joues avant et après les accès. M. Nilsson fit couper les cheveux du petit malade et fit des frictions sur la tête avec une pommade iodoformée à 1 sur 10; il répéta ces frictions 3-4 fois dans la journée, puis recouvrit la tête d'un bonnet de taffetas ciré. Dès le lendemain de ce traitement, les convulsions devinrent moins fréquentes et finalement s'arrêtèrent; le sommeil devint calme et l'enfant reprit connaissance. Le bonnet de taffetas fut enlevé au bout de trente-huit heures. Du coryza et une toux violente se produisirent et l'haleine sentit l'iodoforme pendant une huitaine de jours.

M. *Sondén* a également publié un cas dans lequel des frictions sur le crâne et la colonne vertébrale, avec de la pommade iodoformée, déterminèrent la guérison d'un cas désespéré de méningite tuberculeuse. (*Hygiea*, 1885, t. XLVII, n°s 7 et 8.)

Epilepsie guérie par l'extraction d'une dent, par M. Liebert. — Il s'agit de deux malades âgés de vingt à trente ans, atteints tous deux d'épilepsie récente, dont les accès étaient précédés d'une aura pendant laquelle la langue était le siège de mouvements spasmodiques. Chez l'un, le vertige épileptique avait persisté pendant quatre mois avec quelques centaines d'accès et l'épilepsie confirmée environ trois mois avec 18-20 accès; chez l'autre la période des vertiges avait duré de trois à quatre mois, l'épilepsie confirmée trente-huit jours. Chez le premier l'extraction d'une molaire inférieure, chez le second l'extraction d'une molaire supérieure furent suivies d'une guérison complète des accès d'épilepsie. Ces cas se distinguent des autres cas d'épilepsie, dans lesquels une intervention périphérique a amené la guérison, en ce que l'aura n'avait pas pour point de départ le siège de l'épine irritative du système nerveux, c'est-à-dire les dents; ce n'était pas une douleur dentaire, mais un spasme de la langue qui annonçait les accès. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, n° 37.)

Traitement de la fièvre typhoïde par le sublimé, par M. W. Greifenberger. — Partant de la pratique qui consiste à donner au début de la fièvre typhoïde des doses massives de calomel, dans l'espoir de la couper, M. Greifenberger est arrivé à employer couramment dans cette maladie le sublimé, dont, à priori, les propriétés antiseptiques devaient recommander l'usage. Il n'y a pas à craindre ainsi de provoquer des purgations intempestives et par suite des hémorrhagies intestinales dans certaines périodes de la maladie, comme on le risquerait avec le calomel. Il donne le sublimé en solution à la dose de 2 milligrammes par jour, au maximum de 3 milligrammes. Voici la formule :

Bichlorure de mercure.........	4 à 5 milligrammes.
Eau distillée..................	180 —
Sirop simple ou hydrolat de menthe..................	20 —

On donne une cuillerée à soupe de la potion toutes les heures ou toutes les deux heures.

Il est quelquefois utile de donner une infusion légère de digitale, ou d'ajouter de la morphine au sublimé, selon les indications. On continue le traitement jusqu'à ce que la température se maintienne à la hauteur normale pendant plusieurs jours consécutifs et que l'état général se soit amélioré. On régularise les selles au moyen de l'huile de ricin ou de l'infusion de séné composée. L'auteur n'a jamais observé d'effets fâcheux du sublimé, tels que vomissements, douleurs abdominales, salivation, etc.

Sur quarante malades soumis à ce traitement il n'y eut aucun décès; de même sur une autre série de trente malades, chez lesquels des tentatives de jugulation avaient été faites, tandis que sur treize malades traités par l'expectation, trois moururent de complications; la mortalité fut de 15,9 pour 100 à Berlin en 1884. La température s'abaissait dès le deuxième jour du traitement et devenait normale, en général, dès le troisième jour, quelquefois après cinq ou six jours; jamais il n'y eut d'exacerbations nouvelles, du moins jamais la température ne remonta au delà de 38 degrés. Le plus souvent les malades pouvaient reprendre leurs occupations au bout de quatre semaines à partir du début de la maladie. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1885, n° 38.)

Cas d'emphysème sous-cutané généralisé, par M. P. Moschner. — Il s'agit d'un ouvrier de soixante-trois ans qui, pendant la nuit de Pâques, tomba de deux mètres de haut dans un fossé renfermant de l'eau. On le retira, mais rentré chez lui il fut saisi de dyspnée et de délire, et en même temps on remarqua un gonflement de toute la surface du corps. Après des ponctions réitérées sur le thorax et au scrotum, la dyspnée s'améliora en même temps que l'état général. Au bout de quatre jours l'emphysème avait beaucoup diminué. On constata quelques jours après l'existence d'un pneumothorax à droite et d'une pleurésie à gauche, atteignant la moitié de l'omoplate. La température ne dépassa pas 37°,8 et au bout de douze jours après l'accident le malade put quitter le lit. Après six semaines, la guérison fut à peu près complète. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 38.)

De la présence chez l'homme d'exemplaires multiples de tænia solium, par M. G. Laker. — On sait depuis un grand nombre d'années que les différentes espèces de

ténia peuvent se présenter en nombre dans l'intestin de l'homme, et que l'expression de *ver solitaire* répond à une erreur d'observation. Les cas où l'on rencontre 2 à 3 individus ne sont pas rares; ceux où l'on trouve 6 à 10 individus sont assez fréquents; mais on en cite où ce nombre atteignait 40, 50 et 60. Tel est le cas de M. Laker qui concerne une femme de quarante-trois ans, grand amateur de porc non cuit. Depuis quelque temps elle éprouvait une sensation de poids et de tortillement dans l'estomac et l'intestin et des céphalalgies congestives. Après l'administration d'un simple purgatif composé de séné et de manne, elle rendit successivement plusieurs amas de vers pelotonnés, dont l'auteur ne put examiner qu'un seul, qui renfermait 59 têtes de ténia. Il est probable que ces amas de vers pelotonnés se forment, lorsque les ténias sont encore jeunes, sous l'influence des mouvements de l'intestin et des mouvements propres de ces parasites. L'expulsion a lieu en masse, mais il peut en rester un ou plusieurs exemplaires dans l'intestin. Quoi qu'il en soit, chez les personnes qui sont exposées à l'infection par des cysticerques par leur profession ou de toute autre manière, l'apparition de douleurs gastro-intestinales intermittentes doit éveiller l'attention. (*Deutsches Archiv. f. klin. Medicin*, Bd XXXVII, Heft 5, 1885.)

La verruga peruana. — Les journaux de médecine de Lima, *La Cronica medica* et *El Monitor medico*, reviennent avec détail sur le cas d'inoculation de cette maladie faite par un étudiant en médecine sur lui-même, et qui fut suivie de la mort de celui-ci. La verruga paraît spéciale au Pérou, elle est endémique dans certaines localités « en deçà des Andes, » telles que Huarochiri et Yauyos y Canta, situées à une altitude de 3000 à 7500 pieds. C'est une pyrexie, caractérisée par de l'anémie et par une éruption cutanée constituée de tubercules rouges, de dimensions variées. Le docteur Isquierdo, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Santiago, aurait découvert le bacille de la verruga.

Cette maladie paraît avoir sévi déjà du temps des Incas; A. Zarate, dans son *Histoire du Pérou* (1543), mentionne dans ce pays des régions chaudes et malsaines, où règne une maladie éruptive plus grave que la variole et dont les furoncles à racines profondes sont aussi dangereux que les bubons de la peste. La première description scientifique en est due à Salazar, dont la thèse de doctorat (Lima, 1858) est intitulée *Historia de las verrugas*. Il suppose la maladie produite par un virus. Un grand nombre de cas se produisirent en 1870 lorsqu'on remua la terre profondément pour construire le chemin de fer des Andes (*fiebre de la Oroya*); on peut en rapprocher les épidémies d'anémie pernicieuse observées à Paris lors du percement des boulevards et sur les ouvriers occupés à percer le tunnel du Saint-Gothard, et les accès pernicieux de malaria que présentent ceux qui travaillent au creusement du canal de Panama. L'étiologie de la verruga est encore à établir; c'est aux Sociétés de médecine du Pérou de se livrer à une étude approfondie sur ce sujet. (*The Lancet*, janvier 1886, n° 2.)

Sur l'érysipèle du larynx, par M. F. Massei. — Le travail de M. Massei est basé sur une série d'observations cliniques très sérieuses. L'auteur se propose de continuer ses recherches par la voie expérimentale, en tâchant de découvrir, de cultiver et d'inoculer le streptococcus de l'érysipèle. Actuellement il doit se borner à formuler les conclusions suivantes :

1° L'érysipèle primitif du larynx existe.

2° Un grand nombre de faits décrits sous le nom d'œdème primitif du larynx ne sont autre chose que de l'érysipèle laryngé ; donc cette affection est beaucoup moins rare qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour.

3° Il existe deux formes d'érysipèle laryngé : l'une dans laquelle la lésion locale prédomine ou contre-balance l'affection générale, l'autre dans laquelle l'état général l'emporte sur l'état local.

4° La meilleure méthode de traitement consiste : *a.* dans la soustraction méthodique du calorique au moyen du froid, aidée par l'action des révulsifs intestinaux et des autres médicaments généraux usités en pareille circonstance; *b.* dans les scarifications, si ces moyens ne suffisent pas; *c.* enfin dans la trachéotomie, lorsque le traitement précédent ne réussit pas et que le malade est menacé de suffocation. (*Il Morgagni*, n°s 9-12, 1885.)

BIBLIOGRAPHIE

Clinique obstétricale, par le docteur Rodrigues dos Santos (de Rio-de-Janeiro), précédée d'une préface de M. le docteur A. Pinard. Tome Ier, in-8° de 370 pages, avec 57 figures. — Paris, 1886, O. Doin.

Nous ne pouvons que nous associer aux éloges adressés à l'auteur par M. Pinard, et recommander aux élèves et aux praticiens la lecture de cet intéressant ouvrage dans lequel ils trouveront un exposé clair et suffisamment complet d'un grand nombre des questions les plus importantes de l'obstétrique.

Ce n'est du reste aujourd'hui que le premier volume d'une œuvre plus considérable et qui comprendra trois parties : la première, déjà parue, renferme un préambule d'anatomie et de physiologie sur les ovaires, l'ovulation, la menstruation et la conception, puis divers chapitres relatifs à la grossesse normale, simple ou multiple, à la configuration du bassin dans ses rapports avec l'accouchement, enfin aux causes et au mécanisme général de l'expulsion du fœtus et de ses annexes. La seconde partie comprendra l'étude de l'accouchement physiologique, et la pathologie de la grossesse. Enfin, le dernier volume traitera des opérations obstétricales.

Il n'est pas dans notre intention, on le comprend, de donner une analyse, même rapide, des chapitres multiples qui composent ce premier volume, dont l'allure générale est celle d'un traité d'enseignement; mais nous tenons à signaler l'esprit de critique judicieuse qui préside à la discussion d'un certain nombre de questions encore controversées, telles que les modifications de l'appareil circulatoire pendant la grossesse, la pathogénie des bruits de souffle fœtaux, la valeur diagnostique des foyers d'auscultation, la superfécondation et la superfétation, etc.

L'auteur montre que, sur bien des points, il a connaissance des travaux les plus récents, et qu'il sait tenir compte des opinions sérieusement étayées ; cependant on pourrait peut-être regretter que la controverse entre les partisans de l'hypertrophie cardiaque de la gestation et ceux de la dilatation simple du cœur ne soit pas plus complètement traitée, et qu'il ne soit pas fait mention, pour expliquer la pathogénie de la dilatation des cavités droites, du réflexe utéro-pulmonaire, analogue à celui que le professeur Potain a démontré comme cause de la dilatation cardiaque d'origine hépatique ou gastro-intestinale.

Peut-être aussi eût-il été intéressant, à propos des pertes de sang pendant la gestation, ou à l'occasion de la théorie de la superfétation, de faire connaître d'une manière plus explicite les notions que nous possédons sur l'état de l'ovaire et son fonctionnement chez la femme enceinte : l'auteur paraît admettre que les conditions nécessaires à la superfétation, et en particulier la ponte d'un ovule « se détachant de l'ovaire et s'offrant à la fécondation », peuvent être remplies pendant « les trois premiers mois de la gestation ». Quelques preuves à l'appui de cette opinion, contraire à celle de Bischoff et de

nombre de gynécologues, eussent été accueillies avec grand intérêt.

Quoi qu'il en soit de ces critiques de détail, le livre du docteur Rodrigues dos Santos a sa place marquée dans la littérature obstétricale, et les qualités incontestables de ce premier volume ne peuvent laisser aucun doute sur la valeur de l'œuvre tout entière.

André Petit.

Lectures sur l'histoire de la médecine rédigées par le docteur L. Thomas. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1885, in-8°.

Le livre que M. Thomas a fait paraître il y a quelques mois est intéressant à divers titres : par la nature des sujets traités, par le mode d'exposition et souvent l'originalité des aperçus. Aucune des sept lectures que renferme le volume n'est relative à une question rabattue ou discutée partout; personne, que je sache, parmi les historiens de la médecine ou les épidémiologistes, n'a songé jusqu'ici à chercher dans un livre de piété de Don Gayetano de Cabrera y Quintero, prêtre, la relation d'une épidémie qui désola en 1736 les environs de Mexico; les indigènes l'appelaient mattatzahuatl ou coccolisti; M. Thomas a reconnu que c'était la fièvre jaune.

Le chapitre sur la chirurgie de guerre au quinzième et au seizième siècle est une esquisse plutôt qu'une étude dans le sens absolu du mot; tel qu'il est, il est tout à fait instructif. M. Thomas ne parle pas de tous ceux qui se sont occupés du sujet, mais il connaît à fond ceux qu'il cite; il nous donne des renseignements très précis sur Brunschwig, Gersdorf, Pfolspundt et les chirurgiens des différents pays d'Europe qui se sont occupés de plaies d'armes à feu.

Deux études médicales, l'une sur la chronique de Grégoire de Tours, l'autre sur celle de Richer, devraient être rapprochées et interverties. On pourrait les intituler de la sorte : La médecine en Gaule sous les premiers Mérovingiens et les derniers Carolingiens. On y trouve quantité de choses intéressantes sur l'enseignement, l'onomatologie médicale, les maladies populaires, la situation sociale des médecins.

Nous ne dirons rien de la publication des papiers inédits de Ribeiro Sanchez, sauf qu'une bonne étude biographique les précède.

La dernière lecture du livre : le merveilleux en pathologie, vient à son heure; nous nous intéressons actuellement à Jean de Wier et à ceux qui, comme lui, ont eu, en plein seizième siècle, le courage de déclarer que les procès des sorciers étaient des cruautés ou des non-sens. En revanche, nous ne savons rien ou à peu près de leurs adversaires, de ces érudits naïfs qui ont pendant plusieurs siècles encombré la science de leurs compilations sans critique. Il faut, pour juger de pareilles choses, se reporter aux temps où les convictions n'étaient pas faites, où la science reposait tout entière sur la tradition, où la critique et la discussion, à peine entrées avec les Scaliger dans les études historiques, n'occupaient pas la moindre place dans le reste des connaissances humaines. On comprendra facilement alors comment ce fatras de citations théologiques, d'anecdotes puériles, de sophismes et de légendes pouvait entraîner les hésitants et fournir des armes aux juges timorés qui ne demandaient pas mieux que d'admettre le crime de sorcellerie.

Dans tous ses récits, M. Thomas a fait preuve de qualités très sérieuses de narrateur et d'historien. Ses personnages sont vivants; les anecdotes viennent à leur place; on devine plutôt qu'on ne voit la critique.

F.-L. H.

La pathologie de l'esprit, par M. Henry Maudsley, professeur de médecine légale à University-College (Londres). Traduit de l'anglais par le docteur Germont, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* — Paris, 1884. Librairie Germer Baillière et Cie.

M. Maudsley est bien connu des lecteurs français par la traduction de deux de ses œuvres : *Crime et folie* et la *Physiologie de l'esprit.* En traduisant la *Pathologie de l'esprit*, qui constitue le complément de la *Physiologie de l'esprit*, M. Germont a permis à ceux qui ne savent pas la langue anglaise de prendre connaissance d'une œuvre à bien des égards originale, et conçue dans un esprit autre que celui auquel nous sommes accoutumés de ce côté-ci de la Manche.

Malgré les apparences, et quoi qu'en dise la table des matières, il ne s'agit pas ici d'un traité complet des maladies mentales, tel du moins qu'on le concevrait en France; c'est bien plutôt un ouvrage de pathologie générale ou de généralités médico-psychologiques sur la folie. Mais ce livre a été écrit sous l'inspiration d'une idée neuve, qui en fait une œuvre originale, et que l'auteur a résumée dans la phrase suivante de sa préface : « Il me semble juste de mettre en relief le fait que la folie est, en réalité, un phénomène social, et d'insister sur ce point qu'elle ne pouvait faire l'objet de recherches satisfaisantes et être comprise exactement si on ne l'étudiait d'un point de vue social. C'est, je crois, de cette manière seulement que sa nature et sa signification réelle, comme phénomène anormal, peuvent être saisies et comprises. » On trouve surtout le développement de cette thèse dans le chapitre sur les causes de la folie. M. Maudsley, qui est disciple de Darwin, s'applique à démontrer que « la folie est une marque de dégénérescence de famille, le début d'une variété morbide de l'espèce humaine, la proclamation d'un défaut d'adaptation aux conditions complexes, sociales et physiques de la vie civilisée » (p. 111). Tout individu incapable de se soumettre, de s'adapter aux lois du bien-être social, doit être considéré comme un élément rétrograde, antisocial; et, selon les cas, il tombera soit dans la folie ou dans la névrose criminelle. « Ce ne serait peut-être pas une proposition trop absolue, ajoute l'auteur, que de dire qu'une des deux choses suivantes doit arriver à un individu s'il veut vivre heureusement : il devra être assez souple et habile pour se conformer aux circonstances, ou assez fort, d'un génie extraordinaire, pour que les circonstances se conforment à lui. S'il ne peut faire ni l'un ni l'autre, ou s'il ne peut, par son bon sens ou sa bonne fortune, les ménager et établir un compromis, il deviendra fou, ou se suicidera, ou sera criminel, ou se mettra à la charge de la charité publique. »

Outre le point de vue sociologique, M. Maudsley est préoccupé d'une autre question, celle des rapports qui peuvent et doivent exister entre la psychologie, la physiologie et la pathologie mentale. Les recherches entreprises par ces trois sciences, concernant en réalité le même sujet, il est important de les faire concourir par une sorte d'unité de méthode. Il existe même certains états psychiques, normaux et anormaux, dont l'étude minutieuse et réellement scientifique peut, selon l'expression de l'auteur, « jeter une certaine lumière sur les obscurs phénomènes de la pathologie de l'esprit, et aider à combler le vide qui les sépare de la physiologie ». Ces états psychiques sont le sommeil et les rêves, l'hypnotisme, le somnambulisme et les états analogues. M. Maudsley leur consacre les deux premiers chapitres de son livre.

Après avoir indiqué les deux idées maîtresses qui donnent à ce livre un caractère philosophique, nous ferons connaître rapidement quelles sont ses doctrines en médecine mentale. M. Maudsley se rattache à l'école de Morel; pour lui, comme pour le savant aliéniste français, la manie, la mélancolie, la monomanie et la démence, que Pinel, Esquirol et leurs disciples considéraient comme des entités morbides, ne doivent être décrites que comme des états symptomatiques; elles sont du domaine de la pathologie générale et non de la pathologie spéciale de la folie, ce sont des symptômes d'aliénation mentale et non des variétés cliniques. Comme Morel aussi, M. Maudsley établit ces dernières en se fondant sur l'étiologie ou plutôt sur la pathogénie. « Il ne s'agit pas tant de savoir, dit-il, en effet, si les symptômes sont la manie ou la mélancolie que de connaître la diathèse constitutionnelle ou les symptômes physiques qui dominent ou accompagnent chaque cas particulier. » D'après ce principe, qui est aussi celui du docteur Skae, un de ses compatriotes, notre auteur décrit, outre la paralysie générale des aliénés, une folie épileptique, une folie de la

puberté, une folie de la masturbation, une folie hystérique, une folie puerpérale, une folie de la ménopause, une folie sénile, une folie des phthisiques, une folie syphilitique, une folie alcoolique. Il décrit ces types cliniques dans l'ordre où nous venons de les énumérer, ne s'astreignant nullement aux exigences d'une classification bien méthodique; mais ces descriptions sont claires, nettes, d'une saisissante exactitude, ni trop longues ni trop courtes, ce qui est une qualité dans un livre destiné moins à entrer dans tous les détails de la science qu'à en faire connaître les grandes lignes.

C'est pour cette raison même qu'on ne saurait assez recommander la lecture de l'ouvrage de M. Maudsley aux philosophes et aux médecins qui ne font pas de la médecine mentale leur spécialité. Ceux-ci y puiseront des connaissances générales sur la folie que tout praticien doit aujourd'hui avoir; ceux-là y trouveront des considérations originales, des applications inattendues de la pathologie aux recherches psychologiques.

Dr Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Neuvième liste.

(*Première liste du* Journal des Débats.)

S. Ex. Zographos-Effendi	1000 fr.
La Société des bains de mer de Monaco	1000
Mme Kekler, le prince d'Essling, M. le docteur Daremberg, chacun 200 francs	600
Mmes la comtesse Bargurska, la duchesse de Richelieu, de Lavernède, Peter Ralli, Michel Ralli, de Bainbridge, Lenoble, Mlle G. G., MM. Roman, Clado, Vouro, Vaglianos, Scilitzi, chacun 100 francs	1300
MM. Zarifi, Ziegler, chacun 60 francs	120
Mmes la comtesse de Chambrun, Béthune, Mlle H. G., MM. H. N., Barrois, Scaramanga, chacun 50 francs	300
Mme Pinard, MM. Lièvre, Zafiropoulo, Santerre, Racine, Boucher, chacun 40 francs	240
Mmes Legrand, Leredu, M. le général Farre, chacun 30 francs	90
Mmes J. Ralli, Boueil, Gautier, Skalka, Harissard, Palteney, MM. Santai, Ancel, Halme, Roupié, Avice, chacun 20 francs	220
Mme Lemoinne, MM. Derouet, Pagny, Bersan, Meyer, Gervais, Van der Vlict, Lefèvre, Barbelion, Tarbé de Vauxclairs, un anonyme, chacun 10 francs	110
MM. le comte P. Mercati, Laurent, chacun 5 fr.	10
MM. les docteurs Terrillon, Goldenberg, chacun 100 francs	200
le docteur Felice (de Lille)	50
Total	5.240 fr.
Montant des listes précédentes	29.860 fr. 15
Total général	35.100 fr. 15

Faculté de médecine de Lille. — Par décret en date du 26 mars 1886, M. Dubar, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 9 avril.)— *Ordre du jour :* M. Landouzy : Sur la tuberculose infantile. — M. Cadet de Gassicourt : Traitement du croup par le procédé de M. Delthil. — M Joffroy : Atrophie musculaire des quatre membres. — M. Albert Robin : 1° Présentation de pièces anatomiques (anévrysme de la crosse de l'aorte). 2° De l'influence des œufs dans l'alimentation des albuminuriques. — M. Troisier : Présentation de malade (pied tabétique). — M. Debove : De l'hyperthermie hystérique.

Souscription a l'Institut Pasteur. — Le *Journal officiel* continue à enregistrer les dons envoyés à M. Pasteur, et la liste ouverte dans ses colonnes atteint aujourd'hui près de 500 000 francs. Outre les conseils municipaux de diverses villes, plusieurs Facultés ou Ecoles de médecine s'associent aux premières souscriptions. C'est ainsi que la Faculté de médecine de Nancy vient d'envoyer une somme de 600 francs. Par contre, les journaux d'hier soir et de ce matin annoncent que le Conseil municipal de Paris, ayant cru devoir déléguer à l'une de ses commissions le soin d'étudier « la part qui pourrait être prise par la ville de Paris à la création d'un établissement vaccinal », deux membres de cette commission, M. Navarre, docteur en médecine, et M. Cattiaux, officier de santé, auraient eu, vis-à-vis de M. Pasteur, une attitude des plus singulières et tenu un langage qui serait des plus regrettables s'il n'était démenti. Le désintéressement et la probité scientifique de M. Pasteur sont au-dessus de toute contestation. En France aussi bien qu'à l'étranger chacun tient à lui rendre hommage. Nous aimons donc à espérer que les paroles prêtées à MM. Navarre et Cattiaux n'ont jamais été prononcées.

Bureau central. — Un concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'ouvrira le lundi 10 mai 1886, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, de midi à trois heures.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 5 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 21 du même mois, à trois heures.

Choléra. — L'épidémie cholérique, qui avait complètement cessé dans le département du Finistère depuis plusieurs semaines, vient de s'y montrer de nouveau dans l'un des faubourgs de Douarnenez. Les cas sont peu graves, et tout démontre qu'il s'agit d'une de ces manifestations isolées qu'on observe presque toujours à la fin des épidémies de cette nature. Des mesures sanitaires des plus rigoureuses ont été prescrites et immédiatement exécutées.

En Italie et en Espagne, le choléra fait de divers côtés quelques victimes depuis un mois.

Crémation. — La Chambre des députés a adopté, mercredi 31 mars, un amendement présenté par M. le docteur Blatin, député du Puy-de-Dôme, à la loi sur la liberté des funérailles, amendement au terme duquel tout majeur ou mineur émancipé, pouvant déterminer librement le mode de sa sépulture, a le droit d'opter pour l'inhumation ou l'incinération. Cet amendement a été adopté par 323 voix contre 180.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Deluy, médecin-major de 1re classe, bibliothécaire de l'Ecole du Val-de-Grâce, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris le 22 mars dernier, à l'âge de soixante-six ans; de M. Crespin, interne à l'hôpital Lariboisière, dans le service d'accouchements de M. le docteur Pinard, décédé aux suites d'une pneumonie, à l'âge de vingt-sept ans et demi; de M. le docteur Marcel, mort à Paris, d'une pneumonie, quinze jours après avoir soutenu sa thèse; de M. le docteur Chauveau, de Courtalain (Eure-et-Loir).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par MM. Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Borryer, avocat à la Cour d'appel de Paris et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition, entièrement refondue. 1 vol. in-8 raisin de 1700 pages avec 9 figures dans le texte et 2 planches. Ouvrage couronné par l'Institut de France. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 27 fr.

Traité d'anatomie pathologique, par M. E. Lancereaux, professeur agrégé, etc. Tome III, 1re partie. Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes. Système locomoteur. Anatomie pathologique des appareils. Appareil de l'innervation. 1 vol. in-8 avec 131 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix du tome III complet (pour les souscripteurs). 20 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5246. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

ANTISEPSIE INTESTINALE

Du charbon.

Le médecin ou l'élève qui entre pour la première fois dans le service du professeur Bouchard, à Lariboisière, n'est pas sans éprouver quelque surprise de voir le maître, chaque fois qu'il arrive au lit d'un typhoïdique, se faire invariablement apporter le vase plat qui contient les déjections, l'approcher de ses narines, le flairer consciencieusement; puis, le présenter à un assistant en l'invitant à flairer à son tour et à faire circuler à la ronde; puis enfin, chacun est prié de rendre compte de son impression olfactive. C'est ainsi que le chef s'assure si sa prescription a été exécutée; c'est ainsi qu'il fait constater à tous l'efficacité absolue des moyens qu'il emploie pour désodorer les selles fétides de la fièvre typhoïde.

Une des indications principales du traitement de cette pyrexie, pour le professeur Bouchard, est d'empêcher les fermentations putrides et la résorption de produits infectieux, s'il s'en est formé dans l'intestin. Dans ce but il réalise en médecine, autant qu'il est possible, les pansements antiseptiques de la chirurgie. Aussi a-t-il appelé cette médication l'*antisepsie intestinale*.

Quels sont les agents de cette thérapeutique ?

Le principal, celui dont il fait le plus de cas, celui dont il se plaît à faire constater l'efficacité, lorsqu'il fait passer le vase plat de main en main, parmi les assistants à sa visite hospitalière, c'est le charbon, donné d'une certaine manière. Sa pratique consiste à faire préparer une sorte de bouillie avec du charbon en poudre, additionné d'autant de glycérine qu'il en faut pour donner un mélange de consistance semi-liquide. Les malades prennent cette pâtée, sans désagrément, par cuillerées grandes ou petites, tout le long du jour. L'important est d'en prendre une dose élevée, 100 grammes et plus. Le professeur Bouchard fait remarquer à ses élèves que 100 grammes de poudre de charbon peuvent recouvrir une surface de 60 mètres carrés. On peut ainsi réaliser un pansement, une application topique, antiseptique, sur toute l'étendue de la muqueuse intestinale. En fait, le but que poursuit le médecin de Lariboisière est parfaitement atteint. On peut flairer, sans que l'odorat en soit le moins du monde offensé, les vases de ses typhoïdiques.

Mais, quel que soit l'intérêt que présente cet emploi du charbon, ce n'est là qu'une application restreinte de cet agent thérapeutique. Le professeur Bouchard a étendu son administration à toutes sortes d'intoxications intestines.

A la vérité, l'on ne saurait dire que ce soit là une révélation. Les propriétés absorbantes, antiputrides, antiseptiques, décolorantes, etc., du charbon sont connues depuis bientôt un siècle, et ce médicament n'a cessé, depuis fort longtemps, de tenir une place très large dans la thérapeutique quotidienne. Mais ces applications nouvelles auront, d'une part, agrandi son domaine; elles auront de plus permis d'interpréter scientifiquement son action thérapeutique reconnue et acceptée d'une façon tout empirique jusqu'à ce jour. Nous pouvons, dès à présent, nous poser la question de savoir comment et pourquoi le charbon agit favorablement dans les dyspepsies gastro-intestinales; pourquoi il est si connu des gastropathes.

La question doit se poser ici et se résoudre comme dans les faits énoncés ci-dessus de la pratique du professeur Bouchard. Et s'il est possible d'y faire une réponse satisfaisante, c'est, soit dit en passant, grâce aux notions récentes que ce maître éminent a contribué, pour une grande part, à introduire dans la science.

Déjà l'on savait, et un autre jeune maître bien regretté, le professeur Henninger, l'avait enseigné dans son cours à la Faculté en 1884, que, à l'état normal ou de santé, les phénomènes de décomposition subis par les résidus de la digestion sont dus à des *ferments figurés*, parasites de l'intestin. C'est par l'intervention de germes figurés dans les dernières portions de l'intestin, où l'absence de sécrétion des sucs digestifs, de *ferments solubles*, leur permet d'exercer leur action exclusive, que prennent naissance les produits de putréfaction qui se mêlent à la masse des fèces et les constituent en grande partie. Mais cette action des germes figurés, qui est physiologique et légitime en état de santé, dans les dernières portions du tube digestif, s'exerce aussi dans certaines circonstances dans les parties supérieures de l'appareil et notamment dans l'estomac des dyspeptiques. Cette notion, le professeur Henninger nous l'avait aussi enseignée et démontrée de manière à entraîner toutes les convictions. Et c'est là, sans aucun doute, un des points cardinaux de l'histoire de la dyspepsie.

Celui qui n'admettra pas l'action des ferments figurés dans la pathogénie de la dyspepsie, n'aura jamais l'intelligence de cet état morbide; tandis que, à l'aide de cette notion nouvelle, tout s'éclaire, tout s'illumine dans cette question si confuse, de l'aveu de tous les médecins.

L'origine des gaz, l'origine des acides normaux, la pathogénie même des ulcères de l'estomac que l'on démontrera, peut-être prochainement, dus à une production exagérée d'acide lactique agissant comme corrosif sur les parois de l'estomac du dyspeptique, de même qu'il agit à l'état consécentré, comme corrosif sur les muqueuses, sur les végétations, sur les néoplasmes; tout s'explique : et la dystrophie, résultat d'un mauvais chyme, et les accidents nerveux, conséquence d'une mauvaise nutrition et d'intoxications intestines, et les heures d'apparition maxima des phénomènes douloureux et de la production des gaz, coïncidant très régulièrement, chez les dyspeptiques, avec les phases d'une digestion défectueuse, d'une élaboration vicieuse des ingesta.

Comment s'étonner, s'il en est ainsi, que le même agent thérapeutique, le charbon, « qui donne le moyen d'entraver l'action des ferments figurés parasitaires, hôtes normaux des dernières parties du tube digestif, et de fixer les produits de la putréfaction intestinale, d'en empêcher ainsi l'absorption » (Bouchard), montre une efficacité pareille pour corriger les fermentations vicieuses qui, d'une manière semblable, s'opèrent dans les portions supérieures de l'appareil? Il est vrai qu'ici le milieu est différent, et que, le plus souvent, il n'y a pas absence totale de sucs digestifs. Grâce à ces conditions, les phénomènes de décomposition ne vont pas aussi loin dans l'estomac que dans l'intestin. Le suc gastrique, en effet, possède un tel pouvoir antiseptique que, même en quantité insuffisante, il corrige jusqu'à un certain point et modifie l'action des germes figurés. Mais au fond, ce sont des phénomènes du même ordre. Ainsi s'explique l'efficacité du charbon médicinal chez les dyspeptiques et les gastralgiques.

Certes, dans ces dernières années, si l'on a dépensé une activité extraordinaire à découvrir des sources d'infection,

on a procédé aussi vivement à la recherche de moyens antiseptiques. L'abondance des agents nouvellement admis a fait peut-être négliger ou dédaigner un peu le charbon. Je sais de source certaine que des médecins allemands de quelque renom, quand on leur a parlé du charbon, se sont écriés que la science avait marché et que l'on avait mieux que cela. Comme médicament de l'estomac et de l'intestin, il est permis de demander qu'on fasse la preuve. Est-il un antiseptique interne aussi efficace et qui puisse être donné impunément, comme lui, à toute dose? En tout état de choses, le charbon a son rôle, sa place et son rang. Il a subi l'épreuve de la clinique et du temps; et les travaux de laboratoire seraient encore plus probants, s'il est possible. Dans l'état de constipation, si ordinaire chez les dyspeptiques, il y a rétention, stagnation de tous les produits capables d'engendrer l'auto-infection; ceux de l'excrétion biliaire notamment sont retenus. « Mais, dans la bile, la plus grande partie de la toxicité incombe aux matières colorantes; nous avons prouvé que la bile décolorée est beaucoup moins toxique. Nous avons le moyen de décolorer la bile dans le tube digestif, en administrant le charbon à dose suffisante. » (Bouchard.)

Comment faut-il administrer le charbon aux dyspeptiques? C'est là une question de thérapeutique appliquée que n'ont pas dédaignée les maîtres eux-mêmes. Question intéressante au premier chef, puisque le charbon exige quelques précautions pour être accepté facilement. Et d'abord, que doit être le charbon médicinal? L'expérience a suffisamment démontré qu'il ne faut demander ni au noir animal ou charbon d'os, ni au noir d'ivoire, ni au charbon fossile, les services de la pharmacie. Le charbon médicinal doit être celui qui résulte de la combustion systématiquement dirigée de bois tendres. Les jeunes pousses de peuplier ont donné les meilleurs résultats, après tâtonnements nombreux. Si l'on compare entre eux les produits divers que livre la pharmacie, si l'on prend d'une part le charbon en poudre ordinaire des pharmacies et, d'autre part, celui qui porte le nom de charbon de Belloc; si dans un verre d'eau on verse une cuillerée du premier et dans un autre verre d'eau une cuillerée du second, on voit que le premier se précipite presque en masse au fond du liquide; le second au contraire se répand aussitôt dans toute la masse de l'eau, et s'y mélange uniformément et d'une manière presque instantanée. Il y a donc un artifice de préparation qui permet au charbon de Belloc de se diffuser, pour ainsi dire, aussitôt qu'il est en contact avec un liquide, tandis que le charbon commun tombe au fond. L'avantage est, sans comparaison, pour celui qui peut se répandre de lui-même, dans le milieu où il est porté, la condition première, pour la mise en jeu des propriétés du charbon, étant qu'il soit en contact avec la masse entière qu'il est appelé à purifier. Il agira aussi, s'il peut s'étaler comme un topique sur la surface de la muqueuse digestive. Si 100 grammes d'un tel charbon peuvent recouvrir une surface de 60 mètres, il n'est pas indifférent de lui substituer un charbon quelconque. C'est assurément cette supériorité qui a valu au charbon tel que le docteur Belloc avait appris à le préparer, la notoriété dont jouit ce médicament. Ce sont ces mérites que l'Académie de médecine a reconnus et qu'une Commission a consignés dans un rapport fort instructif. C'est pour cela que nos maîtres en thérapeutique, Trousseau, Bouchardat et tant d'autres, mentionnent expressément le charbon de Belloc. C'est pour ce motif que dans le langage courant et dans nos prescriptions, nous faisons involontairemement et par la force de l'usage, l'association du charbon au nom de Belloc.

Comment se prend le charbon de Belloc et à quelles doses? Le docteur Belloc, qui avait employé ce médicament pour son propre compte, étant un dyspeptique invétéré, écrit dans son mémoire qu'il en avait consommé jusqu'à 500 grammes par jour, en avalant la poudre par grandes cuillerées avec un peu d'eau.

D'ordinaire, deux à cinq grandes cuillerées par jour suffisent. Le docteur Belloc en prescrivait habituellement une cuillerée avant, une autre après chaque principal repas dans une petite quantité d'eau fraîche. Le charbon n'affecte le goût en aucune façon. Il n'a de désagréable que la couleur, si tant est que ce soit là un désagrément. Quand il a passé par la bouche celle-ci reste fraîche. La sensation de *mauvaise bouche*, si habituelle chez les dyspeptiques, disparaît; c'est aussi le meilleur moyen de corriger la mauvaise haleine de toute cause.

Comme l'usage de la poudre déplaît, malgré tout, à quelques personnes, on a été conduit à rechercher une autre forme, on l'a mis en pastilles. A cet égard, il y a lieu de faire des remarques du même genre que celles énoncées pour la poudre.

Si vous plongez une pastille de Belloc dans l'eau, elle se délite immédiatement et se disperse comme un nuage dans toute la masse liquide. Si vous la prenez entre les doigts, elle se brise aussitôt; faites de même avec une pastille ordinaire du charbon du commerce, elle va aussitôt au fond, où elle est encore presque intacte après plusieurs heures de séjour; essayez de la rompre et vous vous épuiserez en vains efforts. Il y a là encore un artifice de préparation d'une grande importance. Le docteur Belloc, et aujourd'hui ses successeurs, ont formé la pastille en agglomérant la poudre de charbon par simple pression et avec une petite quantité de sirop simple, mais à l'aide de puissantes presses hydrauliques. Ils n'ont fait en somme que reconstituer à l'état solide et par pression la poudre de charbon. Sous cette nouvelle forme, elle a conservé sa légèreté et sa divisibilité extrême, tandis que, pour les pastilles ordinaires, on se contente d'agglutiner le charbon avec un excipient gommeux, ce qui en fait de petits blocs très denses, très difficiles à désagréger.

Les malades les plus difficiles et les enfants acceptent les pastilles de Belloc. Elles fondent, pour ainsi dire, dans la bouche. Chacune d'elles représente la valeur d'une cuillerée à café de poudre. On peut en manger toute la journée.

Je n'ai cité qu'une des applications, la plus vaste, il est vrai, du charbon de Belloc, celle qui a trait à la thérapeutique des dyspepsies. Mais il en est d'autres très intéressantes à rappeler. Jules Guérin prescrivait de le mélanger au lait que l'on donne aux enfants en sevrage, pour empêcher les fermentations de ce liquide si altérable.

Le charbon de Belloc est aussi impérieusement indiqué dans les diarrhées estivales, dans les diarrhées infectieuses et parasitaires des pays chauds, dans la dysentérie, dans les cholérines et en temps de choléra.

Le charbon tarit les flux parce qu'il s'oppose aux fermentations vicieuses dont les flux sont l'expression.

Et, en sens inverse, le charbon est un moyen puissant de vaincre la constipation, parce que sa présence dans les voies digestives évite les contractions intestinales, et puis parce qu'il tend à rétablir la fonction principale de la digestion. C'est ainsi surtout qu'il favorise l'exonération intestinale. Des deux façons et dans tous les cas, le charbon sert à la purification des milieux digestifs. S'il est tombé quelquefois en discrédit, si des essais n'ont pas répondu aux espérances, il en faut sans doute accuser soit les imperfections signalées dans les préparations communes, soit l'insuffisance des doses.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5246. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Les microzymas

Il serait impossible de résumer en quelques lignes la conférence faite par M. Béchamp pour exposer devant l'Académie la doctrine étiologique et pathogénique qu'il oppose à la doctrine microbienne. Aussi bien cette première leçon de philosophie médicale sera-t-elle continuée dans la prochaine séance. Ceux qui connaissent l'ouvrage intitulé : *Les microzymas dans leurs rapports avec l'hétérogénie, l'histogénie, la physiologie et la pathologie*, ne s'étonneront pas qu'en une heure et demie, M. Béchamp n'ait pu en résumer lui-même que les 150 premières pages. Habitué par l'enseignement aux dissertations académiques, dialecticien habile, orateur enthousiaste et convaincu des doctrines dont il s'est fait l'apôtre, le savant correspondant de l'Académie ne s'est point arrêté aux premières interruptions de M. Gautier. Ce qu'il croit, il l'a affirmé de nouveau et l'a soutenu avec un talent incontestable. Malheureusement sa doctrine, quelque séduisante qu'elle puisse paraître aux partisans de la spontanéité morbide, ne s'appuie pas sur un nombre suffisant de faits admis par les savants habitués aux études microbiologiques. Aujourd'hui que la technique histologique s'est perfectionnée et que chacun peut et doit pouvoir contrôler ce qu'affirment les micrographes, il convient d'apporter à l'appui des doctrines relatives à ce genre de recherches un contingent d'observations indiscutées. Et nous doutons encore que M. Béchamp soit arrivé, mardi dernier, à convaincre ceux-là mêmes qui l'ont écouté avec le plus d'attention.

— A l'Académie des sciences nous signalerons une nouvelle communication de MM. Mairet et Combemale sur l'action de l'uréthane et un travail de M. Gréhant sur l'élimination de l'oxyde de carbone. (Voy. p. 245.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des kystes hydatiques du foie.

La laparotomie, dans le traitement des kystes du foie, est à l'ordre du jour; la Société de chirurgie lui a consacré plusieurs séances; de nombreux articles ont été publiés, et, depuis le mois de janvier 1885, époque où notre collègue Terrier a, peut-être le premier parmi nous, extirpé une tumeur hydatique du foie, les opérations de ce genre se sont multipliées : Richelot, Lucas-Championnière, Segond, Monod, Poulet, nous-même avons eu recours à ce mode d'intervention, et les succès sont assez brillants pour qu'on se demande déjà si la nouvelle méthode ne va pas se substituer aux anciennes; c'est la question que nous nous posons dans le présent article.

I

On connaît la thérapeutique usuelle des tumeurs hydatiques du foie : avec l'aiguille ou le trocart aspirateurs, on ponctionne le point le plus saillant du kyste; le liquide évacué et la canule retirée, on enveloppe de ouate le ventre, exactement comprimé par une bande de flanelle; deux ou trois jours d'immobilité suffisent, et parfois cette intervention si simple assure la guérison, prouvée jusqu'à l'évidence par les observations de Boinet, de Frerichs, de Heurtaux, de Jaccoud, de Lancereaux, de Moutard-Martin, de Gubler, pour ne citer que celles-là.

Une pareille guérison est d'ailleurs exceptionnelle, et le plus souvent de nouvelles ponctions sont nécessaires; on les répète d'habitude tant que le liquide contenu dans le kyste reste limpide; lorsqu'il se trouble et devient purulent, lorsque la poche s'échauffe, un nouveau mode d'intervention s'impose, si du moins il faut en croire la majorité des auteurs, car quelques-uns, même dans ce cas, tiennent encore pour l'aspiration, et l'on cite des faits où huit ou dix ponctions ont amené l'affaissement et la disparition totale du kyste. Dieulafoy ne nous parle-t-il pas d'un malade chez qui le trocart fut enfoncé plus de trois cents fois?

La ponction capillaire est une méthode vraiment trop simple pour être délaissée, et l'on peut établir comme règle que tout kyste hydatique sera au moins ponctionné une fois; l'issue du liquide affirmera le diagnostic; puis la collection ne se reproduit pas toujours, nous l'avons vu; si d'ailleurs la cavité se remplit de nouveau, l'intervention n'aura fait courir au malade que des risques à peine appréciables.

La méthode pourtant n'est pas à l'abri de tout danger; il n'est pas rare, à la suite de la ponction, de voir éclater des symptômes alarmants, une douleur vive dans l'hypochondre, du tympanisme, des vomissements, de la fièvre, et tous les signes d'une péritonite localisée. D'habitude cet appareil se calme bientôt et se juge souvent par un urticaire; il n'est guère de médecin qui n'ait observé cette singulière éruption pratiquée quelques heures après l'aspiration pour un kyste hydatique du foie.

Il est des cas plus graves : une véritable péritonite éclate; les observations n'en sont malheureusement pas rares, et l'on pourrait citer d'autres cas que le fait partout rapporté du docteur Moissennet, qui vit son opéré mourir dix-huit heures après la ponction. Nous nous rappelons la fille d'un vétérinaire d'Eure-et-Loir, entrée à la maison Dubois pour un kyste hépatique : nous pratiquâmes une première ponction, qui fut assez bien tolérée, malgré une éruption confluente d'urticaire. Trois mois après, la malade entre à Saint-Louis; un de nos collègues fait une aspiration nouvelle, mais malheureuse celle-là, car, nous a-t-on dit, l'opérée succombait au bout de quarante-huit heures d'une péritonite suraiguë.

Une statistique anglaise déjà ancienne, citée par Desnos et reproduite par Rendu, ne nous dit-elle pas d'ailleurs que la mortalité atteindrait 15 pour 100 dans le traitement des kystes hydatiques d'après la méthode des ponctions capillaires. Ce chiffre est considérable, et nous voudrions, pour nous l'expliquer, lire les observations, car il est probable que, dans nombre de cas, la mort est due non à la ponction ou aux ponctions, mais aux progrès de la tumeur que cette méthode n'a pu enrayer. On ne peut cependant pas laisser cette statistique dans l'ombre.

Pour résumer notre pensée, nous dirons des ponctions capillaires : lorsqu'on les pratique avec tous les soins voulus, selon les préceptes de la méthode antiseptique, lorsqu'on immobilise l'abdomen par une compression méthodique, ces ponctions sont innocentes et, dans quelques cas aussi heureux que rares, elles ont pu amener la guérison. On doit donc y avoir recours puisque, d'ailleurs, elles affirment le diagnostic et c'est par elles que débutera tout traitement des kystes hydatiques du foie.

II

Mais la récidive est de règle après l'aspiration capillaire: non seulement le liquide se reproduit, mais il se transforme et devient purulent et le véritable abcès qui se développe nécessite une thérapeutique active pour peu que la fièvre s'allume et qu'apparaissent les signes précurseurs d'une infection septique. Jusqu'à ces derniers temps, on avait recours alors aux ponctions avec le gros trocart ou à l'ouverture de la poche kystique par la méthode de Récamier.

Celle-ci consiste, on le sait, en applications successives, sur le point où la tumeur saille le plus sous les téguments, d'un caustique, la pâte de Canquoin, qui tend à détruire la peau, les muscles sous-jacents et à déterminer des adhérences entre les deux feuillets du péritoine. Grâce à ces adhérences, le kyste s'ouvre soit au bistouri, soit lorsque se détachent les eschares et le liquide s'écoule au dehors sans effusion dans la séreuse abdominale.

Nous n'insisterons pas sur cette méthode, malgré son long passé. Elle est douloureuse, lente, infidèle et la mortalité qu'elle provoque est considérable. Dans le tableau dressé par Hauxley, on voit que les décès s'élèvent à 36 pour 100, l'emportant de 10 unités sur les procédés les plus meurtriers. Nous savons que quelques médecins, ont par devers eux, des statistiques beaucoup plus favorables, mais il faudrait qu'elles fussent excellentes pour qu'on revînt à un procédé où il est toujours à craindre que la rupture spontanée du kyste ne survienne avant la formation d'adhérences assez solides.

La ponction avec le gros trocart compte de nombreux partisans. Elle a d'ailleurs des parrains de marque, Jobert de Lamballe, Boinet, Verneuil qui a perfectionné la méthode et lui a assuré une longue suprématie. Le procédé consiste à plonger, dans le point le plus convexe de la tumeur, un gros trocart, qui évacue le liquide et les débris des vésicules ; lorsque la cavité est vide, on introduit, à frottement, dans la canule, une sonde en caoutchouc rouge, qui reste dans le kyste, tandis qu'on retire la canule ; les exsudations de la poche, les hydatides, la bile et le pus ont ainsi un écoulement toujours assuré.

D'ailleurs, sur le pourtour de cette sonde, les deux feuillets du péritoine irrité adhèrent bientôt; si donc on ne trouvait pas assez large l'orifice d'écoulement, on pourrait, au bout de plusieurs jours, retirer la sonde et dilater l'ouverture avec une éponge préparée. Verneuil a proposé d'enfoncer non un, mais deux trocarts, de façon que deux sondes distantes de 2 à 3 centimètres drainent la tumeur; trois à quatre jours après cette double ponction, on pourra retirer les sondes et inciser le pont intermédiaire ; l'ouverture unique, large maintenant de 4 à 5 centimètres, permettra la détersion minutieuse, le lavage facile de la cavité kystique.

La méthode du gros trocart a fait ses preuves : nous avons vu trois succès et pas un revers pendant notre année d'internat à la clinique de la Pitié ; des statistiques importantes ont été publiées ; Rendu nous donne celle de Hauxley, qui date déjà de 1866, et où, sur 30 cas, on compte 23 guérisons. Les médecins islandais, qui ont aussi recours à la sonde à demeure, ont des résultats à peu près identiques et leur succès se chiffrent par une moyenne de 70 pour 100.

Cette opération a cependant ses dangers : bien plus que dans les ponctions capillaires, la péritonite est à craindre ; le tissu hépatique, traversé par le gros trocart, ne s'applique pas toujours étroitement sur la sonde en caoutchouc, évidemment moins large que la canule qu'elle remplace, et le liquide peut s'écouler dans la séreuse. La statistique montre en effet que la mortalité, de 15 pour 100 dans la méthode par aspiration, atteint ici 23 pour 100.

Aussi pouvons-nous dire que la ponction avec le gros trocart et la canule à demeure est un bon procédé, qu'il a donné des succès remarquables là où l'aspiration plusieurs fois répétée avait été impuissante ; mais la mortalité est trop considérable, puisqu'elle emporte à peu près un opéré sur quatre. Il n'est donc pas étonnant que les chirurgiens contemporains aient recherché si l'on ne pouvait pas mieux faire. Beaucoup ont recours maintenant à une opération qui d'ailleurs ne devait réussir que grâce au pansement antiseptique.

III

La méthode nouvelle, encore à l'étude chez nous, mais qui tend à déposséder les procédés classiques, est l'incision franche et large, au-dessus du kyste, de la paroi abdominale jusques et y compris le péritoine pariétal. A ce moment le mode d'intervention varie.

Les uns, comme Volkmann, précédé d'ailleurs par Récamier, s'arrêtent lorsqu'ils ont atteint le foie et attendent, avant d'ouvrir le foyer des hydatides, que des adhérences se

fassent entre les lèvres de la plaie abdominale et la surface de la glande; ne plongent alors le bistouri dans la poche que lorsque les deux feuillets de la séreuse, intimement unis, s'opposent à l'effusion du liquide dans le péritoine.

D'autres, plus hardis, ouvrent immédiatement le kyste; après avoir autant que possible vidé par l'aspiration la poche mise à découvert, ils en incisent la paroi dont ils suturent les deux lèvres aux lèvres de la plaie abdominale. Ils créent ainsi une cavité directement et largement ouverte à l'extérieur. Mais n'oublions pas que les kystes ont de nombreuses variétés cliniques; et le mode d'intervention que nécessite chaque cas peut sensiblement différer; aussi allons-nous montrer les diverses modifications imaginées par les chirurgiens en prenant nos exemples parmi les faits récents publiés dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie.

Certains kystes hydatiques de la face profonde du foie se développent dans la cavité abdominale, franchissent l'hypochondre et gagnent la région ombilicale, les flancs et l'hypogastre. La tumeur, plus ou moins mobile dans le ventre, simule un kyste de l'ovaire et, de fait, la méprise a été commise par des cliniciens excellents. L'erreur ne sera pas d'ailleurs préjudiciable au malade, car le mode d'intervention est le même: la paroi abdominale est incisée sur la ligne blanche, le péritoine est ouvert, on découvre le kyste que l'on ponctionne, et la poche, vidée, est attirée au dehors et réséquée dans une étendue plus ou moins grande suivant que le kyste est plus ou moins profondément inclus dans le parenchyme hépatique.

Si, en effet, il existait un véritable pédicule, si le kyste énucléé, pour ainsi dire, faisait saillie dans la cavité abdominale adhérant à la face inférieure du foie par un mince pédicule, on agirait comme dans les kystes ovariques et le pédicule, bien étreint dans une ligature simple ou double, serait rentré dans le ventre ou maintenu au dehors, entre les deux lèvres de la plaie. Mais, d'ordinaire, la poche kystique adhère largement au foie d'où elle émerge; on ne saurait l'en détacher sans créer une surface saignante d'une hémostase difficile; aussi se contente-t-on, après avoir excisé la paroi du kyste, de suturer la cupule qui reste aux lèvres de la plaie abdominale, tout comme dans les ablations incomplètes des tumeurs ovariennes.

La première observation française a trait à un cas de ce genre : une jeune fille de dix-neuf ans, chez laquelle M. Terrier avait diagnostiqué un kyste dermoïde de l'ovaire, est opérée le 6 janvier 1885; on incise la ligne blanche, on arrive sur la tumeur et l'on reconnaît alors son insertion en haut et à droite, sur le foie. La poche est ouverte; il s'en échappe une coque fibrineuse acéphalocystique. La plus grande partie des parois du kyste sont excisées et l'on suture la cupule qui reste aux lèvres de l'incision abdominale; après quelques incidents, fièvre pendant une dizaine de jours, écoulement abondant de bile, la guérison absolue est constatée le 20 mai, quatre mois et demi après l'intervention.

Au mois de juillet de la même année, Lucas-Championnière pratique une opération semblable; on croyait à une tumeur rénale, on trouva, après incision de la ligne blanche, un kyste hydatique rattaché au bord antérieur du foie par un pédicule large de deux travers de doigt environ. Il était adhérent à la paroi abdominale, à l'épiploon, à une anse intestinale qu'il fallut dégager laborieusement. La guérison a été obtenue, mais l'observation ne dit pas le temps qu'a nécessité la cicatrisation complète.

Une deuxième observation de Terrier nous montre des adhérences plus étendues encore : adhérence à toute la paroi abdominale antérieure, adhérence à la vessie, adhérence à l'épiploon, à l'appendice cæcal. La poche était cependant si vaste que l'opérateur ne put se résigner à la laisser béante et une dissection minutieuse permit d'en réséquer une partie; les bords en furent suturés à l'incision médiane; en deux mois la guérison était obtenue. Même succès dans un cas de Ch. Monod; il est vrai qu'ici les adhérences étaient moins nombreuses.

Les adhérences peuvent être si intimes, que la dissection serait trop laborieuse ou semée de trop de dangers. Alors plus de résection des parois du kyste; on l'ouvre simplement et l'on attend sa rétraction graduelle. C'est ce qu'a fait M. Richelot : Un homme de quarante-six ans est opéré, le 27 août, pour un kyste du foie dont le diagnostic avait été assuré par une ponction capillaire; une incision de 10 centimètres sur la ligne blanche permet d'arriver sur la tumeur adhérente à la paroi abdominale et d'une façon si intime et si étendue qu'on renonce à la dissection des parois; on se borne à faire au kyste une large incision qui en évacue le contenu. Deux mois après cette intervention, l'opéré quittait l'hôpital; il portait encore une étroite fistule.

IV

Nous entrons maintenant dans l'examen d'un autre ordre de faits, le kyste bombe sur la face convexe du foie; il s'est développé en plein parenchyme. Deux cas se présentent alors; ou la tumeur reste enveloppée de toute part, recouverte partout de tissu glandulaire, ou bien elle se dégage en partie, s'énucléé et une portion du kyste saille au-dessous de la paroi abdominale.

Dans les deux cas il est mieux d'inciser, non sur la ligne blanche, mais au point le plus saillant de la tumeur; la section, parallèle au rebord des fausses côtes, dont elle reste distante de trois à quatre travers de doigt, mesure de 10 à 25 centimètres selon le volume du kyste et l'embonpoint du malade; la peau, les muscles, le péritoine pariétal sont coupés et l'on arrive sur la tumeur. Lorsqu'elle est adhérente, on l'ouvre simplement, on évacue le liquide et l'on attend la rétraction de la poche.

Elle n'adhère pas : on voit si la tumeur est en partie dégagée du tissu hépatique; dans ce cas on excise toute la partie de la poche qui n'est pas comprise dans le parenchyme ou qui du moins en est recouverte d'une si faible épaisseur que sa résection est sans danger. M. Segond a opéré un cas de ce genre dont l'observation n'est pas encore publiée. Nous savons cependant qu'il s'agissait d'un tout jeune homme : en juillet 1885, notre collègue fit une incision parallèle aux fausses côtes, mit à nu le kyste qu'il réséqua en partie et sutura le reste aux deux lèvres de la paroi abdominale. La guérison, entravée par un érysipèle tardif, est complète à cette heure. Le fait de M. Paulet a beaucoup d'analogie; même incision abdominale, même excision partielle de la poche et même succès.

Parfois le kyste, malgré un énorme développement, est encore inclus dans la glande qu'il faut traverser pour aborder la tumeur; on ne saurait alors songer à la résection d'une partie de la poche puisqu'elle est doublée par le foie lui-même. Aussi l'opération rappelle exactement l'ouverture d'un abcès de l'organe. La cavité est incisée au point le plus saillant, le plus tendu, là où le tissu glandulaire présente la moindre

épaisseur et, le liquide évacué, les bords de l'incision hépatique sont suturés aux lèvres de l'incision abdominale.

Nous avons pratiqué une opération de ce genre le 24 décembre 1885. Un malade de la clientèle de notre maître, M. Féréol, portait un énorme kyste du foie qui remplissait une partie de l'abdomen; l'état général était des plus mauvais; la dyspnée était intense; il y avait de la fièvre, des sueurs abondantes, du gonflement des jambes, de la bouffissure de la face; une ponction aspiratrice donne issue à un demi-litre de pus, puis le jet s'arrête brusquement. La tumeur, après cette évacuation partielle, ne parut nullement diminuée. Une intervention plus radicale est décidée; la gravité des accidents nous fait adopter l'incision plus expéditive et plus radicale que la ponction avec le gros trocart.

Nous pratiquons, avec l'aide de nos collègues Féréol et Segond, une incision de 20 centimètres à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes et parallèle à leur rebord. Cette incision passe sur le point le plus saillant de la tumeur; le foie est mis à découvert, et l'on voit l'endroit où le trocart a pénétré trois jours auparavant; une nouvelle ponction y est faite; l'aiguille traverse une épaisseur de 2 centimètres de tissu environ, et un demi-litre de liquide s'écoule, puis, comme la première fois, le jet se suspend.

Nous agrandissons l'incision en haut, mais le tissu du foie y paraît souple, et une ponction ne provoque que l'irruption d'un jet de sang facilement arrêté par une éponge. Nous incisons en bas, et nous trouvons le foie plus tendu, rénitent. Le trocart ne traverse guère qu'une épaisseur de 1 centimètre et pénètre dans une vaste cavité d'où s'écoulent 2 litres de pus; de nouveau le jet s'arrête, et la tumeur est encore presque aussi volumineuse. Alors, après avoir difficilement saisi avec une pince le tissu friable du foie et protégé les parties environnantes avec des éponges, nous ouvrons largement le kyste là où avait été enfoncé le trocart.

Une irruption se fait d'un pus à odeur infecte, absolument celle d'un chenil mal tenu : cinq cuvettes en sont remplies, et le contenu total du kyste est évalué à 9 litres. Des aides pressent sur les hypochondres pour empêcher le liquide de pénétrer dans le péritoine. Lorsque le pus strié de bile est évacué, nous agrandissons l'incision du foie, et nous ne nous arrêtons qu'au point le plus déclive, après avoir incisé l'organe dans une étendue de 10 centimètres, et lorsque déjà l'épaisseur de la paroi glandulaire mesure 3 centimètres. Nous suturons les lèvres correspondantes de l'incision abdominale et de l'incision hépatique.

Nous avons alors un orifice cutané de 12 centimètres environ, et qui donne accès dans une vaste cavité, où la main et une partie de l'avant-bras pénètrent sans en atteindre le fond. Cinq tubes en flûte de Pan et solidarisés par un fil d'argent sont enfoncés dans la poche après un lavage avec la liqueur de Van Swieten qui entraîne avec elle de nombreux débris d'hydatides. Nous recouvrons la plaie de poudre d'iodoforme et d'ouate hydrophile maintenue par une bande de flanelle.

Nous n'insisterons pas sur les suites de l'opération; la température s'abaisse dès le lendemain; les forces reviennent, l'appétit renaît, mais déjà une énorme quantité de bile s'écoule et nécessite de fréquents pansements ; le malade est inondé de liquide et une légère congestion pulmonaire se déclare, puis disparaît. Pendant quinze jours environ des vésicules s'échappent de la plaie détergée par l'issue de la bile : il n'y a ni pus ni mauvaise odeur; la cavité se comble peu à peu, les drains sont refoulés et, après deux mois de séjour aux frères Saint-Jean de Dieu, notre opéré regagne Vincennes. Maintenant, quatre-vingt-seize jours après l'opération, il reste une fistulette qui contient difficilement un tube long de 4 centimètres.

Telles sont les observations publiées, cette année, dans nos *Bulletins de la Société de chirurgie*. Elles sont au nombre de huit et on compte huit succès. Ces premiers résultats sont d'autant plus intéressants que Poulet les confirme par des statistiques autrement importantes; elles nous montrent que dans 51 cas il y aurait eu seulement 8 morts, soit un peu moins de 6 pour 100. Aucune autre méthode ne donne une léthalité aussi faible.

Aussi — et telle sera notre conclusion actuelle — lorsqu'on soupçonne l'existence d'un kyste hydatique du foie, il faut pratiquer la ponction aspiratrice. Cette ponction est en effet sans danger; elle assure le diagnostic et l'on dit qu'elle a suffi plusieurs fois pour amener la guérison. Mais, dès que le liquide s'est reproduit, on aura recours à la laparotomie : une incision large sur la ligne blanche ou, suivant le cas, parallèle au rebord des fausses côtes, donnera, sur la tumeur, des renseignements précis; au chirurgien de régler sa conduite ultérieure d'après la variété du kyste et ses conditions anatomiques.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

Nouvelles recherches sur l'influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 26 mars 1886, par M. le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral et M. A. Flamant, licencié ès sciences physiques.

Dans la séance du 11 décembre dernier nous entretenions la Société de l'influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition. Plusieurs de nos collègues ne parurent pas convaincus par nos expériences; aussi nous sommes-nous décidés à les multiplier, seul moyen de résoudre la question, car elle ne le sera jamais ni par les médecins qui affirment d'après de vagues souvenirs cliniques, ni par ceux qui affirment en s'appuyant sur une série de théories.

Nous avions établi que les expériences devaient être faites sur l'homme et sur l'homme sain. On nous objecta que nous donnions précisément l'observation d'une malade hystérique. Nous sommes convaincus que la nutrition n'est pas modifiée en pareille circonstance, mais il suffisait qu'on nous fît cette critique pour que notre devoir fût d'en tenir compte.

Le sujet de l'observation suivante est l'un des deux auteurs de ce travail (M. Flamant). Le régime suivi fut singulièrement pénible, car il fallut le continuer pendant trente-huit jours et recueillir absolument toute l'urine pendant cette période.

Le régime institué fut le suivant: 200 grammes de viande crue, 250 grammes de pain et 1250 grammes d'eau.

Nous avons donné la viande crue, débarrassée de graisse, pour être absolument certain de l'identité du régime; la viande crue n'a pas en effet les propriétés de la viande cuite, et suivant le degré de cuisson il y aurait eu des variations. On ne peut donc, dans des expériences comme les nôtres, qu'employer la viande tout à fait cuite comme le bouilli ou la viande tout à fait crue. M. Flamant préféra employer la viande crue.

Les 250 grammes de pain étaient du pain frais ayant subi un degré identique de cuisson. Ici encore il y aurait des variations assez considérables dans le régime si le pain n'était pas toujours du pain tendre et du pain ayant subi le même degré de cuisson, parce que la proportion d'eau qu'il contient et la transformation subie par la farine sous l'influence de la chaleur seraient alors variables.

Ce régime amena un amaigrissement rapide et considérable, puisque en vingt-sept jours M. Flamant perdit 19 livres environ, et le régime commencé le 1er février dut être modifié le 27, car, la perte de poids continuant, il eût fallu poursuivre longtemps encore une alimentation singulièrement pénible; M. Flamant prit 300 grammes de viande crue au lieu de 200 grammes. Au bout de quelques jours le poids cessa de varier, et pendant sept jours, c'est-à-dire du 3 au 10 mars, la ration d'eau fut portée de 1250 à 3250 grammes; or le poids de M. Flamant resta invariable, malgré le changement dans le régime des boissons.

Voici d'ailleurs (tableau A) les chiffres exacts de cette observation :

TABLEAU A

DATES	POIDS DU SUJET	URINES			RÉGIME	
		QUANTITÉS	DENSITÉS	URÉE	SOLIDES	LIQUIDES
1er février	95.500	»	»	»	200 grammes viande crue, 250 grammes de pain.	1250
2 —	94.900	»	»	»		»
3 —	93.700	880	1028	20.85		»
4 —	93.300	800	1030	22.54		»
5 —	92.400	690	1034	23.59		»
6 —	92.300	775	1032	25.30		»
7 —	92	765	1032	24.98		»
8 —	92	820	1030	24.68		»
9 —	91.600	875	1027	22.97		»
10 —	91.300	735	1032	21.03		»
11 —	91.300	705	1029	21.67		»
12 —	90.700	820	1030	22.23		»
13 —	90.200	920	1022	23.97		»
14 —	90.200	1230	1016	23.63		»
15 —	89.600	710	1026	20.91		»
16 —	89	720	1033	20.29		»
17 —	89	735	1031	21.48		»
18 —	88.900	700	1033	20.03		»
19 —	88.700	705	1029	20.93		»
20 —	88	760	1030	22.56		»
21 —	87.900	960	1023	20.82		»
22 —	87.700	670	1031	20.31		»
23 —	87.300	1240	1018	21.44		»
24 —	86.900	740	1031	19.43		»
25 —	87	790	1029	20.28		»
26 —	86.700	920	1026	23.15		»
27 —	86.100	965	1023	20.55		»
28 —	86.500	1100	1020	19.88	300 gr. de viande crue, 300 gr. de pain.	»
1er mars	85.900	775	1024	20.19		»
2 —	86	1145	1020	23.46		»
3 —	85.900	1035	1022	24.52		3250
4 —	86.100	2775	1009	25.86		»
5 —	86.200	2805	1008	25 54		»
6 —	86.300	2870	1006	23.52		»
7 —	86.100	2520	1010	23.10		»
8 —	85.900	2610	1009	22.70		»
9 —	86	2755	1009	23.05		»
10 —	86	2660	1008	22.65		»

On ne saurait trop multiplier les preuves et nous avons fait une expérience analogue sur une jeune femme de vingt-sept ans, qui a bien voulu s'y prêter. C'était une malade qui pouvait être considérée comme un sujet bien portant, car elle était à peine chloro-anémique. Du 2 février au 23 février elle prit tous les jours 150 grammes de pain, 150 grammes de viande crue et 1^{kg},500 d'eau (Pendant deux jours, les 14 et 15 février, au moment des règles, le sujet eut très soif et dut prendre 2^{kg},500 d'eau). Le 23 février, le poids ne variait plus et l'on élevait la ration d'eau de 1^{kg},500 à 2^{kg},500, et cela jusqu'au 3 mars, le régime alimentaire étant continué. Le poids, qui était de 49^{kg},100 le 22 février, était le 3 mars de 49^{kg},200: il n'avait donc pas changé malgré la variation de la quantité d'eau ingérée.

Voici (tableau B) le détail de l'observation :

Nous avons encore soumis à la même expérience un troisième sujet (voy. tableau C).

Ce tableau donne des résultats identiques aux précédents, l'augmentation d'eau ingérée n'a pas fait varier le poids de notre sujet. On remarquera cependant que le premier jour l'augmentation de poids fut de 1 kilogramme, cela tient à ce que notre homme n'avait pas encore éliminé toute l'eau ingérée au moment de la pesée. Il suffit les jours suivants de recommander de finir le soir toute la ration d'eau et le matin de n'en pas ingérer avant le moment de la pesée pour éviter cette cause d'erreur.

Nous nous croyons, d'après ces faits, autorisés à conclure et à affirmer de nouveau que l'eau ne fait ni engraisser, ni maigrir. Nous espérons qu'ils pourront convaincre nos collègues dont nous rappellerons les principales critiques.

M. Beaumetz cite des expériences *in vitro* montrant que l'eau facilite la digestion. Nous croyons qu'il a raison, une certaine quantité d'eau est nécessaire à la digestion; si vous ne la donnez pas, vous pouvez la troubler, ce qui n'est plus physiologique, mais pathologique; une fois que vous donnez une quantité d'eau suffisante pour la digestion, vous pouvez l'augmenter sans amener aucun accroissement dans le poids du sujet.

M. Guyot nous a dit avoir fait maigrir un malade en réduisant la proportion des liquides ingérés, mais s'agissait-il

TABLEAU B

DATES	POIDS DU SUJET	URINES			RÉGIME	
		QUANTITÉS	DENSITÉS	URÉE	SOLIDES	LIQUIDES
2 février	53.100	»	»	»	150 grammes de viande crue, 150 grammes de pain.	1500
3 —	53	»	»	»		»
4 —	52	1400	1015	14.34		»
5 —	52	1355	1014	12.15		»
6 —	51.600	1430	1015	13.84		»
7 —	51.200	1560	1013	15.97		»
8 —	50.700	1190	1015	14.48		»
9 —	50.200	1280	1014	16.39		»
10 —	50.200	1250	1016	13.61		»
11 —	50.100	970	1019	12.61		»
12 —	50.200	1135	1015	14.53		»
13 —	50.400	1120	1015	13.73		»
14 —	50.200	1200	1013	13.06		2500
15 —	49.600	1905	1008	13.42		»
16 —	49.500	2110	1008	12.35		1500
17 —	49.400	1155	1015	12.57		»
18 —	49.500	1080	1016	14.40		»
19 —	49.100	1425	1014	12.97		»
20 —	49.300	1025	1016	12.60		»
21 —	49.300	1710	1012	12.19		»
22 —	49.100	1605	1012	12.05		»
23 —	49.400	1075	1016	13.77		2500
24 —	49.600	1760	1009	12.20		»
25 —	49.200	2550	1007	11.43		»
26 —	»	1700	1009	10.07		»
27 —	49.100	2125	1008	10.97		»
28 —	49.200	2005	1009	11.64		»
1er mars	49.100	2370	1009	12.89		»
2 —	»	1940	1008	12.32		»
3 —	49.200	2400	1007	13.85		»

TABLEAU C

DATES	POIDS DU SUJET	URINES			RÉGIME	
		QUANTITÉS	DENSITÉS	URÉE	SOLIDES	LIQUIDES
26 janvier	92.800	»	»	»	300 grammes de viande crue, 400 grammes de pain.	1750
27 —	92	1500	1016	19.29		»
28 —	91.900	1440	1017	21.21		»
29 —	91.400	1220	1018	18.75		»
30 —	90.900	1020	1020	15.67		»
31 —	91.100	1450	1020	20.43		»
1er février	91	»	»	»		»
2 —	90.800	»	»	»		»
3 —	90.500	1380	1018	22.98		»
4 —	90.200	1420	1818	24.55		»
5 —	89.900	1320	1019	22.15		»
6 —	90.200	1160	1020	23.03		»
7 —	89.900	»	»	»		»
8 —	89.700	1290	1018	23.13		»
9 —	89.300	1480	1017	25.59		»
10 —	89.300	»	»	»		»
11 —	88.900	1400	1018	22.76		»
12 —	88.900	1270	1018	20.33		»
13 —	88.600	1620	1017	21.78		»
14 —	88.700	1430	1016	21.81		»
15 —	88.400	1260	1018	20.98		»
16 —	88.300	1510	1016	22.84		»
17 —	88.300	»	»	»		»
18 —	88.600	1400	»	22.24		»
19 —	88.600	»	»	»		»
20 —	88.500	1520	1015	20.60		3750
21 —	89.500	2200	1011	22.01		»
22 —	88.900	3150	1007	22.69		»
23 —	88.700	3500	1007	23.53		»
24 —	88.500	2870	1006	20.21		»
25 —	88.400	3000	1006	21.13		»
26 —	88.400	2950	1005	18.42		»
27 —	88.300	3050	1009	21.65		»
28 —	88.700	2600	1011	20.81		»
1er mars	88.500	2920	1007	20.41		»
2 —	88.800	3270 (1)	1007	21.47		»
3 —	88.600	2710	1007	17.35		»

(1) Par suite d'un accident survenu le dernier jour, l'urine n'a pu être entièrement recueillie.

d'eau ou bien de liquides nutritifs tels que le vin ou la bière, et M. Guyot est-il bien sûr que le malade ait suivi un régime identique? N'a-t-il pas dans son désir de maigrir et d'une façon instinctive rationné ses aliments? En tout cas, si l'objection de M. Guyot est intéressante, elle ne s'appuie pas sur un fait observé dans des circonstances telles qu'on puisse le mettre en balance avec ceux que nous apportons.

M. Hayem nous a objecté qu'il s'agissait d'une malade hystérique; avec nos nouvelles observations, cette critique ne saurait plus nous être adressée.

Nous n'avons pas observé, contrairement à M. Labbé, que les boissons prises dans les repas ou dans les intervalles eussent une grande importance. Les observations de M. Labbé ne sont d'ailleurs que des souvenirs cliniques. Il nous dit que les voyageurs de commerce, qui boivent dans l'intervalle des repas de la bière, des grogs, de l'eau et du cassis, ont les digestions troublées. Nous croyons que les malades de M. Labbé sont de vulgaires alcooliques ayant de la dyspepsie alcoolique.

Nous devons réfuter tout particulièrement les objections de M. Robin, parce qu'il les a faites à deux reprises, le jour même de la lecture de notre mémoire et ensuite dans un travail personnel qu'il a lu dans la séance du 22 janvier 1886.

Il a d'abord rappelé les expériences de Genth qui avaient résolu la question, dans des conditions de certitude qui ne laissent rien à désirer, dit M. Robin. Genth s'est peu occupé des variations de poids, il a surtout étudié les variations d'urée et des autres matériaux de l'urine. Nous verrons tout à l'heure que, contrairement à l'avis de M. Robin, les chiffres de Genth sont très contestables.

Parmi les théories invoquées par M. Robin, il nous est particulièrement difficile de comprendre celle du coefficient d'oxydation, de l'obésité par excès et de l'obésité par défaut.

Nous savons tous que la même quantité de substance alimentaire ne suffit pas à divers individus. Les individus obèses qui mangent beaucoup sont dits obèses par excès d'assimilation, selon M. Robin, et ceux qui mangent peu, obèses par défaut de désassimilation. Il nous semble plus naturel d'admettre que les uns et les autres mangent trop pour leurs besoins, mais la quantité de nourriture qui leur est nécessaire est considérable chez les uns, moindre chez les autres. Il se produit, dans la machine animale, ce qui se produit dans les machines industrielles : à travail égal elles ne consomment pas toujours la même quantité de combustible.

Mais peu importent les théories, celles de M. Robin nous paraissent contestables et l'on comprend très bien sans elles les observations de M. Robin.

La première est celle d'une femme dite obèse par défaut et à qui on donne des boissons abondantes (1500 gr.), 300 à 400 grammes de viande, 50 à 100 grammes de légumes verts, 100 à 150 grammes de pain.

D'abord ces boissons dites abondantes ne sont pas très abondantes, car on ne peut réellement appliquer cette épithète à 1500 grammes de liquide. Sous l'influence de ce régime, la malade maigrit en moyenne de 3 livres par mois. Bien des gens maigriraient davantage avec le régime alimentaire prescrit, qui était réellement insuffisant; c'est là, nous croyons, la vraie cause de l'amaigrissement. Pour que la démonstration fût faite, il eût fallu soumettre un certain temps la malade au régime indiqué, puis augmenter la ration du liquide, lorsque le poids serait devenu fixe; on aurait vu, si sous cette influence il aurait varié. Cette remarque s'applique d'ailleurs aux autres observations de M. Robin.

Le second fait publié par notre collègue est encore un fait de soi-disant obésité par défaut, on prescrit des boissons abondantes (1700 grammes environ). Ici l'amaigrissement est plus rapide, 11 livres en un mois, mais le régime consiste en 300 grammes de viande environ, 100 grammes de pain, 70 grammes de légumes verts. Ce régime est insuffisant pour l'immense majorité des sujets, et l'amaigrissement de la malade ne nous étonne nullement.

En réalité, dans les deux faits précédents, qui croira que les deux malades aient maigri par le fait des boissons abondantes, alors qu'elles consistent, pour l'une en 1500 grammes de liquide, pour l'autre en 1700 grammes pris en vingt-quatre heures?

La troisième observation de M. Robin a trait à une femme qu'il caractérise obèse par excès. Il la fait maigrir ou croit la faire maigrir par le rationnement des boissons, elle perd 14 livres en deux mois, mais elle prend 96 grammes de pain, 276 grammes de viande et 50 grammes de légumes verts. On peut appliquer un pareil régime à n'importe quel sujet : il est extrêmement vraisemblable qu'il maigrira, quelle que soit la quantité de liquide ingéré.

En un mot, dans les observations de M. Robin, si le poids a varié, ce n'est pas parce qu'il a donné plus ou moins d'eau, mais parce que ses malades ont été soumis à une ration insuffisante.

Nos expériences montrent encore que sous l'influence d'une plus grande quantité d'eau le chiffre d'urée ne varie pas, ce qui était absolument vraisemblable, étant donnée la non-variation du poids; car si l'eau amenait l'excrétion d'une plus grande quantité d'urée, elle ferait maigrir (le régime alimentaire étant identique), ou bien elle ferait engraisser si elle diminuait la quantité d'urée produite, ce qui indiquerait une diminution dans la combustion des matières albuminoïdes.

M. Robin nous objecte les expériences de Genth, qui trouve que l'urée augmente sous l'influence de l'eau. Or les chiffres d'urée des expériences de Genth sont très variables. Dans une même série d'expériences, avec un régime identique, il trouve tantôt 41 grammes, tantôt 51 grammes d'urée ; dans une autre série d'expériences, il trouve des variations quotidiennes de 45 à 54 grammes d'urée. Les expériences de Genth renferment des causes d'erreur qui nous échappent, mais qui sont certaines, car nous affirmons que l'on n'observe pas d'un jour à l'autre, dans des conditions identiques, avec un régime identique, des variations de la quantité d'urée pouvant aller jusqu'au quart de son poids.

En résumé, Messieurs, nous affirmons que l'eau ne fait ni engraisser ni maigrir, qu'elle ne fait pas varier le chiffre de l'urée, et nous sommes prêts à répéter nos expériences et à les varier si elles ne suffisaient pas à entraîner votre conviction.

Ophthalmologie.

De l'opération de la cataracte, par le docteur Louis Vacher, médecin-major à Orléans.

Le but que je me propose dans cette courte étude n'est pas de discuter la méthode opératoire, ni d'indiquer les circonstances dans lesquelles tel ou tel procédé doit être employé. Cette question date de plus d'un demi-siècle, nombre d'auteurs l'ont traitée d'une manière remarquable, et peut-être n'est-elle pas loin d'être résolue. Je veux simplement exposer la méthode que j'emploie, décrire les instruments nouveaux qui m'ont permis de modifier, heureusement je crois, le procédé d'extraction le plus répandu aujourd'hui, celui de l'immortel Daviel, et parler des mille précautions dont il est nécessaire de s'entourer avant, pendant, et après cette délicate opération, si l'on veut réduire presque à néant le nombre des insuccès.

L'opération de la cataracte est une de celles qui rendent le plus de services à l'humanité. D'abord le privilège de quelques rares praticiens, l'extraction du cristallin est devenue, peu à peu, familière à un grand nombre de chirur-

giens, et, à l'heure actuelle, il en est peu qui ne cherchent à répandre autour d'eux ce bienfait qu'il fallait aller chercher autrefois dans les grands centres.

Est-ce à dire pour cela que la chirurgie oculaire et l'ophthalmologie soient du domaine public et que rien ne soit plus facile que de s'intituler oculiste? Certainement non, car l'oculistique fait chaque jour des progrès remarquables. L'œil est un appareil si délicat, la connaissance de ses milieux est si longue et si difficile, qu'elle offre à nos investigations un champ vaste et fertile où il restera longtemps encore à glaner, quelque nombreux que soient les travailleurs, quelque remarquables et bienfaisantes que soient leurs découvertes.

Toute cataracte n'est pas bonne à opérer, surtout pour un chirurgien de province, qui, par cela même qu'il a à lutter contre les réputations des oculistes des grandes villes et qu'il est appelé à pratiquer bien moins souvent cette opération, doit s'entourer des précautions les plus grandes pour éviter un insuccès, sous peine de voir mettre en doute son savoir ou son habileté.

Il faut s'enquérir de l'âge, de la profession, des antécédents, des dernières maladies, sans oublier de songer à l'hérédité qui joue un grand rôle. On fera faire l'analyse des urines, pour rechercher la présence ou la quantité de l'albumine, du sucre ou des phosphates. Il faut ensuite examiner l'œil avec la plus scrupuleuse attention, reconnaître la nature de la cataracte, s'assurer de l'existence des phosphènes, d'une bonne perception lumineuse, de la tonicité du globe, de l'état de l'iris, et par-dessus tout de l'absence de sécrétion purulente dans les culs-de-sac conjonctivaux ou le sac lacrymal.

Une précaution que je ne saurais trop recommander consiste à défendre à la personne qui doit être opérée de se laver les yeux et la figure pendant vingt-quatre heures, ou de couvrir pendant ce laps de temps son œil avec un pansement d'ouate hygroscopique. Si le lendemain l'ouate est imprégnée de matière purulente, si les angles de l'œil sont recouverts de muco-pus desséché, si en comprimant les points lacrymaux on fait sourdre un liquide louche, il faut différer *absolument* l'opération et faire suivre un traitement local sérieux jusqu'à guérison complète. Sans cette précaution on s'expose à de graves accidents, à de cruels mécomptes que les pansements antiseptiques les mieux faits, les plus souvent répétés conjurent très rarement.

L'opération étant décidée, nous avons à examiner le choix du lieu où il est préférable d'opérer, l'heure la plus propice, la toilette de l'opérateur, des instruments, de l'œil du malade; puis l'opération elle-même dans tous ses détails, et le pansement qui la termine.

Je n'insiste pas sur l'*heure*, qui varie suivant les exigences du malade ou de la profession. Elle importe peu, pourvu qu'elle permette d'aller voir le malade six heures environ après, pour vérifier son état et renouveler le pansement au besoin.

Règle générale, *il faut opérer chez soi* et non chez le malade, dans une salle spéciale, bien aérée, d'une propreté irréprochable, qu'on aura balayée et époussetée plutôt la veille que le matin, afin qu'il y ait le moins de poussières possibles dans l'atmosphère. Cette salle devra être d'une douce température. Le malade est étendu sur un lit ou un fauteuil spécial, la tête convenablement placée et assujettie. On s'assurera que rien ne gêne la poitrine et l'abdomen, que le jour est bon, qu'il tombe obliquement sur l'œil, de manière à ne pas gêner l'opérateur.

Il y a de grands inconvénients à se transporter chez le malade. L'installation pourra y être défectueuse, même chez les personnes les plus aisées; le jour, le lit, les accessoires seront insuffisants. On pourra manquer d'instruments indispensables ou d'objets de pansement au moment où on s'y attendra le moins. Il n'y a, au contraire, aucun inconvénient à opérer loin du domicile du patient, qui pourra, sans crainte pour le succès, monter en voiture et regagner lentement sa demeure, si le pansement a été bien assujetti et si on prend les précautions nécessaires pour éviter un choc ou une secousse violente.

La toilette de l'opérateur a une grande importance. Il doit éviter de porter des vêtements lui ayant servi récemment à voir des malades atteints d'affections virulentes ou contagieuses. Il devra se laver avec du liquide antiseptique la barbe, le visage et les mains, qui, maintenus au-dessus de l'œil pendant l'opération, pourraient y laisser tomber des poussières septiques.

Ces précautions paraîtront peut-être exagérées, mais il n'en est rien; si, du reste, une fois sur cent elles trouvent leur utilité, elles doivent être regardées comme toujours nécessaires.

Les *instruments* doivent être l'objet d'un soin minutieux, surtout ceux qui pénètrent dans la chambre antérieure. Je ne suis pas partisan du flambage, qui demande beaucoup de délicatesse pour être bien fait, et qui, trop prolongé, a l'inconvénient de détremper les instruments. Il suffit de les plonger, pendant quelques minutes, dans de l'alcool à 90 ou 96 degrés, et de les laisser ensuite dans un récipient contenant du liquide antiseptique (1) tout le temps de l'opération, pendant qu'ils ne sont pas utiles. Un récipient en porcelaine pour demi-plaque de photographe remplit très bien cette indication.

Les instruments nécessaires sont peu nombreux, chaque opérateur a ses préférences. J'ai présenté à la Société française d'ophthalmologie une pince à fixation sans taquet ni verrou, basée sur le principe de la pince de Vidal (de Cassis), qui permet de fixer l'œil et de le lâcher d'une seule main, par une simple pression sur ses branches. Cette pince en agissant en un seul temps a l'avantage, en cas d'indocilité du malade, d'éviter toute déchirure de la conjonctive par la rapidité avec laquelle elle permet d'abandonner le globe oculaire. Il faut s'habituer à son usage, et se souvenir qu'elle maintient l'œil sans effort de la main, et qu'une simple pression lui fait lâcher prise. M. Mathieu, qui s'est prêté avec beaucoup de complaisance à tous mes essais, en construit de dureté variable, suivant le désir de chaque opérateur. L'accueil qui a été fait à cette pince m'a prouvé qu'elle rendait réellement des services. L'emploi de la cocaïne a rendu la fixation de l'œil beaucoup plus simple, puisqu'elle est indolore; il est cependant très souvent nécessaire d'abandonner l'œil rapidement, en cas de contraction trop violente ou de mouvement brusque du malade.

(*A suivre*)

CORRESPONDANCE

Sur la maladie kystique des mamelles.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

J'ai lu avec un grand intérêt, dans la *Gazette hebdomadaire* du 19 mars dernier, l'article de M. A. Broca sur la *maladie kystique des mamelles*. On y trouve un résumé très complet de cette affection nouvelle, si bien mise au jour par le docteur Paul Reclus. Je m'empresse de vous envoyer une observation inédite qui porte avec elle certains enseignements, et vient grossir le nombre encore peu considérable des faits de ce genre.

Il s'agit d'une malade que j'ai opérée, le 15 février dernier, d'un reliquat de mamelle gauche devenu kystique, alors que cette femme avait, dans l'espace de douze ans, subi deux amputations partielles du même sein pour des tumeurs kys-

(1) Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1885, p. 583.

tiques. Voici, du reste, cette observation, telle qu'elle a été recueillie par M. Albertin, interne des hôpitaux :

Obs. — Pauline P..., tisseuse, âgée de cinquante-huit ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, le 13 février dernier. Cette femme, qui ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel, a été réglée à l'âge de quinze ans, mariée à vingt-cinq; elle a eu quatre enfants bien portants qu'elle a nourris. Il y a douze ans, c'est-à-dire à l'âge de quarante-six ans, époque de la ménopause, la malade constata la présence d'une tumeur à la partie supérieure du sein gauche. Un an après, elle entrait à l'Hôtel-Dieu; la tumeur était bosselée, grosse, dit-elle, comme une noix, avec des tumeurs périphériques plus petites, et elle fut, à cette époque, opérée par M. Guyot, qui fit une amputation partielle du sein et enleva des ganglions axillaires. La malade se rappelle que la tumeur contenait un liquide noir, on le lui a montré. Deux ans après, elle entrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu pour ce qu'elle appelle une récidive dans le reste du sein gauche; elle fut alors opérée par M. Letiévant, qui, probablement convaincu de l'allure bénigne de la maladie, n'enleva que la tumeur, et laissa ainsi une portion assez considérable de la mamelle. Après cette dernière intervention, Pauline P... serait restée guérie pendant quatre ans; la nouvelle récidive remonterait à trois ans.

Aujourd'hui le sein gauche est représenté par une tumeur du volume d'une petite mandarine, dont la coloration, en quelques points, me permet d'autres signes aidant, de faire immédiatement le diagnostic de maladie kystique.

La peau, en effet, distendue, amincie, présente en certaines régions une teinte bleuâtre, ardoisée; on dirait, suivant la comparaison consacrée, des grains de raisin noir de volume variable, plus ou moins profondément inclus dans la peau, dans les tissus sous-cutanés. Le kyste principal, du volume d'une petite noix, très distendu, sans aucune fluctuation, est entouré de masses tout aussi résistantes; à distance, complètement indépendants de la tumeur principale, on sent avec la pulpe du doigt deux petits noyaux très durs donnant la sensation de grains de plomb.

Le mamelon qui a été conservé dans les opérations antérieures n'a jamais été le siège d'aucun écoulement. Au-dessus de la tumeur, cicatrices opératoires. Jusqu'à ces dernières semaines, les douleurs étaient nsignifiantes, mais depuis quelques jours elles sont devenues lancinantes. Pas de ganglions dans l'aisselle. Etat général excellent. La malade ne se plaint en aucune façon du sein droit; l'examen le plus attentif n'y révèle rien de particulier.

Le 15 février, la malade est opérée après éthérisation. La peau adhérente, examinée, est enlevée dans la plus grande partie de la tumeur; l'ablation comprend les grains de plomb situés à distance. La tumeur est uniquement constituée par des kystes de volumes divers, séparés les uns des autres par des cloisons plus ou moins épaisses, sans tissu intermédiaire; il s'agit d'une agglomération de kystes d'un contenu, pour la plupart, de coloration noirâtre, et comparables à des graines de raisin collées ensemble. Quant aux petites tumeurs excentriques, elles étaient kystiques et devaient appartenir à quelques culs-de-sac glandulaires oubliés dans les précédentes opérations. Le 1er mars, la malade, complètement guérie, quitte l'Hôtel-Dieu.

Cette observation me paraît être un bel exemple de la « maladie de Reclus », elle doit prendre place à côté d'autres faits de ce genre, mais certainement moins instructifs au point de vue de la thérapeutique d'une telle affection. La maladie kystique du sein, quoique semblant très limitée, réclame, en effet, d'emblée l'ablation totale de la mamelle atteinte, d'après ce que nous savons sur la marche de cette maladie nouvelle.

D'après l'observation si concluante que je vous adresse, on ne saurait mettre en doute, je ne dis pas la récidive de la tumeur, mais bien sa continuité. Du reste, d'après ce qu'il m'a été donné de voir dans les divers cas où je suis intervenu, l'affection n'est limitée qu'en apparence, car le bistouri croyant inciser le tissu glandulaire sain rencontre de petits kystes à distance, et, si l'on veut une guérison complète, il faut enlever la mamelle dans sa totalité, des acini oubliés pouvant être plus tard le siège de transformations kystiques.

A. Poncet (de Lyon).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

De l'action thérapeutique de l'uréthane. Note de MM. *A. Mairet* et *Combemale*. — Ces deux savants, poursuivant leurs recherches sur cette substance, ont étudié son action chez 37 malades atteints d'agitation et d'insomnie sous la dépendance d'aliénations mentales de forme et de nature différentes (manie, lypémanie, folie des persécutions avec perversions sensorielles, démence simple, démence par athéromasie, démence paralytique), l'administrant plus de trois cents fois, à des doses qui ont varié entre 0gr,50 et 5 grammes dans les vingt-quatre heures, en potion prise en une seule fois, le soir, un quart d'heure avant le coucher.

Voici les résultats qu'ils ont obtenus : Dans la démence par athéromasie et dans la démence paralytique, et cela malgré les doses élevées qu'ils ont employées, ils n'ont obtenu aucun effet hypnotique précis. Dans les autres formes d'aliénation mentale (manie, lypémanie, folie des persécutions, démence simple consécutive à la manie et à la lypémanie), les effets varient suivant l'intensité de l'agitation. Lorsque l'agitation est trop considérable, il ne se produit aucune action somnifère; il semble même que le médicament augmente la surexcitation. Lorsque l'agitation est moins intense, on obtient le sommeil, sommeil qui présente les caractères suivants : il est calme, régulier, sans cauchemar, il cède facilement aux excitations extérieures, mais reprend aussitôt que cessent ces excitations, il dure de cinq à sept heures, et au réveil le malade n'accuse aucune sensation anormale. L'examen attentif ne révèle aucun trouble particulier dans les différentes fonctions ni dans la nutrition générale même lorsque l'administration du médicament est longtemps continuée, pendant quinze jours, par exemple.

Pour arriver à produire le sommeil, l'uréthane doit être administré à des doses variant entre 2 grammes et 5 grammes, suivant les cas ; au-dessous de ces doses, ils n'ont rien obtenu. Lorsqu'on emploie, dès le début, la dose maxima (5 grammes), si cette dose ne produit pas le sommeil dès la première prise, l'administration du médicament ne doit pas être continuée : il resterait sans action.

L'effet hypnotique se fait généralement sentir très rapidement; parfois cependant, mais rarement, il peut se faire attendre une heure ou deux heures. L'action somnifère de l'uréthane s'use assez vite. Au bout de trois jours, dans certains cas, six jours ou sept jours dans d'autres, cette action est épuisée, et il faut laisser le malade se reposer pendant quelques jours, si l'on veut demander les mêmes bons effets à l'uréthane. Il est à remarquer que, dans les limites indiquées ci-dessus, plus le sommeil produit est rapide et profond, plus vite s'use l'action de l'uréthane.

De ces faits, il résulte donc : 1° que, dans les cas où le cerveau est altéré organiquement (démence par athéromasie, démence paralytique), l'uréthane n'a aucune action somnifère ; 2° que, dans le cas d'aliénation mentale fonctionnelle, peu importe la forme revêtue par cette dernière, l'uréthane peut avoir une action hypnotique, à la condition que l'insomnie ne soit pas liée à une agitation trop intense.

Appareil enregistrant d'une façon continue et sans correction les calories dégagées par un être vivant. Note de M. *A. d'Arsonval*. — L'auteur présente à l'Académie un nouveau système calorimétrique se composant de deux appareils :

1° D'un appareil inscripteur formé de deux cloches métalliques légères, suspendues à chaque extrémité d'un fléau de balance équilibrée. Chaque cloche plonge dans un réservoir

plein d'eau portant un tube central qui dépasse le niveau de l'eau et qui, s'engageant sous la cloche correspondante, la transforme en un petit gazomètre d'une mobilité extrême. L'intérieur de chaque cloche est mis en rapport par le tube central avec la cavité d'un des calorimètres à air. Les calorimètres correspondant à chaque cloche sont identiques. Les réservoirs d'eau communiquent entre eux par un tube latéral qui identifie leurs niveaux. Pour rendre l'appareil enregistreur, le fléau de la balance porte un levier terminé par une plume à encre donnant un tracé sur un cylindre vertical qui fait un tour en vingt-quatre heures ;

2° D'un calorimètre thermo-électrique ou thermomètre différentiel électrique, composé de deux soudures thermo-électriques conjuguées (cuivre-fer) : l'une d'elles (le calorimètre) est creuse et enveloppe l'animal ; l'autre plonge dans l'air ambiant. L'animal rayonne à travers la soudure creuse qui l'entoure, l'échauffe, et le galvanomètre indique, par sa déviation, l'excès de température de cette soudure sur l'air ambiant.

Sur l'élimination de l'oxyde de carbone après un empoisonnement partiel. Note de M. *Gréhant.* — Les résultats des recherches de M. Kreis sur ce que devient l'oxyde de carbone après un empoisonnement produit par ce gaz, étant complètement opposés à ceux que M. Gréhant avait antérieurement publiés sur le même sujet, ce dernier a repris la question et, répétant les mêmes expériences sur différents animaux (lapin et chien), a retrouvé les chiffres qu'il avait primitivement obtenus, c'est-à-dire qu'injectant du sang oxycarboné, il a retrouvé dans l'air expiré par l'animal soumis à l'expérience les neuf dixièmes de l'oxyde de carbone injecté dans le sang, tandis que M. Kreis n'avait constaté dans ses expériences qu'un quart de l'oxyde injecté et qu'il en concluait que les trois autres quarts avaient été transformés en acide carbonique. Les conclusions de M. Gréhant sont, au contraire, que l'oxyde de carbone ne brûle pas dans l'organisme, mais qu'il est entièrement éliminé en nature. Ces différences tiennent, dit l'auteur, à ce que le dosage de l'oxyde de carbone par la méthode employée par M. Kreis a été incomplet.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Marty*, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. *Andouard*, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, envoie un mémoire manuscrit sur *la momification spontanée à l'air libre et à la température ordinaire*. (Renvoi à l'examen de M. *Brouardel*.)

M. le docteur *Montagne* (à Vars, Charente) adresse un ouvrage ayant pour titre : *De l'alimentation envisagée au point de vue physiologique*, pour le concours du prix Vernois en 1886. (Inscrit sous le n° 6.)

M. le docteur *Auguste Marty*, pharmacien-major à l'hôpital de Mostaganem, envoie un mémoire manuscrit sur *la climatologie d'Amélie-les-Bains*. (*Commission des eaux minérales*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *Andouard* (de Nantes), la 3e édition de ses *Nouveaux éléments de pharmacie ;* 2° de la part de M. le docteur de *Rosa*, un *Discorso storico sulla Scuola medica Napolitana*.

M. *Brouardel* fait hommage, de la part de M. le docteur *Vibert*, de son *Précis de médecine légale*.

M. *Legouest* présente un mémoire de M. le docteur *Chauvel*, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, ayant pour titre : *Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie en campagne*.

M. *Larrey* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Abeille*, un ouvrage sur *la chirurgie ignée ;* 2° de la part de M. le docteur *F. Garrigou*, un mémoire manuscrit sur *les sources sulfurées et les inhalations*.

M. *Hardy* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Beaume*, sur *le diabète et son traitement*.

Ptomaïnes, leucomaïnes et microbes. — Après la lecture, par M. *Chatin*, d'une Note de M. *Husson* (de Toul), correspondant national, note dans laquelle celui-ci estime que le microbe, comme le ferment, ne crée pas le milieu pathologique, mais choisit le milieu où il est apte à se développer, M. *Béchamp* (de Lille), correspondant national, commence une importante communication qui doit comprendre : 1° une étude sur les matière albuminoïdes et sur leurs transformations ; 2° une étude sur les vibrioniens en général, considérés dans leurs rapports avec la physiologie ; 3° un exposé de la nutrition selon la théorie du microzyma ; 4° l'application de cette théorie à la pathologie. M. Béchamp en développe aujourd'hui les deux premières parties. Il y a trente ans, dit-il, les chimistes, les physiologistes ne savaient rien sur la constitution intime des albuminoïdes et aucun physiologiste ne connaissait les relations qui existent entre ces matières et les principes azotés de l'organisme, l'urée par exemple ; en 1856, dans sa thèse, il a démontré pour la première fois que l'urée dérivait de l'albumine ou des produits azotés similaires, par l'oxydation au moyen du permanganate de potasse, et que d'autres alcaloïdes analogues à l'urée pouvaient se produire de la même manière ; les ptomaïnes et les leucomaïnes sont dans ce cas. M. Béchamp rappelle ensuite qu'il a depuis longtemps démontré qu'une solution de sucre de canne très pure, exposée quelques instants à l'air, ne tardait pas à se transformer en sucre interverti, puis en alcool, et laissait apparaître des moisissures ; il en a conclu tout d'abord que, si des êtres organisés apparaissaient dans une solution sucrée, ils ne pouvaient naître de cette solution, mais qu'ils provenaient de germes apportés de l'extérieur, germes auxquels il a donné le nom de microzymas et qui étaient capables, suivant les circonstances, d'évoluer pour produire soit des moisissures, soit des vibrioniens. Il a pu, en outre, constater que le produit du broiement de ces moisissures, filtré soigneusement, contenait une substance soluble, capable de transformer le sucre comme les germes pris dans l'air, et comme les moisissures elles-mêmes ; il y avait donc là un ferment soluble, non organisé par conséquent, que l'on pouvait opposer aux ferments figurés, non solubles, et par conséquent organisés. Le ferment n'étant pas le produit de l'altération spontanée d'une substance albuminoïde qui n'existait pas dans la solution, quelle en est l'origine ? Or, les germes de l'air capables d'amener cette fermentation présentaient les plus grandes analogies avec les granulations moléculaires existant dans les cellules organisées ; donc ces granulations et ces germes étaient tout un. Ces granulations existent dans toutes les parties du corps ; à la mort, elles détruisent les cellules qui les contenaient, opèrent des transformations chimiques que l'on décrit sous le nom de putréfaction ou de fermenta- et évoluent ensuite, devenant vibrions, de forme, de grandeur, d'aspect variés. En conséquence, la cause de la destruction histologique et de la décomposition chimique de la matière structurée ou non d'un organisme après la mort, existe dans cet organisme, et elle est la même qui agit dans d'autres conditions pendant la vie ; cette cause n'est autre que les microzymas évolués ou non en bactéries. Du reste, ces vibrions, on les retrouve dans les viandes putréfiées dans un air parfaitement pur et on les suppose bien à tort y avoir été apportés par l'air ; ils y naissent de toute pièce, au sein même du tissu qui les renferme. Ce sont également les microzymas qui évoluent dans les cellules d'un foie séparé du corps et qui produisent la glycose que l'on y rencontre, alors même que le foie ayant été hydrotomisé, on en a expulsé, quelques heures auparavant, toute la glycose qui y était contenue. De plus, ces mêmes microzymas peuvent produire une transformation de cette même glycose en alcool, et cela, soit sur le foie séparé de l'organisme, soit même à l'état physiologique. L'organisme humain produit donc l'alcool, comme il produit l'urée, les acides de la bile, la leucine, la tyrosine, etc., les alcaloïdes que M. Gautier a découverts. Quant à l'origine première de ces microzymas, on ne peut savoir s'ils ont été créés en même temps que

autres êtres organisés ; mais ce qui est certain, c'est que, après la destruction complète d'un organisme, ces microzymas persistent. Les microzymas de l'air, de l'eau, etc., proviennent, dans l'état présent de la création, des organismes disparus, des déjections de ces organismes et de leurs autres pertes, ce qui explique la multiplicité de leur espèce. Un organisme ne pouvant se détruire lui-même et le microzyma étant ce qui détruit les organismes qu'il sert à constituer, le microzyma ne peut périr. Il faudrait, pour cela, un microzyma de microzyma et il n'y en a pas.

Une courte discussion s'engage incidemment entre MM. *Armand Gautier* et *Béchamp* sur la question de savoir si l'urée est ou n'est pas un alcaloïde. Il est manifeste que l'un et l'autre ne se font pas la même idée des propriété essentielles et définies des corps que l'on considère comme étant des alcaloïdes.

M. *Verneuil*, inscrit pour prendre la parole, déclare qu'il y renonce, la discussion, purement chimique au début, ayant déjà trop dévié du fait des chirurgiens et des accoucheurs. Il se réserve toutefois de faire prochainement connaître, à M. Léon Le Fort, ce qu'il désigne sous le nom de microbisme latent.

Dilatation utérine. — M. le docteur *Vulliet* (de Genève) communique un nouveau procédé de dilatation utérine, qu'il définit comme il suit : la malade étant dans la position genu-pectorale et le col découvert avec une valve de Sims, on explore le canal cervical ; s'il est rétréci ou dévié, on rétablit par un traitement préalable sa direction ou son calibre ; s'il est normal, on présente à son orifice une série de tampons de coton que l'on introduit dans sa cavité ; ces tampons sont munis d'un fil ; leurs dimensions varient entre celles d'un pois et celles d'une amande. Ils ont été plongés dans une solution composée d'une partie d'iodoforme et de 10 parties d'éther, puis séchés et conservés dans un flacon bien bouché. On introduit ces tampons jusqu'à ce que la cavité en soit bourrée jusqu'à l'orifice externe ; on les retire au bout de quarante-huit heures. S'ils ont été bien tassés, les parois ont cédé, elles se sont ramollies, il s'est formé un espace libre dont on prend possession en plaçant immédiatement un nombre de tampons plus considérable que la première fois. Il faut en moyenne huit ou dix obturations pour que la cavité arrive au degré de dilatation où elle est visible dans toute son étendue. Ce procédé aurait pour avantages : 1° de rendre possible une inspection directe par la vue de l'ensemble de la cavité utérine ; 2° de maintenir la dilatation, quel qu'en soit le degré, aussi longtemps qu'il est utile de la prolonger ; 3° comportant le séjour de substances antiseptiques dans la cavité utérine, cette méthode constitue un traitement très efficace des affections virulentes intra-utérines ; 4° elle permet le traitement direct de certaines affections utérines : raclage de la muqueuse en cas de métrite chronique, enlèvement de corps fibrineux, extirpation des tumeurs cancéreuses du col. — Le mémoire de M. Vulliet est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Tillaux*, *Cusco* et *Charpentier*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Des causes de la mort dans les accidents dénommés choc traumatique : M. Monod. — Laryngotomie intercricothyroïdienne : M. Richelot (Discussion : MM. Verneuil, Le Dentu, Nicaise, Marchand, Kirmisson). — Hernie inguinale congénitale étranglée, lecture : M. Le Bec.

M. *Monod* rapporte sommairement l'observation d'une femme de soixante-dix ans, morte dans son service à la suite d'une opération de hernie étranglée. Les symptômes commandaient l'intervention ; la kélotomie fut pratiquée sans aucune espèce d'incident particulier, mais après la levée de l'étranglement la malade tomba dans le coma et mourut au bout de vingt quatre heures. A l'autopsie, on trouva les reins atteints de néphrite mixte, à prédominance interstitielle, avec kystes dans leur intérieur ; le cœur était volumineux et frappé de dégénérescence ; les poumons étaient œdémateux et le cerveau lui-même était infiltré de sérosité. En un mot, cette malade, en raison de l'état de ses reins, était atteinte de cette forme d'urémie lente qu'a décrite M. Raymond, et la cause de sa mort doit être attribuée à l'œdème cérébral. Cette juste interprétation remplace les hypothèses vagues, qu'on aurait faites dans ce cas particulier et qu'on fait trop souvent encore d'une façon générale, sur la cause de la mort rapide après les traumatismes accidentels ou opératoires. L'expression de choc traumatique, dont on se sert encore pour démontrer ces accidents mortels, ne sert qu'à cacher notre ignorance, ainsi que le fait remarquer M. Verneuil, et cette expression disparaîtra, lorsque, par les recherches nécroscopiques les plus attentives et les plus complètes, on aura démontré la véritable cause de ces morts rapides. Le cas rapporté par M. Monod est plein d'enseignements à ce point de vue. Il faudra, chez les individus qu'on soupçonne atteints de lésions rénales, non seulement examiner les reins, mais tâcher de se rendre compte de l'état des divers autres organes et plus particulièrement du cerveau.

— M. *Richelot* fait une communication sur les avantages de la laryngotomie intercricothyroïdienne chez l'adulte sur la trachéotomie et il en pose les indications. Il tire les conclusions de son travail de cinq opérations personnelles. Le premier fait a déjà été publié. Le second cas est relatif à un homme de cinquante-deux ans, affecté de cancer du pharynx ; l'opération fut des plus simples, la canule fut facilement supportée pendant les six semaines de survie, au bout desquelles la mort arriva par compression de la trachée par des masses ganglionnaires dégénérées. Dans le troisième cas, il s'agit d'un malade de cinquante-huit ans, subitement pris d'accidents dyspnéiques intenses dans le cours d'une tuberculose laryngée. On dut dans ce cas joindre à l'incision de la membrane intercricothyroïdienne l'incision du cartilage cricoïde. La canule fut parfaitement tolérée jusqu'à la mort, qui survint longtemps après. Le quatrième opéré le fut pour un rétrécissement syphilitique du larynx ; la canule fut ici introduite facilement, grâce à la précaution qu'on prit de défléchir légèrement la tête ; c'est là une manœuvre que M. Richelot recommande comme très apte à faciliter l'introduction de la canule. Dix-neuf mois après, ce malade portait sa canule et n'en éprouvait aucun inconvénient. La cinquième opération fut pratiquée pour un cancer de la base de la langue, ayant envahi le larynx, et le malade, qui survécut quatre-vingts jours à l'intervention, n'éprouva aucune gêne de la part de la canule. Tous ces faits démontrent combien aisément et sans danger est supportée la présence de la canule introduite dans l'espace intercricothyroïdien. Sous ce rapport, l'opération de Vicq-d'Azyr, restaurée par Krishaber et M. Verneuil, ne le cède pas à la trachéotomie, et sa facilité et la sûreté de son manuel opératoire doivent lui faire donner la préférence chez l'adulte. En effet, la trachéotomie expose à des hémorrhagies artérielles et veineuses redoutables, qu'on évite il est vrai en partie par l'emploi du thermocautère, mais au prix d'une grande lenteur qui, dans certains cas urgents, peut être nuisible au malade. La laryngotomie ne fait courir aucun de ces risques, grâce à la superficialité du larynx. On doit se guider pour ouvrir la membrane intercricothyroïdienne par la saillie du cartilage cricoïde ; une petite incision à la peau suffit et dans la très grande majorité des cas on peut se passer de pinces hémostatiques et d'écarteurs. Rien n'est plus facile que l'introduction de la canule à bec de Krishaber, qu'il n'est pas nécessaire de choisir trop grosse, celle de 10 millimètres de diamètre suffit amplement chez

l'adulte le plus développé. Cette canule jouit d'une mobilité suffisante dans l'espace intercricothyroïdien et les ulcérations ne sont pas plus à redouter avec elle qu'avec la canule introduite dans les voies aériennes après incision des anneaux de la trachée. En résumé, la trachéotomie chez l'adulte est une imprudence et on doit dans tous les cas lui préférer la laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. *Verneuil* appuie de toute son autorité les conclusions du travail de M. Richelot. La laryngotomie intercricothyroïdienne doit remplacer la trachéotomie, opération dangereuse chez l'adulte. Sans être aussi indispensable que dans la trachéotomie, l'emploi du thermocautère est très utile dans la laryngotomie.

M. *Le Dentu* se rappelle avoir pratiqué avec M. Krishaber une laryngotomie intercricothyroïdienne et il a conservé le souvenir de la facilité extrême de cette opération. L'incision fut faite avec le thermocautère et ce temps ne fut pas plus long que si l'on se fût servi du bistouri. Le malade ne perdit pas une goutte de sang et les suites opératoires furent des plus heureuses. La canule dont il se servit n'avait que 9 millimètres de diamètre et elle fut parfaitement suffisante. Pour lui, comme pour les orateurs précédents, la laryngotomie doit remplacer la trachéotomie dont il ne saurait oublier les dangers depuis qu'il a perdu un de ses malades d'hémorrhagie. Une question reste à juger, c'est de savoir si la laryngotomie est aussi avantageuse et aussi facile chez le vieillard; chez lui n'y a-t-il pas à craindre la fracture du cricoïde ?

M. *Nicaise* rappelle ses recherches touchant le sujet pendant; de ses nombreuses expériences il résulte que la fracture du cricoïde est fréquente si l'on veut introduire des canules trop volumineuses, de là l'indication de se servir de canules d'un diamètre modéré.

M. *Marchand* a pratiqué six fois la trachéotomie chez l'adulte. Il n'a jamais eu d'accident et n'a éprouvé qu'une fois de la difficulté à introduire la canule dans un cas où une tumeur envahissait le larynx. Par contre, dans un cas où il a fait la laryngotomie intercricothyroïdienne, il a eu beaucoup de peine à trouver la membrane cricothyroïdienne. De sorte que pour lui l'opération de Vicq d'Azyr, en apparence si simple, doit être apprise et répétée sur le cadavre avant de la pratiquer sur le vivant.

M. *Kirmisson* se rappelle que dans un cas de laryngotomie intercricothyroïdienne présenté à la Société anatomique, il y avait eu fracture du cartilage cricoïde. Dans certains cas peut-être y aurait-il avantage à recourir à la crico-ectomie conseillée par Nélaton. Sans doute la laryngotomie doit remplacer la trachéotomie, mais il est des cas de tumeur envahissant le larynx, où force sera bien de pratiquer la trachéotomie.

— M. *Le Bec* lit une observation intitulée : *Hernie congénitale étranglée; kélotomie; ectopie du testicule, castration, guérison.*

— Au cours de la séance M. Guéniot a été élu, sur sa demande, membre honoraire.

SÉANCE DU 31 MARS 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Traitement chirurgical des tuberculoses locales : M. Nicaise. — Présentation de malade, tumeur de l'orbite : M. Le Fort. — Décès de M. Gillette.

M. *Nicaise* montre un homme qui a été atteint de manifestations externes nombreuses et variées (abcès froids, ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses) de la tuberculose et chez lequel le chirurgien a poursuivi par des opérations diverses les foyers multiples d'infection assez heureusement pour que le patient soit aujourd'hui guéri et ne présente aucun signe de lésion viscérale. Ce malade, entre autres opérations, a subi l'amputation de l'avant-bras droit et de la jambe. C'est, dit M. Nicaise, un bel exemple de guérison de la tuberculose locale, et ce fait montre la puissance d'une chirurgie rationnelle contre la tuberculose, tant que les viscères ne sont pas atteints.

M. *Reclus* a observé, à l'hospice de Bicêtre, un malade qui avait été quelque temps auparavant amputé par M. Bouilly. Cet individu, alors âgé de cinquante-six ans, avait eu une véritable odyssée pathologique. En effet, dès sa jeunesse, il avait été amputé d'un métatarsien pour carie ; quelques années après il dut subir l'amputation de Chopart, puis plus tard l'amputation de la jambe. Quelques années s'écoulèrent après lesquelles on dut lui amputer partiellement la main, puis l'avant-bras et enfin le bras. Indépendamment de ces déterminations de la tuberculose sur le squelette, le malade avait eu de nombreux abcès froids dans diverses régions du corps et, fait très important, à l'âge de dix-sept ans, il avait eu une hémoptysie. Or à l'âge de cinquante-six ans, au moment où M. Reclus le vit, sa santé était bonne et il ne présentait pas la plus petite trace de lésion tuberculeuse dans les poumons.

— M. *Le Fort* présente un enfant de treize ans et demi qui porte une tumeur de l'orbite dont le début remonte à quatre ans et demi. Elle a surtout fait des progrès depuis dix-huit mois : elle fait une forte saillie au-dessous du rebord supérieur de l'orbite et déjette l'œil en bas. Cet organe n'est pas altéré dans sa nutrition et ses fonctions ; ses mouvements sont gênés par la tumeur, mais on constate que n'était cet obstacle il jouirait de toute sa mobilité. La tumeur n'est pas animée de battement, elle ne présente pas de souffle ; elle est d'une consistance assez molle. Le malade ne souffre pas beaucoup. Il y a trois semaines une assez grande quantité de sérosité et de pus s'est échappée par le nez. Depuis huit jours, époque à laquelle M. Le Fort a vu le malade pour la première fois, la tumeur a notablement augmenté de volume. M. Le Fort demande l'avis de ses collègues sur la nature de cette tumeur.

M. *Trélat* pense qu'il s'agit d'un abcès froid sous-périosté. Il repousse l'idée d'un kyste enflammé. Pour lui le pronostic est des plus bénins.

M. *Verneuil* croit plutôt qu'on se trouve en présence d'un kyste enflammé. Dans cette hypothèse il réserve le pronostic, car assez souvent ces productions se prolongent jusque vers le fond de l'orbite et exposent, lorsqu'on les poursuit jusqu'à leurs limites, à des inflammations et des suppurations profondes.

M. *Sée* incline à penser qu'il s'agit d'un abcès dépendant d'une lésion osseuse.

M. *Le Fort* serait assez disposé à se ranger à l'avis de M. Verneuil, c'est-à-dire à l'hypothèse d'un kyste suppuré, en raison de l'écoulement séro-purulent, qui s'est fait il y a quelque temps par la narine.

— M. *le Président* annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Gillette, son ancien secrétaire, et propose de lever la séance en signe de deuil.

— La séance est levée.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Suites de la destruction des centres moteurs chez le chien : M. Dupuy. — Sur les sensations de poids : M. Charpentier. — Appareil pour graduer l'intensité du son : M. d'Arsonval. — La vitesse du courant nerveux : M. d'Arsonval. — La suture des nerfs à distance : M. Assaki. — Un parasite des poules : M. Baumann. — L'élimination en nature de l'oxyde de carbone introduit dans l'organisme : M. Gréhant.

M. *Dupuy* signale l'importance du mode opératoire employé pour détruire les centres moteurs chez le chien, relativement aux conséquences de cette opération. Il prétend que cette destruction, pratiquée avec un instrument tranchant, n'entraîne pas de paralysie ; mais, si l'on se sert d'un cautère actuel, tous les animaux opérés meurent, complètement paralysés, et on trouve à l'autopsie un ramollissement de la moelle cervicale.

— M. *d'Arsonval* communique une note de M. *Charpentier* (de Nancy) sur les sensations de poids. On sait que les deux boules d'un baroscope sont de même poids; cependant la sensation indique la boule la plus petite comme étant plus lourde. M. Charpentier a varié de diverses façons cette première expérience, en se mettant à l'abri de plusieurs causes d'erreurs, et il conclut de ses recherches que la sensation de poids est déterminée par le nombre des papilles nerveuses que les objets essayés viennent ébranler.

M. *Gley* croit les expériences de M. Charpentier d'autant plus intéressantes qu'elles paraissent concorder parfaitement avec des recherches récentes de M. Goldscheider (de Berlin) sur la sensibilité à la température, recherches qui ont abouti à des résultats analogues à ceux obtenus par M. Charpentier pour les sensations de poids.

— M. *d'Arsonval*, dans le cours de ses recherches sur la transmission du son à travers les corps vivants, a imaginé un dispositif qu'il présente à la Société, pour graduer d'une façon très simple l'intensité du son. Cet appareil peut constituer un excellent acoumètre ; il peut remplacer aussi le diapason-vertex.

— M. *d'Arsonval*, après beaucoup de physiologistes, s'est demandé comment il se fait que la vitesse de l'influx nerveux diffère tellement de la vitesse de l'électricité, bien que la manifestation de l'activité du nerf soit de nature électrique. Il a cherché la cause de cette sorte de contradiction et il croit l'avoir trouvée dans les phénomènes bien connus depuis les travaux de M. Lippmann sous le nom de variations de la tension superficielle. En effet, il a disposé un appareil purement physique qu'il décrit et qui reproduit la variation négative du nerf, quand on y fait passer un courant, le phénomène ayant aussi lieu avec une vitesse beaucoup plus faible que celle de l'électricité. M. d'Arsonval assimile le nerf à un appareil de ce genre et pense que la faible vitesse du courant nerveux est due à ce que le phénomène électrique, produit dans le nerf excité, est consécutif à un phénomène mécanique. — D'après M. d'Arsonval, la décharge des poissons électriques s'explique de la même façon.

— M. *Assaki* présente sa thèse sur la suture des nerfs à distance et indique les principaux résultats des expériences qu'il a faites sur ce sujet.

— M. *Mégnin* dépose une note de M. *Baumann* (de Toulouse) sur un parasite des poules.

— M. *Gréhant* communique les résultats de nouvelles expériences qu'il a faites pour répondre aux objections de M. Kreis, relativement à l'élimination en nature de l'oxyde de carbone introduit dans l'organisme. M. Gréhant a pu constater sur le chien que la quantité de CO éliminée est égale à celle qui a été introduite et qu'il n'y a pas trace de CO brûlé dans l'économie.

REVUE DES JOURNAUX

Des organismes inférieurs que renferme le contenu stomacal, par M. W. de Bary. — Le contenu de l'estomac a été examiné dans 17 cas différents, par M. de Bary, dans des conditions variées de température, soit à celle de l'air ambiant, soit dans un appareil chauffé à 30-35 degrés et disposé de manière à renfermer tout le microscope ; de plus, les organismes ont été soumis à la culture dans des bouillons variés. Voici ceux qui ont été observés, avec les noms des maladies correspondantes :

1° *Sarcina ventriculi* (ulcère stomacal, dyspepsie atonique).

2° Hyphomycètes : *Oïdium lactis* (rétrécissement du pylore à la suite de corrosion par HCl, dyspepsie atonique).

Autres formes indéterminées (rétrécissement du pylore à la suite de corrosion, cancer de l'estomac).

Myceliums de *mucédinées* (cancer de l'estomac, ulcère de l'estomac).

3° Saccharomycètes, correspondant aux *Sprosspilze* de l'auteur, aux champignons des fermentations :

Formes *sphériques* (rétrécissement du pylore par corrosion, dyspepsie atonique, cachexie amyloïde).

Formes *oblongues* (cancer de l'estomac, ulcères de l'estomac, hystérie, cachexie amyloïde).

Formes *allongées* (all. *chalaraformen*) (ulcère stomacal, dyspepsie atonique, hystérie, cachexie amyloïde).

4° Bactéries : *Bacillus amylobacter* (ulcère stomacal, dyspepsie atonique).

Bacterium en zigzag (dans la plupart des cas signalés).

5° *Leptothrix buccalis* (typhus abdominal, tabes dorsal).

Le *Bacterium en zigzag* est ou bien une espèce nouvelle ou une forme du *Bacillus subtilis*. (*Archiv. für experim. Pathologie*, 1885, Bd XX, Heft 3-4.)

Saillie herniaire de la muqueuse tympanique à travers la membrane du tympan dans quelques cas d'otite moyenne purulente et chronique, par M. Ch. H. Burnett. — Cet accident peut arriver lorsque la membrane du tympan se trouve perforée. La hernie muqueuse ressemble beaucoup à du tissu de granulation ou à un petit polype. Le diagnostic est facile ; la hernie est sensible au toucher, se forme subitement, ne saigne pas facilement au contact, mais saigne abondamment quand on la blesse, enfin cède rapidement à un traitement approprié. La ligature ou la cautérisation sont très douloureuses, et le sont très peu au contraire pour les polypes; les granulations disparaissent par l'application de borax en poudre ou de caustiques. Le seul traitement qui convienne à ces hernies, c'est l'application de borax en poudre ou de celui-ci mélangé avec de l'alun en poudre, ou bien l'instillation d'alcool absolu. Jusqu'à présent, M. Burnett n'a observé cette affection que sur des femmes. (*Medical News*, 1885, t. XLVII, n° 17.)

Traitement des hémorrhoïdes par les injections d'acide phénique, par M. Ch.-B. Kelsey. — Cette opération, par les conséquences fâcheuses qu'elle peut avoir, si elle est mal faite, mérite toute l'attention de l'opérateur, et doit être considérée comme une véritable opération de chirurgie; les seuls dangers qu'elle présente sont la formation d'une eschare suivie d'ulcère et celle d'un abcès. Ces accidents ne se produisent qu'avec les solutions fortes. L'ulcération ne présente aucun danger et se guérit facilement par les moyens ordinaires ; l'abcès est peu sérieux s'il reste limité au niveau de la tumeur ; s'il est au voisinage de la marge de

l'anus, il s'ouvre souvent par la peau et par la muqueuse simultanément; l'incision cutanée n'empêche pas toujours l'ouverture du côté de la muqueuse; il se forme, en général, une fistule sous-cutanée dont la guérison n'offre pas de difficultés; l'abcès est un accident beaucoup plus sérieux lorsqu'il se forme dans la cavité ischio-rectale. Il est, en général, le résultat de l'injection d'une solution forte ou même d'acide pur, ou d'une injection ayant pénétré dans le tissu cellulaire avoisinant par la maladresse de l'opérateur. L'acide pur injecté dans un gros bourrelet hémorrhoïdaire peut ne produire qu'une eschare insignifiante, tandis qu'injecté dans un petit bourrelet il peut en résulter une cellulite intense. Cet accident est rare et peut toujours être évité avec quelques précautions. Le traitement en question n'est applicable qu'aux hémorrhoïdes internes, quel que soit le volume des tumeurs. La force de la solution dépend des cas, et peut varier depuis 5/100 jusqu'à l'acide pur. S'il s'agit d'une grosse tumeur pédonculée, quelques gouttes d'acide pur amèneront la guérison radicale; avec une solution à 33 pour 100, on arrivera au même résultat, mais après plusieurs injections seulement; enfin une petite tumeur formant simplement saillie sur la muqueuse peut être guérie par une seule injection à 5 pour 100; dans ce cas, une solution à 50 pour 100 pourrait produire des accidents graves. (*New-York med. Journal*, 1885, t. XLII, n° 20.)

Spasme laryngé à la suite de pulvérisations cocaïnées, par M. F. de Havilland Hall. — Chez une femme de cinquante-six ans, atteinte de polypes muqueux des narines, ayant récidivé plusieurs fois, l'auteur a fait l'extraction au moyen du thermocautère, en six séances, après avoir produit l'anesthésie locale au moyen de la cocaïne; trois mois après, la malade revint pour terminer son traitement, et cette fois on se servit de pulvérisations de cocaïne pour produire l'anesthésie; au bout de quelques minutes, il se produisit un spasme laryngé intense, qu'on ne put dissiper que par le chloroforme. Il est probable que ce phénomène, tout à fait accidentel, doit être attribué au nervosisme exagéré de la malade. (*The Lancet*, 1885, n° 21.)

Emploi de l'Yerba santa et du Grindelia robusta dans la bronchite aiguë, par M. E. Stuver. — Dans les bronchites aiguës, à toux fatigante et opiniâtre, M. Stuver a retiré les meilleurs effets de l'emploi simultané de l'*Yerba santa* et du *Grindelia robusta*. Il fait usage de la formule suivante : extrait fluide de *Grindelia robusta* et extrait fluide de *Yerba santa*, de chacun 30 grammes, dans 90 grammes de sirop de Tolu ou de sirop simple; dans certains cas, la toux disparaît comme par enchantement, et le chatouillement dans la gorge et dans les bronches cesse instantanément. L'auteur emploie cette préparation depuis quatre ans, sans trop de mécomptes. Dans la bronchite chronique et la phthisie tuberculeuse, les résultats ne sont pas aussi favorables; cependant on obtient du soulagement dans certains cas. (*Medical News*, 1885, t. XLVII, n° 17.)

De la paraldéhyde comme antidote de la strychnine, par M. Arpad Bokai. — A la suite d'un grand nombre d'expériences, l'auteur est arrivé à cette conclusion, que la paraldéhyde constitue, aussi bien chez les grenouilles que chez les lapins et les chiens, un puissant antidote pharmacologique de la strychnine; cette action s'explique par la faculté que possède la paraldéhyde d'abaisser considérablement ou même d'abolir le pouvoir réflexe de la moelle, en narcotisant en quelque sorte les cellules de la substance grise; dès lors la strychnine est impuissante à exciter ces cellules, en d'autres termes, à produire ses effets tétanisants et à épuiser l'activité fonctionnelle de la moelle. En revanche, chez un animal empoisonné par la paraldéhyde, la strychnine n'agit pas comme antidote, de sorte que l'action antidotaire n'est pas réciproque, tout comme pour la strychnine et le chloral. Du reste, la paraldéhyde a l'avantage sur le chloral et le chloroforme de ne pas agir sur le cœur. C'est donc un excellent antidote à opposer aux empoisonnements aigus par la strychnine; comme l'action de cet alcaloïde est relativement lente à se produire (15 minutes à plusieurs heures) on a généralement le temps de se procurer l'antidote. (*Pester med.-chir. Presse*, 1885, n° 43.)

Cas de néphrotomie pour une rétention complète de l'urine, par M. Cl. Lucas. — Il s'agit d'une femme à laquelle on fit subir une néphrectomie nécessitée par la destruction presque complète d'un rein par un calcul, avec hydronéphrose. Quatre mois après, la malade ressentit une vive douleur du côté du rein qui lui restait, avec céphalalgie, vomissements et rétention totale de l'urine. M. Lucas pratiqua la néphrotomie et enleva un calcul conique volumineux; l'urine s'écoula par la plaie, et les accidents disparurent. Les forces revinrent à la malade graduellement; mais l'urine ne commença à arriver dans la vessie qu'au bout de douze jours, puis augmenta de quantité tous les jours, pendant que la plaie se fermait par première intention. (*The Lancet*, 1885, II, n°s 19 et 21.)

Travaux à consulter.

Cas de choléra nostras dans lequel on ne peut découvrir de bacille en virgule, par M. Meyhœfer. — Le contenu de l'intestin, examiné dans toutes les parties de l'organe, ne renfermait nulle part autre chose qu'un bacille droit; celui-ci, cultivé dans un bouillon approprié, ne donna pas autre chose; il n'y avait pas trace de bacille en virgule, ni de spirille. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, n° 46.)

Sur un cas de maladie d'Addison chez un garçon de dix ans, par M. Monti. — Le petit malade était atteint depuis trois ans d'accès nerveux qui coïncidaient régulièrement avec des troubles de la digestion et étaient suivis de coloration bronzée s'étendant à toute la surface du corps, ou du moins d'un renforcement de la teinte bronzée. A l'autopsie on constata l'absence de la capsule surrénale droite ainsi que de l'artère et de la veine surrénales, et l'atrophie de la capsule surrénale gauche; les plexus du grand sympathique et le ganglion semi-lunaire ne présentaient aucune altération. M. Monti ne peut expliquer la maladie, dans ce cas, que par l'altération de la capsule surrénale, qui aurait entraîné un trouble des fonctions du grand sympathique. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, Bd VI, Heft 4, 1885.)

Phthisie traumatique, par M. Mendelsohn. — Le traumatisme comme cause de la phthisie est loin d'être rare, a dit Lebert, et l'on a le droit de s'étonner qu'il ait si peu attiré l'attention des médecins. Dans son travail, M. Mendelsohn passe en revue les diverses phthisies professionnelles (par inhalation de poussières, etc.), celles qui naissent à la suite d'une contusion, d'une blessure, etc., du poumon; toutes les lésions pulmonaires constituent une porte d'entrée au bacille. La question est d'une importance capitale au point de vue de l'hygiène et même de la médecine légale. (*Zeitschr. f. klin. Medicin*, 1885, Bd X, H. 1-2.)

La fermentation et la putréfaction au point de vue historique, par M. Jugenkamp. — Travail très intéressant résumant les diverses phases qu'ont traversées depuis Aristote jusqu'à Pasteur les notions scientifiques sur la fermentation et la putréfaction, exposant les différentes doctrines qui ont eu cours jusqu'à l'époque moderne, jusqu'à la découverte des organismes inférieurs qui président à ces transformations de la matière organique et malheureusement à l'étiologie des maladies infectieuses. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1885, Bd X, H. 1-2.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par les docteurs J.-B. Hillairet et E. Gaucher. Tome I, in-8° de 644 pages. — Paris, 1885. O. Doin.

Depuis plusieurs années déjà on attendait avec impatience la publication du second fascicule de ce premier volume. La mort imprévue de M. le docteur Hillairet, survenue alors que le premier fascicule avait déjà paru, avait semblé devoir porter un coup mortel à cet ouvrage; mais c'aurait été bien peu connaître l'énergie de son vaillant collaborateur que de lui prêter la pensée de reculer devant la tâche de continuer seul l'œuvre que son maître avait entreprise. Nous ne saurions trop applaudir à sa persévérance et à sa laborieuse activité. Imprégné des idées de son ancien chef, possesseur de tous les matériaux, notes et observations qu'il a laissés, il a pu suppléer au vide que la mort avait fait, et achever un livre dans lequel on retrouve encore les idées du maître, mais qui, en réalité, peut et doit être considéré comme sien. L'ouvrage est d'ailleurs édité avec le plus grand soin, et contient de belles planches chromolithographiées, qui reproduisent avec une assez grande exactitude les principales maladies cutanées.

Ce premier volume se divise en deux parties : dans la première, on trouve l'anatomie et la physiologie de la peau; puis la pathologie générale de la peau, comprenant : 1° la séméiologie générale des affections cutanées, l'étude si importante et si négligée, à l'heure actuelle, des lésions élémentaires; 2° l'anatomie pathologique générale; 3° l'évolution des maladies de la peau; 4° le diagnostic général; 5° le pronostic général; 6° l'étiologie générale; 7° la thérapeutique générale; 8° et enfin les classifications. Ce dernier chapitre est traité avec le plus grand soin. J'ai eu l'honneur, en 1881, d'être l'interne de M. Hillairet pendant deux mois, et, chaque fois qu'il venait à l'hôpital, il ne manquait jamais de me parler de sa classification des dermatoses et des difficultés qu'il éprouvait à l'établir. Si l'on admet la nécessité d'en donner une, il est sûr que celle qu'il nous a laissée est aussi bonne, sinon meilleure, qu'aucune autre.

Le deuxième fascicule traite des dermatoses congestives ou inflammatoires communes; les auteurs y font rentrer les érythèmes, la roséole, l'urticaire, l'érysipèle, formant le premier ordre ou les dermatoses érythémateuses; l'eczéma, l'herpès, l'hydroa, formant le deuxième ordre ou les dermatoses vésiculeuses; le pemphigus, le rupia, formant le troisième ordre ou les dermatoses bulleuses; l'ecthyma et l'impétigo, formant les dermatoses pustuleuses ou quatrième ordre; le lichen, le strophulus et le prurigo, formant les dermatoses papuleuses ou cinquième ordre; le psoriasis et le pityriasis, formant les dermatoses squameuses ou sixième ordre. Par cette simple énumération, il est aisé de voir quelle est l'importance de ce premier volume.

Les auteurs font précéder la description de chaque maladie d'un exposé aussi complet que possible des théories des différents dermatologistes. Ce sont là des résumés précieux et qui faciliteront singulièrement les recherches ultérieures.

En somme, l'ouvrage des docteurs Hillairet et Gaucher nous semble être un bon exposé des nombreux travaux parus dans ce siècle sur la dermatologie; nous ne saurions trop les féliciter d'avoir entrepris et mené à bien une tâche aussi ardue, et le succès mérité de ce premier volume nous fait vivement désirer une prompte publication de la deuxième et dernière partie du *Traité*.

L. B.

Le choléra au Pharo. Étude clinique par M. le docteur Trastour. — Marseille, 1885.

M. le docteur Trastour, qui dirigeait, pendant la dernière épidémie cholérique, l'un des services les plus importants des hôpitaux de Marseille, a voulu, dans ce travail, non seulement faire connaître le résultat de ses observations et de sa thérapeutique personnelles, mais encore écrire une étude abrégée sur le choléra en général, son étiologie, sa prophylaxie, ses symptômes, son traitement. Les observations personnelles de l'auteur se trouvent ainsi un peu perdues dans une série de considérations dont chacun doit savoir aujourd'hui apprécier la valeur. Nous relèverons donc seulement dans cette brochure quelques chiffres statistiques. M. Trastour démontre que, contrairement à la doctrine de M. J. Guérin, les maladies intestinales ont donné un nombre assez faible de décès dans les deux années qui ont précédé l'épidémie cholérique. En 1881, on comptait 221 décès de ce genre; en 1882, 421; en 1883, 347; en 1884, 326. Ces chiffres correspondent à une période qui s'étend du 1er janvier au 30 juin; mais comme il en est de même pour les quatre années auxquelles ils se rapportent, on peut affirmer que la mortalité par maladies intestinales n'a pas été plus grande pendant l'année du choléra que durant les années où le choléra n'a pas sévi.

Un intérêt réel s'attache au chapitre intitulé : *Clinique du Pharo*. Partisan de la contagion du choléra, M. Trastour s'applique à prouver que le nombre des cas intérieurs a été moins considérable en 1884 que dans les années précédentes. En 1865, d'après les recherches de M. Seux, on constatait à l'Hôtel-Dieu 56 cas intérieurs; à la Conception, 78; et à la Charité, 12. En 1884, ces chiffres tombaient à 15, 20 et 8; par conséquent le nombre des cas intérieurs, qui avait été de 146 en 1865, n'a plus été que de 43 en 1884, et cependant en 1865 on n'avait eu dans ces hôpitaux que 567 cholériques à soigner, tandis que, en 1884, le nombre des entrants s'est élevé à 665. De plus, la mortalité a été moindre en 1884 que dans les années précédentes. En 1835, elle était de 55,55 pour 100 sur 486 cholériques; en 1849, de 65,41 pour 100 sur 454 malades; en 1854, de 59,78 pour 100 sur 639; en 1855, de 62,54 pour 100 sur 534; en 1865, de 60,67 pour 100 sur 567 cholériques; enfin, en 1884, de 50,90 pour 100 sur 665 cholériques.

Nous nous contenterons de signaler ces chiffres, les autres chapitres du mémoire de M. Trastour ayant été déjà, à plusieurs reprises, cités et appréciés dans la *Gazette hebdomadaire*, alors que nous y avons parlé de la thérapeutique du choléra et des résultats signalés au moment même de l'épidémie par notre confrère de Marseille.

VARIÉTÉS

Concours de l'agrégation de chirurgie et accouchements. — Les épreuves préparatoires se sont terminées vendredi soir, et les vingt candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique, ont été admis à subir les épreuves définitives :

1° *Chirurgie :* MM. Augagneur, Barette, Brun, Denucé, Etienne, Forgue, Gangolphe, Jalaguier, de Lapersonne, Nélaton, Picqué, Pousson, Schwartz, Truc et Vautrin;

2° *Accouchements :* MM. Auvard, Bar, Gerbaud, Maygrier et Rémy.

Voici, d'autre part, les sujets de thèses tirés au sort : 1° M. Schwartz : Tumeurs du larynx; 2° M. de Lapersonne : Des arthrites infectieuses, non tuberculeuses; 3° M. Picqué : Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil; 4° M. Etienne : Des tumeurs de la paroi abdominale, les hernies exceptées; 5° M. Barette : Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical; 6° M. Jalaguier : De l'arthrotomie; 7° M. Augagneur : Tumeurs du mésentère; 8° M. Pousson : De l'ostéoclasie; 9° M. Gangolphe : Kystes hydatiques des os; 10° M. Brun : Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques; 11° M. Nélaton : Rapport des traumatismes avec les affections du cœur; 12° M. Forgue : Des septicémies gangreneuses; 13° M. Denucé : Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire; 14° M. Truc : Traitement chirurgical de la péritonite; 15° M. Vautrin : Traitement chirurgical des myomes utérins; 16° M. Auvard : De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia; 17° M. Rémy : De la grossesse compliquée de kyste ovarique; 18° M. Bar : Du cancer uté-

rin pendant la grossesse et l'accouchement; 19° M. Maygrier : Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine; 20° M. Gerbaud : De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Dixième liste.

MM.	Flury Hérard	200 fr.
	Lee Childe	200
	Oudin	100
	E. Vidal	100
	de Bucourt	100
Mme	Bégin	100
Collecte faite par M. Thurion		76
MM.	le docteur T. David	50
	Paul Poirson	50
	Paul Ollié	50
	le docteur Danjoy	50
	le docteur Charpentier	50
Mme	Burel	50
M.	Z., Mme Duplay, chacun 20 francs	40
Mmes	Habarthe, Palyart, Boutet, chacune 10 francs	30
	Total	1.246 fr.
	Montant des listes précédentes	35.100 fr. 15
	Total général	36.346 fr. 15

Institut Pasteur. — Les listes nouvelles se succèdent, apportant chaque fois d'abondantes souscriptions. Parmi ces dernières, nous devons signaler celle de la ville de Clermont. Son Ecole de médecine a réuni 320 francs; l'Académie des arts, sciences et belles-lettres, 100 francs; et le conseil municipal de Royat, 100 francs. — Le total des souscriptions s'élève actuellement à 537.123 fr. 27.

Association générale des médecins de France. — Bienfaiteurs de l'Association :

M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

De M. le docteur Henri Roger, la nue propriété d'un titre de rente de 600 francs 4 1/2 pour 100;

De Mme la baronne Jules Cloquet, la nue propriété d'nn titre de rente de 400 francs 3 pour 100;

De MM. le docteur Cazeneuve (de Lille), 500 francs; le docteur Hugo (de Laon), 200 francs; le docteur Bourdin, 50 francs; le docteur Bucquoy, 100 francs; le docteur Brun (Auguste), 100 francs; le docteur Cordès, 30 francs; le docteur Galezowski, 500 francs; le docteur Gueneau de Mussy, 100 francs; le docteur Lannelongue, 1000 francs; le docteur Larrey (le baron), 100 francs; le docteur Lœwenberg, 250 francs; le docteur Pfeiffer, 100 francs; le docteur Pilat, 50 francs; Marjolin (Georges), 20 francs; Wickham (Georges), 25 francs.

Prix. — La Société nationale de médecine de Marseille décernera, à la fin de l'année 1886, le prix Rampal, de la valeur de 500 francs, au meilleur mémoire manuscrit sur le sujet suivant : *Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite des opérations ayant nécessité l'ouverture du péritoine.*

Les mémoires doivent être adressés, dans les formes académiques, à M. le docteur Mireur, secrétaire général, rue de la République, 1, à Marseille, avant le 15 novembre 1886.

Légion d'honneur. — Ont été promus : *au grade d'officier*, M. Piesvaux, médecin principal de la marine; *au grade de chevalier*, M. Brédiam, médecin de 1re classe de la marine.

Récompenses honorifiques. — Les récompenses suivantes viennent d'être décernées aux médecins et élèves en médecine et pharmacie qui se sont distingués pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Gard. — Une médaille d'argent de première classe à M. Grousset, médecin à Aubais; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Milhaud et Molines, internes des hospices de Nîmes.

Hérault. — Une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Bordone, adjoint au maire de Frontignan.

Var. — Une médaille d'or de deuxième classe à M. Guérin, pharmacien en chef des hospices de Toulon; une médaille d'argent de première classe à M. Bounic, pharmacien-interne à l'hôpital Bon-Rencontre; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Duchon-Doris, Lapervenche, Lesage et Guillet, internes des hôpitaux de Paris; Boulouys et Hauric, internes des hospices de Toulon; mentions honorables à MM. les étudiants Moussoir, Maïsse, Luc, Marqueyrolle, Guillon, Oroncé, Pélissier, Erhart.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gillette, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, enlevé en quelques jours par une péritonite; — de M. le docteur Taon (de Nice), ancien interne des hôpitaux de Paris, bien connu par ses belles recherches sur la tuberculose, et qui a succombé lui-même, jeune encore, à la maladie à l'étude de laquelle il avait apporté de si précieuses contributions; — de M. le docteur Rodolphe Mounier, ancien professeur d'anatomie à l'École du Val-de-Grâce, ancien médecin principal de 1re classe, commandeur de la Légion d'honneur; — de M. le docteur Henry Bouchut, licencié ès sciences, fils de M. le docteur E. Bouchut, médecin honoraire des hôpitaux; — de M. le docteur Henri Pernot (de Lyon), auteur de divers travaux d'hygiène et d'anthropologie criminelle; — de M. le docteur Noel Coulomb, médecin consultant à Bagnols-les-Bains; — de M. Clare de Saint-Allais, externe des hôpitaux; — de M. le docteur John Fremlyn Streetfeild, chirurgien de l'hôpital ophthalmologique et professeur de clinique ophthalmologique à Londres; — de M. le docteur Chard (de Londres); — de M. le docteur Edward Brönner (de Bradford); — de M. le professeur Austin Flint (de New-York), ancien professeur à Chicago et à Buffalo, où il fonda le *Journal de médecine et chirurgie de Buffalo*, bien connu par ses travaux sur les maladies des voies respiratoires, sur l'albuminurie, la fièvre typhoïde, etc.; — de M. le docteur Samuel Cakley Van der Poel (de New-York); enfin de M. le professeur Joseph Nowak (de Vienne).

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons une douloureuse nouvelle. M. le professeur Bouchardat vient de mourir. Nous ne pouvons aujourd'hui que nous associer au deuil de ses fils. Dans son prochain numéro, la *Gazette hebdomadaire* rappellera les titres scientifiques de ce regretté maître.

Mortalité a Paris (12e semaine, du 21 au 27 mars 1886). — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 7. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 17. — Diphthérie, croup, 34. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 43. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 66. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 204. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 32; au sein et mixte, 18; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 129; de l'appareil circulatoire, 73; de l'appareil respiratoire, 129; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 20. — Causes non classées, 27. — Total : 1341.

Mortalité a Paris (13e semaine, du 28 mars au 3 avril 1886. — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 4. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50. — Phthisie pulmonaire, 237. — Autres tuberculoses, 42. — Autres affections générales, 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 165. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 34; au sein et mixte, 23; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 98; de l'appareil circulatoire, 64; de l'appareil respiratoire, 95; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 30. — Total : 1218.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5272. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie des sciences : Vaccination antirabique. — Académie de médecine de New-York : Les glycosuries transitoires. — Les Congrès de Berlin et de Wiesbaden.

A l'Académie des sciences, M. Pasteur a bien voulu, sur l'invitation de plusieurs de ses confrères, fournir quelques documents statistiques au sujet des inoculations qu'il a fait pratiquer jusqu'à ce jour, et expliquer en quoi les morsures du loup lui paraissent différer de celles du chien. Nous n'aurions rien à dire au sujet des 688 individus traités comme susceptibles d'être atteints de rage, si ce chiffre n'avait semblé trop élevé et si l'on avait pas émis cette opinion que, parmi les sujets inoculés, il peut s'en trouver quelques-uns qui l'ont été sans nécessité. A cet argument ne peut-on répondre, d'une part, que la santé actuelle des sujets inoculés prouve d'une manière évidente l'innocuité absolue de la méthode, et, d'autre part, qu'il est très difficile d'examiner au préalable si tous ceux qui réclament spontanément le traitement antirabique sont ou non exposés à être atteints de la rage. N'est-il pas certain qu'il vaut mieux inoculer inutilement que priver d'un traitement efficace les malheureux qui ne pourraient fournir des documents constatant officiellement la nature des lésions dont ils sont atteints? Personne ne peut nier que, sur les 688 inoculés, il n'en soit un grand nombre qui, ayant été mordus par des chiens enragés, seraient devenus rabiques. La méthode d'inoculation les a guéris. Cela suffit à prouver sa valeur.

Sur les 38 Russes mordus par des loups enragés, 3 ont succombé. A ce propos, M. Pasteur a publié une série de documents qui prouvent la gravité, presque toujours rapidement mortelle, de ces morsures. Il en a conclu que la durée d'incubation de la rage humaine par morsure de loups enragés est beaucoup plus courte que celle de la rage par morsure de chiens, et que cette gravité tient surtout au nombre et à la profondeur des morsures. Il conviendrait donc de multiplier les inoculations et de les pratiquer le plus rapidement possible dans les cas où l'on a affaire à des morsures très étendues et siégeant principalement à la face; mais il n'existerait pas de différence spécifique entre le virus rabique du loup et celui du chien. L'avenir prouvera ce qu'il faut penser de cette doctrine. Ce qu'il importe de retenir dès aujourd'hui c'est que l'immunité du plus grand nombre des malades venus de Russie tend à démontrer l'efficacité, même contre les morsures du loup, de la méthode antirabique appliquée au laboratoire de la rue d'Ulm.

— Parmi les discussions qui ont eu lieu ces jours derniers dans les Sociétés savantes de l'étranger il en est une que nous voulons résumer en quelques lignes, ne fût-ce que pour montrer que le sujet qui s'y trouve traité semble résolu depuis longtemps par les recherches de nos compatriotes. A l'Académie de médecine de New-York, M. le docteur M. Bride a insisté sur la fréquence des glycosuries transitoires dans un grand nombre de maladies et même chez des sujets fort bien portants en apparence. Souvent, dit-il, la proportion de sucre est très peu considérable. Il faut dès lors, pour la déceler, décolorer l'urine au charbon, filtrer et laver à plusieurs reprises le filtre à l'eau distillée, traiter ensuite cette eau de lavage par la liqueur de Fehling. Cependant le sucre apparaît toujours dans les cas d'emphysème, ou de bronchite chronique, dans les cardiopathies, les maladies du foie, etc., etc. A ces observations, M. E. Darwin Hudson a ajouté que la glycosurie se montrait aussi après l'administration de l'éther et du chloroforme, dans un grand nombre de maladies intéressant plus ou moins le système nerveux, en particulier dans l'asthme et la coqueluche, etc. Bien que M. Draper ait émis l'idée que ces glycosuries transitoires sont dues à un trouble de la nutrition — il est vrai qu'il a appelé ce trouble nutritif une dyspepsie accompagnée par une surabondance d'acide urique dans les urines, — il nous semble qu'aucun des membres de l'Académie de New-York n'a fait allusion aux observations qui démontrent la fréquence des glycosuries transitoires non seulement chez

les arthritiques, les obèses, etc., mais encore dans la plupart des maladies du système nerveux qui modifient la circulation parenchymateuse du foie, et, d'une manière plus générale, comme l'a fait remarquer M. Bouchard, dans toutes les affections qui activent la formation du sucre dans le sang ou qui empêchent sa fixation ou bien sa destruction dans les tissus. Or, avons-nous besoin de le rappeler, que de fois n'observe-t-on pas l'apparition du sucre, en proportions parfois assez notables, après un accès de fièvre très intense brusquement interrompu! Que l'on ait affaire à une pneumonie, à une angine, à un érysipèle ou à une fièvre intermittente, peu importe. Au moment où la température tombe, en vingt-quatre heures, de 40 degrés et quelquefois au-dessus à un chiffre normal, l'analyse des urines y révèle la présence du sucre. Il en est de même dans un grand nombre d'intoxications. Mais point n'est alors besoin pour expliquer les phénomènes morbides (céphalée, dépression des forces, etc.) de faire intervenir, comme l'a fait le docteur M. Bride, l'influence de cette glycosurie. Presque toujours en effet celle-ci reste passagère et nous pensons même que, même dans le paludisme, le diabète sucré permanent n'est que très rarement dû à ces accès passagers de glycosurie symptomatique.

L'essentiel pour le clinicien est de ne pas se méprendre sur la valeur diagnostique de ces accidents et de ne pas regarder comme un symptôme d'une maladie trop souvent incurable ce qui n'est d'ordinaire qu'un trouble de nutrition survenu dans le cours des maladies les plus diverses.

— Nous avons toujours considéré et nous regardons encore comme ne présentant qu'un intérêt relatif la publication *immédiate* du Compte rendu des Congrès ou Sociétés savantes de l'étranger; nous croyons plus utile et plus intéressante pour nos lecteurs une analyse critique des communications qui paraissent les plus importantes, et nous ne voulons pas encombrer nos colonnes d'une série de documents trop souvent sans valeur scientifique. Nous avons pensé toutefois qu'il convenait, pour être toujours en mesure de bien résumer les travaux des principaux Congrès, de nous assurer le concours de correspondants spéciaux qui voudraient bien nous mettre à même de mieux apprécier le mouvement scientifique de l'étranger. C'est ainsi que nous publions aujourd'hui un résumé succinct du Congrès de la Société allemande de chirurgie, qui s'est tenu à Berlin du 4 au 10 avril dernier, et une première correspondance qui nous est adressée de Wiesbaden au sujet du Congrès de médecine qui vient de s'ouvrir (le 13 avril) dans cette ville. Par la nature des questions qui s'y trouvent traitées, aussi bien que par le nom des médecins chargés de les discuter, ce dernier Congrès paraît devoir mériter plus particulièrement notre attention. Nous en publierons, dans notre prochain numéro, un compte rendu détaillé.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Considérations sur les teintures et alcoolatures d'aconit : Pastilles d'aconit.

Hahnemann avait été, à mon avis, assez mal inspiré lorsqu'il introduisit les alcoolatures dans la thérapeutique. A part l'alcoolature d'anémone pulsatile, dont le principe irritant se modifie au contact de l'air, les autres alcoolatures m'ont toujours paru faire double emploi avec les teintures, qui leur sont supérieures sous tous les rapports. Cette forme pharmaceutique a, de plus, l'inconvénient de jeter le plus grand trouble dans la posologie des médicaments. Cependant Béral, et après lui nos principaux auteurs, ont tellement exalté les vertus des alcoolatures, qu'un grand nombre de praticiens se figurent encore, à l'heure actuelle, qu'elles ont le pas sur les teintures, et ne doivent être employées qu'à doses moins élevées. A mon avis, c'est le contraire qui est la vérité; il est facile de prouver que les teintures sont deux fois plus actives que les alcoolatures, et je vais essayer de le faire voir en prenant l'aconit comme exemple.

D'abord, au point de vue de l'action physiologique et de l'extraction de l'aconitine, il est reconnu que cet alcaloïde ne subit aucune altération pendant la dessiccation de la plante. Ce point important acquis (Béral avait négligé de l'approfondir), le reste est établi par les chiffres suivants extraits de mon livre de laboratoire :

1 kilogramme d'aconit frais mis en macération avec 1 kilogramme d'alcool à 90 degrés forme 1^{kg},500 d'alcoolature, qui, évaporée, fournit 37^{gr},50 d'extrait, c'est-à-dire 2^{gr},50 pour 100. 1 kilogramme d'aconit frais donne 150 grammes d'aconit sec. Ces 150 grammes d'aconit sec épuisés par l'alcool donnent 37^{gr},50 d'extrait.

La plante n'a donc subi aucune altération.

Les teintures du Codex se faisant au cinquième, 150 grammes d'aconit sec et 750 grammes d'alcool à 60 degrés fournissent 750 grammes de teinture de feuilles d'aconit, qui, évaporée, laisse 37^{gr},50 d'extrait, précisément la quantité fournie par l'évaporation de 1500 grammes d'alcoolature. La teinture d'aconit est donc à l'alcoolature comme 750 est à 1500, c'est-à-dire comme 1 est à 2. La teinture de feuilles d'aconit étant déjà une préparation relativement faible, l'alcoolature de feuilles qui lui est inférieure n'a donc pas sa raison d'être.

J'en puis dire autant de l'alcoolature de racines d'aconit, seulement à un degré moindre; parce que la racine contient moins d'eau de végétation que la feuille, mais son activité reste encore un tiers plus faible que celle de la teinture préparée avec la racine sèche.

Il semble donc plus rationnel de ne conserver que la teinture de racines, qui peut être administrée à la dose de 10 à 30 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Cette teinture de racines d'aconit est un agent de premier ordre qui vient immédiatement après l'aconitine cristallisée. Quand, par la distillation, on lui enlève son alcool, elle laisse un extrait qui, à la dose de 1 à 4 centigrammes par jour, est un médicament qui la représente absolument.

La teinture de racines d'aconit m'a servi à établir une formule de *pastilles d'aconit* qui pourrait peut-être bien avoir son utilité dans la pratique, d'autant mieux que les formulaires n'en mentionnent aucune.

PASTILLES D'ACONIT.

Gomme adragante............	0^{gr},50
Eau de fleurs d'oranger.......	5 —
Sucre pulvérisé..............	50 —
Teinture de racines d'aconit...	4 — ou 200 gouttes.

F. s. a. et divisez en 100 pastilles de 50 centigrammes qui contiendront chacune 2 gouttes, c'est-à-dire 4 centigrammes de teinture. Elles peuvent être prises à la dose de 5 à 10 pastilles par jour.

J'ai constaté à plusieurs reprises que la teinturo de racines d'aconit administrée sous cette forme n'avait perdu aucune de ses propriétés essentielles.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médiale.

Note sur la tuberculose infantile : 1° sa fréquence; 2° son expression broncho-pneumonique; 3° son origine : *a.* par contagion (contagio-tuberculose), *b.* par hérédité de la graine (hérédo-tuberculose). Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 9 avril 1886, par MM. L. Landouzy et L. Queyrat, médecin et interne de l'hôpital Tenon.

Si l'on s'en rapporte à la majorité des auteurs qui se sont occupés des maladies des enfants, on croit la tuberculose — aussi bien la tuberculose pulmonaire, que la tuberculose des autres organes — rare au-dessous de deux ans, particulièrement rare au-dessous d'un an.

La rareté de la tuberculose du premier âge est catégoriquement affirmée par Papavoine, Rillet et Barthez, Picot et d'Espine, Descroizilles, etc., etc.

Pareille affirmation est faite par notre savant collègue M. Hervieux, qui, à l'autopsie de 996 enfants morts à l'hospice des Enfants-Trouvés, dit n'avoir trouvé que 18 tuberculeux âgés de moins de deux ans et 10 seulement âgés de moins d'un an.

Ces 28 tuberculeux du premier âge se répartissent de la façon suivante :

De la naissance à quinze jours..........	2
De quinze jours à quatre mois..........	0
De quatre mois à un an................	8
D'un an à deux ans..................	8

Ces 28 autopsies de tuberculeux faites par M. Hervieux donnent pour la tuberculose, en chiffres ronds, une mortalité de 2,8 pour 100, c'est-à-dire un taux des plus faibles.

W. Frobelius (1), lui aussi, à en juger par les chiffres fournis par sa récente statistique, croit au peu de fréquence de la tuberculose infantile.

Nous pensons tout autrement. Depuis trois ans que nous observons à la crècho de l'hôpital Tenon, nous croyons qu'on a mal jugé de la tuberculose chez les tout jeunes enfants et qu'on a singulièrement exagéré sa rareté.

Cette question de la tuberculose du premier âge est pleine d'intérêt et d'enseignements aussi bien pour le médecin praticien que pour le pathologiste général.

Elle est intéressante parce qu'elle permet d'étudier, dans ses particularités anatomo-pathologiques aussi bien que dans ses modalités symptomatiques vraiment originales, la prise de possession d'un bébé par l'infection parasitaire. Elle est intéressante surtout parce que les conditions spéciales d'observation dans une crèche, où mère et enfant sont réunis; aussi bien que le peu de temps parfois écoulé entre la naissance de l'enfant, le début et la terminaison de la maladie, peuvent servir à la solution du problème si complexe de la transmissibilité de la tuberculose par contagion ou par hérédité.

I

Dans le cours de la seule année dernière, dans le cours de l'année 1885, à la crèche de médecine de l'hôpital Tenon qui compte, à côté de 26 lits de mères, 26 berceaux seulement, le nombre des enfants de moins de deux ans :

Entrés....................	a été de	339
Décédés..................	—	61
Autopsiés................	—	35
Autopsiés-tuberculeux........	—	11

Nous avons donc pu, dans notre seul service, diagnostiquer, suivre et rigoureusement contrôler, en une année, 11 cas de tuberculose (1) chez des enfants dont l'âge se répartit ainsi du plus vieux au plus jeune :

M.	fille	23 mois
M.	—	22 —
G.	—	19 —
Ch.	—	15 —
B.	garçon	14 —
D.	—	12 —
S.	—	10 —
H.	—	7 —
N.	—	6 —
S.	fille	4 —
C.	garçon	3 —

Soit 6 enfants tuberculeux entre vingt-trois mois et un an; soit 5 enfants tuberculeux entre dix et trois mois; soit, en tout, 11 enfants tuberculeux entre deux ans et trois mois.

Ces 11 tuberculoses donnent le chiffre de 31,4 pour 100 de tuberculose sur la totalité de nos autopsies et le chiffre de 18 pour 100 sur la totalité des enfants morts dans le service.

Cette proportion laisse bien loin derrière elle, entre autres chiffres, ceux de M. Hervieux, qui, nous le rappelons, a vu la tuberculose, dans un autre milieu hospitalier, ne s'élever qu'à 2,8 pour 100 de ses autopsies.

D'où peut provenir le désaccord dans lequel nous nous trouvons avec la majorité des auteurs de pathologie infantile? Ce désaccord tient bien moins à ce que la tuberculose du premier âge serait en progression, qu'à notre manière de l'envisager et au pouvoir que la bactériologie nous donne aujourd'hui de dépister la tuberculose dans certaines de ses modalités hier méconnues ou mal interprétées.

Notre désaccord tient à ce que, preuves bactériologiques en mains, nous pouvons avec certitude rapporter à la tuberculose, et considérer comme monnaie de tuberculose, telles broncho-pneumonies que nos devanciers pouvaient tout au plus suspecter tuberculeuses.

II

Nous affirmons la fréquence de la tuberculose du premier âge parce que nous sommes en mesure de porter à son actif, comme bacillaires, certaines broncho-pneumonies que, à priori, en vertu d'idées doctrinales, nous suspections tuberculeuses. Maintes de ces broncho-pneumonies, simples d'aspect, dites *a frigore* ou rubéoliques, non revendiquées hier par la tuberculose, sont démontrées aujourd'hui n'être rien autre chose que le mode réactionnel de l'appareil broncho-pulmonaire vis-à-vis de l'infection bacillaire.

Ce qui nous amène à dire que la tuberculose du premier âge, dans nombre de cas, risque d'être méconnue si on s'attend à ce que son expression anatomo-pathologique soit calquée sur la tuberculose de la seconde enfance.

C'est qu'en effet, si l'on veut établir un parallèle entre la tuberculose de la seconde enfance et la tuberculose du premier âge, on peut dire que, chez l'enfant de sept à dix ans, la maladie prend volontiers des airs de tuberculose locale difficiles à méconnaître, tandis que, chez le bébé, l'infection

(1) Frobelius, *Jahrbuch für kinderheilkunde*, t. XXIV, p. 47.

(1) Ces onze cas, qui n'ont trait qu'aux tuberculeux autopsiés, ne peuvent, ni en fait, ni dans notre pensée, donner une idée de la tuberculose totale à la crèche de Tenon : la tuberculose pouvait exister chez plus d'un des 26 décédés non autopsiés, et plus d'une fois le diagnostic tuberculose avait été par nous porté sur les 278 enfants qui ont quitté l'hôpital soit guéris, soit améliorés, soit dans le même état qu'à l'entrée.

tuberculeuse tend souvent à mieux garder ses allures de maladie générale et, parfois, ne pousse ni fort avant ni profondément ses localisations. La preuve de ceci, nos observations la fournissent dans la constatation de ce double fait, que :

1° Durant la vie, l'expression symptomatique a été moins celle d'une affection pulmonaire que d'une maladie générale dénoncée par la fièvre, l'anorexie, l'amaigrissement, etc.;

2° A l'autopsie, la localisation sur le poumon est souvent peu de chose comme étendue et comme profondeur : parfois elle est à peine plus intense que ne le sont diverses lésions dont la dissémination sur une série d'organes (état de dégénération du foie, hypertrophie de la rate, injection de l'intestin grêle, etc.) témoigne de l'infection de l'économie tout entière.

A considérer ces diverses lésions, aussi bien dans le détail que dans l'ensemble, on ne comprend vraiment ni pourquoi ni comment la mort est survenue. Ce n'est assurément ni à un noyau de broncho-pneumonie ni à telle ou telle détermination viscérale circonscrite, mais à l'infection tuberculeuse qu'a succombé l'enfant.

C'est de cette manière, c'est de fièvre tuberculeuse, que le 25 juillet nous perdions un bébé de quatre mois, S... (Adèle), entrée à notre crèche, le 8 juillet, avec sa mère (l'examen des crachats avait montré qu'il s'agissait d'une phthisie bacillaire) phthisique à la troisième période. Le 22 juillet, l'enfant, qui jusque-là paraissait bien portante, était prise de convulsions avec fièvre (41 degrés, température rectale), et mourait en deux jours.

Les seules lésions trouvées à l'autopsie étaient l'hypertrophie de quatre ganglions bronchiques droits : l'examen par la méthode d'Erlich révélait un nid de bacilles dans un des ganglions caséeux !

Nous pouvons dire, sans exagération, que ce paradoxe existant entre le peu d'intensité des localisations — pulmonaires ou autres — et la mise à mort des bébés, pour être rarement aussi saisissant que dans le cas de cette enfant tuberculeuse, n'est point, dans notre crèche, un fait d'observation exceptionnelle. La fièvre tuberculeuse tue parfois les enfants du premier âge avant que de grosses localisations aient eu le temps de se produire.

C'est ce que nous voyions hier encore à l'autopsie d'un bébé de deux mois, mort le 29 mars dernier, H... (Elise) — fille d'une mère soignée dans notre service pour une tuberculose aiguë — chez laquelle avec des lésions caractéristiques des maladies infectieuses : foie gras, rate hypertrophiée, plaques de Peyer injectées, etc., nous trouvions, au-dessous d'adhérences pleurales limitées au sommet droit, un petit noyau de broncho-pneumonie occupant le bord postérieur du lobe supérieur droit. Suffisante pour se dénoncer à l'auscultation et à la percussion, cette broncho-pneumonie était à coup sûr incapable de tuer l'enfant.

Au reste, il y a mieux pour dénoncer ces broncho-pneumonies mounaies de tuberculose, il y a mieux que ces considérations du paradoxe existant, chez nos bébés, entre la maladie générale et l'état lésionnal pulmonaire. Ces broncho-pneumonies, nous sommes à même de les démontrer bacillaires, alors même qu'elles constituent à elles seules toute la localisation tuberculeuse, alors même qu'aucune granulation tuberculeuse ne viendrait inviter à en faire autre chose qu'une broncho-pneumonie simple.

C'est, entre autres exemples, ce que nous avons pu faire chez un de nos petits malades (1), qui avait présenté les signes physiques d'une broncho-pneumonie qu'on aurait pu croire simple, banale, *a frigore*, n'avait été pourtant le contraste relevé entre le peu d'étendue des lésions d'une part, et la gravité de l'état général d'autre part.

(1) St..., garçon, dix mois, nourri au sein, gros, fort, vigoureux, tombé malade et commençant à tousser au moment de la première dentition, quinze jours avant d'être reçu à Tenon, y entre avec tous les signes d'une broncho-pneumonie du sommet gauche et meurt en deux jours.

L'autopsie montra les organes sains, moins la rate et le poumon gauche.

La rate était hypertrophiée : de granulations tuberculeuses point, mais une plaque de périsplénite. Le poumon gauche présentait, au sommet du lobe supérieur, un foyer de broncho-pneumonie d'aspect vulgaire, au centre duquel étaient groupés des noyaux caséeux de dimensions inégales, variant d'un grain de chènevis au volume d'un haricot.

Pas d'apparence de tuberculose soit miliaire soit infiltrée. Les ganglions trachéo-bronchiques étaient hypertrophiés.

L'examen de la matière caséeuse du poumon et des ganglions par la méthode d'Erlich décela la présence de nombreux bacilles.

Même constatation a été faite par notre maître le professeur Cornil sur un enfant mort à la suite de la rougeole. « Le diagnostic (1) porté pendant la vie et après l'inspection des pièces cadavériques avait été broncho-pneumonie. Le poumon présentait en effet des îlots de pneumonie à divers degrés et de la bronchite, sans que l'examen à l'œil nu pût faire penser à des tubercules. Il y avait cependant, dans les parties hépatisées, de petites masses grises, jaunâtre et opaques, caséeuses, à surface lisse et planiforme, fondues dans l'hépatisation, n'ayant nullement l'apparence des tubercules miliaires. Les coupes de ces îlots jaunâtres nous ont montré les alvéoles pulmonaires remplis de fibrine granuleuse et de débris de cellules ; les parois alvéolaires étaient peu distinctes. Il y avait là une quantité considérable de bacilles dans l'intérieur des alvéoles et dans leurs parois, surtout dans les points où le tissu était devenu granuleux, homogène et où les limites des alvéoles étaient difficiles à apprécier. C'est dans ce fait de broncho-pneumonie suite de rougeole que nous avons vu le plus grand nombre de bacilles. »

Cette même rectification de diagnostic, nous avons pu la faire chez un de nos petits malades mort avec la rougeole. Nous avons pu nous convaincre que la broncho-pneumonie était chez lui bel et bien bacillaire, la rougeole paraissant avoir joué simplement un rôle d'appel et d'opportunité pour la tuberculose pulmonaire.

Mêmes constatations ont été faites par notre distingué et si regretté collègue Thaon (2), qui trouva des nids de bacilles au milieu de foyers nodulaires de broncho-pneumonie chez trois enfants morts de rougeole.

Ici encore, n'avait été fait l'examen bactériologique, la broncho-pneumonie passait pour une broncho-pneumonie rubéolique et le nombre des tuberculoses infantiles se trouvait diminué d'autant.

(*A suivre.*)

Ophthalmologie.

De l'opération de la cataracte, par le docteur Louis Vacher, médecin-major à Orléans.

(Fin. — Voyez le numéro 15.)

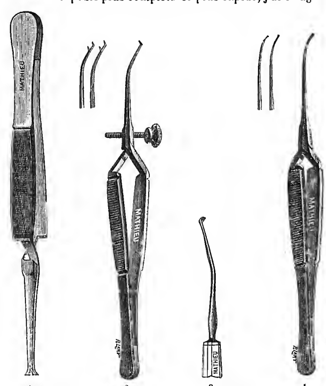
Depuis ma sortie du Val-de-Grâce (1877) je me suis adonné tout spécialement à l'étude de la chirurgie oculaire, que j'y avais commencée sous la direction de MM. Perrin, Poncet et Chauvel. Je me suis toujours servi pour opérer la cataracte de la méthode à lambeau taillé dans le limbe scléro-cornéen, mais sans jamais faire l'iridectomie, que je regardais comme une mutilation inutile, si ce n'est dans certains cas, où je la

(1) Cornil et Babès, *les Bactéries*, 1re édition, p. 613.

(2) L. Thaon, *A propos des broncho-pneumonies de l'enfance et de leurs microbes* (*Revue de médecine*, 10 décembre 1885, p. 1023).

pratiquais *forcément*, soit avant l'issue du cristallin, par suite d'athrésie de la papille, soit après sa sortie, par suite de prolapsus irien difficilement réductible ou maintenu.

Pour faciliter l'extraction du cristallin, j'ai été conduit à modifier l'instrument et le procédé. Afin de faire une déchirure de la capsule plus complète et plus rapide, j'ai imaginé



Instruments du docteur Vacher.

1. Pince à fixer. — 2. Pince kystitome. — 3. Décoiffeur du cristallin. 4. Pince à iridectomie.

une *pince à double kystitome* et à écartement variable, qui remplace avantageusement tous les kystitomes construits jusqu'à ce jour. La vis qui règle l'écartement des branches permet de s'en servir comme d'un simple kystitome ou de régler leur ouverture possible dans la chambre antérieure. Introduite fermée, implantée légèrement dans la cristalloïde, une simple pression écarte les kystitomes de la quantité prévue d'avance; ramenée à la périphérie et abandonnée à elle-même, les kystitomes se rapprochent, emprisonnant souvent un lambeau de cristalloïde. Dans tous les cas, on a une large déchirure quadrilatère. A ce moment de l'opération, si le cristallin est volumineux, si le lambeau cornéen est trop court, et surtout si la contraction de la pupille est très forte, il peut arriver au plus habile opérateur d'avoir une luxation du cristallin en haut et en arrière de l'iris. Il arrive même qu'on est obligé, après avoir essayé de toute manière de provoquer l'issue du cristallin, de faire une iridectomie ou d'abandonner le cristallin dans l'œil s'il y a perte d'humeur vitrée. Pour remédier d'une manière complète à ces accidents, j'ai fait construire un instrument que j'appelle *décoiffeur* du cristallin. Il a la forme d'un écarteur des paupières excessivement petit et se manœuvre de la même façon. Introduit dans l'œil immédiatement après la pince kystitome, la partie recourbée vient se placer au centre de l'iris et embrasser le sphincter comme fait l'écarteur sous la paupière. Pendant que, de la main gauche qui tient la pince à fixation ou qui appuie, suivant le cas, légèrement sur la paupière inférieure, on fait bomber le cristallin contre la cornée, le décoiffeur, doucement retiré de l'œil, entraîne le sphincter de l'iris à la périphérie en le dilatant, et le cristallin, véritablement décoiffé de l'iris, vient se présenter dans la plaie cornéenne. Rien de plus simple alors que de le saisir avec un crochet ou une pince à double pointe, comme celle que j'ai fait construire, et de l'entraîner lentement au dehors sans produire aucune pression sur le globe. L'iris, moins contus, moins longtemps tiraillé, se réduit de lui-même, et l'opération s'achève dans les meilleures conditions.

Revenons aux instruments nécessaires. Voici ceux que j'emploie : blépharostat à angle interne de Landolt ou blépharostat à angle externe de mon modèle, pince à fixation de mon modèle, couteau de Græfe, pince kystitome de mon modèle, décoiffeur du cristallin, pince ou crochet pour harponner le cristallin dès qu'il fait hernie entre les lèvres de la plaie cornéenne, spatule en écaille, curette de Daviel et Crittchett. Ces instruments réunis, vérifiés et plongés dans du liquide antiseptique, comme il a été dit plus haut, il faut procéder à la *toilette* de l'œil.

Après avoir vérifié l'état des culs-de-sac, des points lacrymaux et des cils, il faut laver soigneusement les paupières, les cils et les sourcils avec un tampon d'ouate phéniquée trempée dans le liquide; instiller deux ou trois gouttes de solution de salicylate de cocaïne (1) et placer le blépharostat. Au bout de quelques minutes, faire un lavage minutieux sous les paupières au moyen d'un filet de liquide projeté par un injecteur à boule de caoutchouc ou un simple siphon, instiller de nouveau de la cocaïne, vérifier si le jour est bon et si les instruments sont à portée.

Opération. — L'œil fixé, je fais avec le couteau de Græfe une incision dans le limbe scléro-cornéen, qui détache à peu près les deux cinquièmes de la cornée. Sans lâcher la pince à fixation, je procède à la capsulotomie au moyen de ma pince à double kystitome introduite fermée, et dont j'ai au préalable réglé l'ouverture. Maintenant toujours l'œil avec la pince à fixation, j'introduis ensuite le décoiffeur du cristallin. Pendant qu'il entraîne l'iris à la périphérie, j'appuie très légèrement contre le globe avec la pince à fixation; le cristallin s'engage immédiatement entre les lèvres de la plaie cornéenne, où je le saisis soit avec ma pince cristallinienne, soit avec un simple crochet.

Le cristallin sorti, j'abandonne l'œil en enlevant la pince à fixation. Il ne reste plus qu'à faire le *nettoyage* de la pupille. La découverte de la cocaïne a rendu cette délicate partie de l'opération bien simple.

Le malade regarde fortement en bas, de la main gauche je dirige entre les lèvres de la plaie cornéenne un mince filet de liquide antiseptique pendant que de la main droite, armée d'une simple curette, j'appuie légèrement et à plusieurs reprises sur la lèvre périphérique de la cornée. Les masses cristalliniennes se présentent facilement et sont entraînées au dehors par le liquide, qui pénètre en même temps dans la chambre antérieure, fait le rôle d'humeur aqueuse, et provoque l'issue des moindres parcelles, qui, plus tard, opacifiées, viendraient diminuer l'acuité visuelle ou provoquer une cataracte secondaire. Dès que la pupille est parfaitement noire, l'opération est terminée, et on enlève le blépharostat pendant que le liquide coule toujours sur le globe, entraînant les restes de la cataracte au dehors, et que le malade ferme doucement les yeux.

Il ne reste plus qu'à instiller quelques gouttes de collyre à l'ésérine et à faire le pansement, qui est bien simple : un tampon d'ouate phéniquée ou hygroscopique humecté de liquide est déposé légèrement sur les yeux ; au-dessus, un peu d'ouate sèche, puis une bande de mousseline de laine large de 5 centimètres, longue de 4 mètres, très légèrement compressive, car je suis persuadé que la plupart des hernies iriennes qui surviennent après l'opération sont dues à ce que le premier pansement a été trop serré et a facilité, par conséquent, l'entre-bâillement de la plaie cornéenne. Le malade

(1) Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1885, p. 584.

n'a plus qu'à regagner avec précaution son domicile et à se mettre au lit.

Je crois nécessaire de revoir l'opéré six heures après environ. S'il ne se passe rien d'anormal, à ce moment, déjà les douleurs post-opératoires ont notablement diminué et même presque entièrement disparu. Si, au contraire, elles persistent ou augmentent en s'accompagnant de larmoiement et de sensation de brûlure ou de corps étranger, il ne faut pas hésiter: défaire tout le pansement, attirer légèrement en bas la paupière inférieure, pour voir s'il n'y a pas une accumulation irritante de larmes; ouvrir l'œil, l'examiner très attentivement, réduire l'iris si une hernie s'est produite, faire un nouveau lavage antiseptique et instiller de l'ésérine, puis remettre un nouveau pansement encore plus délicatement, si c'est possible.

En procédant ainsi on arrivera, j'en suis sûr, à sauver des yeux dont la perte aurait été certaine si l'on avait laissé persister quelques heures de plus ces causes d'irritation.

Les pansements successifs devront être renouvelés tous les jours au moins, et même deux fois par jour pendant les quatre premiers jours, surtout si l'on constate une légère sécrétion muco-purulente. Ces pansements devront être maintenus humides, et chaque fois le bord des paupières et l'angle interne de l'œil seront lavés avec soin.

Au bout de quatre jours pleins, on peut ouvrir l'œil et l'examiner à l'éclairage oblique. Si tout va bien, le succès paraît assuré, car à cette heure la cicatrice est assez résistante pour barrer passage à une infection venue du dehors. Les mêmes soins devront être cependant continués jusqu'au huitième jour. Le bandeau est remplacé ce jour-là par des lunettes fumées qui sont portées plusieurs semaines.

En terminant cette courte étude sur la cataracte, je me permets d'appeler l'attention sur la manière dont je pratique la sortie du cristallin et le nettoyage de la pupille. Je suis persuadé que tous les opérateurs qui voudront l'essayer s'en trouveront bien.

CORRESPONDANCE

Pneumatose stomacale.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

A l'occasion de l'article qui vient d'être publié dans le n° 11 de la *Gazette* sur *la dilatation de l'estomac*, article que j'ai lu avec beaucoup d'intérêt, permettez-moi de vous communiquer une observation depuis longtemps recueillie, laquelle a trait à un cas de « pneumatose stomacale aiguë suivie de mort par asphyxie ».

Obs. — C'est au commencement du printemps de l'année 1884 que je fus appelé pour la première fois dans un village situé à une distance de 12 kilomètres environ de notre ville, pour le malade qui fait le sujet de cette observation.

Ce malade, âgé de soixante ans, de bonne constitution, agriculteur de profession, me raconta que, peu de jours auparavant, il avait éprouvé, au milieu d'un état de santé très satisfaisant, une certaine incommodité du côté de l'estomac, et qu'à partir de ce moment il s'était aperçu que son épigastre se gonflait de jour en jour davantage.

Les antécédents de cet homme démontraient des fonctions digestives ordinairement régulières, pas de maladies antérieures sérieuses, point d'habitudes alcooliques ou nicotiques.

La région épigastrique était très tuméfiée, sonore à la percussion et indolente à la pression; il était cependant difficile de pouvoir s'enquérir, par un examen local, de l'état organique tant de l'estomac que des organes voisins; du reste, les antécédents et la manière dont avaient débuté les accidents n'étaient point de nature à faire soupçonner une lésion viscérale grave. En fait, la situation du malade, bien que gênante, n'était en aucune façon inquiétante, grâce à une intégrité fonctionnelle relative des appareils intra-thoraciques. Conséquemment, je lui prescrivis tout simplement un purgatif, et le lendemain le patient, entièrement rétabli après quelques purgations, était déjà prêt à reprendre ses travaux.

Quelque temps après j'ai eu l'occasion d'examiner cet individu, mais je n'ai pu découvrir chez lui aucun état morbide, ni du côté de l'estomac, ni du côté du foie ou de la rate. Le cœur et les poumons ne présentaient rien de particulier. J'ai eu alors la conviction que j'avais eu affaire à une pneumatose stomacale essentielle, passagère. Toutefois il m'a paru utile de prescrire à ce malade un régime convenable associé à quelques poudres absorbantes.

Au bout d'un an, après une parfaite santé, notre homme fut pris de nouveau de la même incommodité; mais, au lieu d'envoyer chercher le médecin, il s'était contenté de prendre seul un purgatif, lequel, du reste, n'avait produit aucun résultat. Voyant que sa position devenait de moment en moment plus grave, il me fit appeler.

Cette fois, à l'inverse de la bénignité des accidents de l'année passée, le malade se trouvait en proie à une vive anxiété, il était couché sur le dos en position presque horizontale. L'épigastre était excessivement ballonné, sonore à la percussion et indolent à la pression. L'estomac, siège exclusif de la dilatation, était tellement distendu, qu'il se dessinait à travers les téguments épigastriques de la manière la plus accentuée, ce qui faisait un contraste choquant avec la voussure naturelle de la région abdominale inférieure. La respiration était profondément troublée, le pouls était petit et irrégulier, les mains étaient froides et légèrement cyanosées; ajoutons à cela l'existence de troubles sensoriels, et l'on avait le tableau symptomatique d'une mort imminente par asphyxie.

J'avoue que, pour le moment, je fus très embarrassé eu égard à la conduite à tenir vis-à-vis d'un cas aussi grave que rare; cependant, après une courte réflexion, j'avais conclu qu'il n'y aurait qu'un seul moyen capable de conjurer le danger, c'était de donner issue aux gaz par une ponction avec un trocart fin. Je revins donc en ville en toute hâte pour prendre ce qu'il fallait, mais malheureusement, à ma seconde visite, je trouvai le malade déjà mort. L'autopsie n'a pu être faite.

Voilà encore un cas exceptionnel de mort, je dirai rapide, par dilatation stomacale aiguë, si toutefois on entend par dilatation toute distension du viscère, sans tenir compte de la nature de l'agent dilatant. Il est certain que, dans le cas dont il s'agit, la véritable cause de la production excessive des fluides élastiques dans l'estomac n'a pas été reconnue; cependant, sans vouloir nier la possibilité d'une erreur de diagnostic, je serais porté à y admettre une exhalation gazeuse exagérée de la muqueuse gastrique par trouble nerveux idiopathique avec rétention du produit exhalé dans la cavité du ventricule par occlusion spasmodique des orifices pylorique et œsophagien. L'apparition soudaine des accidents, leur répétition après un intervalle si long d'une santé parfaite, au moins d'après le dire du malade et de ses parents, plaident suffisamment, ce me semble, en faveur de cette hypothèse. D'ailleurs, toute interprétation étiologique réservée, je ne donne cette observation que pour fournir un fait de plus à côté des cas relativement rares de ce genre de mort.

Dr Zantiotis.

Réni (Russie), 7 avril 1886.

Contagion de la fièvre typhoïde.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Les dernières discussions de la Société médicale des hôpitaux rendent intéressants, je crois, tous les cas de dothiénentérie contractés par contagion dans les hôpitaux; je vous envoie donc le fait suivant, qui me paraît absolument typique :

Obs. — Le nommé H..., âgé de vingt-deux ans, était entré à l'hôpital de Joigny, le 14 janvier 1886, pour fracture de jambe; il avait eu bonne santé générale pendant toute la durée de la con-

solidation de sa fracture; il était même devenu un peu obèse, et jouissait d'une constitution très robuste.

Le 28 février, entre au même hôpital le nommé B..., atteint d'embarras gastrique fébrile, qui ne tardait pas à prendre les caractères de la fièvre typhoïde. A son arrivée, B... occupait un lit en face de celui de H..., puis, après deux ou trois jours, était transféré dans une salle voisine, qui n'est séparée de la précédente que par une porte vitrée fréquemment ouverte.

Le 9 mars, une deuxième fièvre typhoïde entrait à l'hôpital et était placée immédiatement dans la salle occupée par B...

Le 21 mars, je faisais évacuer la salle voisine de celle des typhoïdiques, et tous les malades étaient transportés dans une autre chambre un peu plus éloignée.

Le 23 mars, H... se plaint de céphalée, toux, constipation; nous pensons à une inertie intestinale due au séjour prolongé au lit; un purgatif copieux reste sans effet et n'amène aucune sédation; il est renouvelé le 24; à cette date la température de H... s'élève et les symptômes généraux s'aggravent.

Le 25, température de 40°,2. Le 27, le diagnostic fièvre typhoïde est discuté, bien qu'à cette époque il n'y ait aucun cas de dothiénentérie dans la garnison, et que l'hôpital de Joigny soit placé dans des conditions excellentes d'hygiène et de confort.

Le 30 mars, il n'y a plus à hésiter (taches rosées, etc.), et H... est transporté dans la salle des typhiques, où il meurt le 4 mars au soir.

L'autopsie a pleinement confirmé le diagnostic et révélé des lésions de dothiénentérie au douzième jour environ.

Nous devons ajouter que, dans cette salle même des typhiques, avait été placé un engagé conditionnel atteint de pneumonie à forme typhoïde; ce malade a guéri de sa pneumonie et n'a pas contracté de dothiénentérie.

Nous pourrions invoquer le peu de valeur d'un seul fait négatif, mais nous préférons pourtant objecter que ce jeune volontaire était Parisien (j'entends ayant vécu à Paris depuis son enfance). Cette immunité des Parisiens dans les épidémies de fièvre typhoïde provinciale est certainement considérable.

Nous avons observé, en janvier et février 1886, une petite épidémie de fièvre typhoïde (13 cas) dans un régiment qui, sur 730 hommes environ, compte 240 Parisiens, c'est-à-dire plus d'un tiers de l'effectif. Sur ces 13 fièvres typhoïdes, 11 jeunes soldats ont été atteints. La dernière classe de ce régiment (classe 1884) comprend 186 appelés et 33 engagés, sur lesquels 62 Parisiens (45 appelés et 17 engagés).

Pas un Parisien n'a été atteint. En outre, de 1882 à 1886, il y a eu 53 cas de fièvre typhoïde dans le régiment. Pas un cas ne s'est montré sur un de ces 240 Parisiens (classes 1881-1882-1883-1884). Il y a eu 2 cas, mais sur des hommes de classes antérieures. Il m'a paru curieux d'insister sur cette influence de l'assuétude, qu'un de nos maîtres, le professeur L. Colin, a l'un des premiers, je crois, mise en relief.

Dr Catrin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Note complémentaire sur les résultats de l'application de la méthode de prophylaxie de la rage après morsure, par M. *Louis Pasteur*. — Le 1er mars dernier, j'ai fait connaître à l'Académie les résultats de la méthode de prophylaxie de la rage portant sur 350 personnes de tout âge, après morsure par chiens enragés. Aujourd'hui (12 avril) le nombre total des personnes traitées ou en traitement est de 726.....

Le nombre de personnes traitées après morsure de chiens enragés s'élève à 688. Le nombre de personnes traitées après morsure de loups enragés est de 38. Si cette distinction n'était pas faite, on s'exposerait à porter sur la méthode de prophylaxie de la rage un jugement erroné. Des 688 personnes traitées après morsures de chiens, toutes se portent bien (exception toujours faite de la petite Pelletier). Cependant, plus de la moitié a déjà dépassé la période dangereuse. Des 38 Russes traités ou en traitement après morsures de loups enragés, 3 sont morts rabiques; les autres vont bien, quant à présent; mais il est impossible de prévoir ce qui arrivera ultérieurement. Il existe en effet de profondes différences entre les suites des morsures par les chiens ou par les loups. Plusieurs personnes ont eu l'obligeance de me faire connaître des récits très authentiques de l'effet des morsures de loups enragés. En réunissant ces documents, on arrive à la proportion de 82 morts pour 100 mordus par loups enragés, et dans 6 des cas sur 8 il y a eu autant de morts que de mordus. Si l'on appliquait cette proportion, dans la mortalité, aux 19 Russes de Smolensk dont le traitement est terminé et dont 16 reprennent aujourd'hui le chemin de la Russie, ce n'est pas 3 morts par rage dont on aurait à déplorer la perte, mais 15 ou 16. On ne saurait douter que le traitement a dû être efficace pour la plupart d'entre eux. Il y a plus : en Russie on s'accorde généralement à dire que toute personne mordue par un loup enragé est vouée à la mort par rage. Les faits précédents nous démontrent :

1° Que la durée d'incubation de la rage humaine par morsure de loups enragés est souvent très courte, beaucoup plus courte que la rage par morsure de chiens;

2° Que la mortalité à la suite des morsures par loup enragé est considérable si on la compare aux effets des morsures du chien.

Ces deux propositions trouvent une explication suffisante dans le nombre, la profondeur et le siège des morsures faites par le loup qui s'acharne sur sa victime, l'attaque souvent à la tête et au visage. Les autopsies des trois Russes qui ont succombé à l'Hôtel-Dieu, et l'inoculation de la moelle allongée du premier de ces Russes à des chiens, des lapins et des cobayes, prouve que le virus du loup et celui du chien ont sensiblement la même violence, et que la différence entre la rage du loup et la rage du chien tient surtout au nombre et à la nature des morsures.

Ces faits m'ont conduit à chercher si, dans le cas de morsures par loups enragés, la méthode ne pourrait pas être utilement modifiée par des inoculations en plus grande quantité et dans un temps plus court. Je ferai part ultérieurement des résultats à l'Académie.

Dans tous les cas, pour le loup en particulier, il est bon de se soumettre le plus tôt possible au traitement préventif. Les Russes de Smolensk ont employé six jours pour le voyage et ne sont arrivés au laboratoire que quatorze ou quinze jours après les accidents. On aurait donc pu à la rigueur commencer leur traitement huit jours plus tôt, et l'on ne saurait dire quelle aurait été l'influence de cette modification pour les trois qui ont succombé.

Essai expérimental sur le pouvoir toxique des urines fébriles. Note de M. *V. Feltz* — Dans un précédent travail fait en collaboration avec M. Ritter et couronné en 1884 par l'Académie de médecine, l'auteur avait démontré que les urines humaines normales, fraîches, bien filtrées, chauffées à 33 degrés, et d'une densité de 1018 à 1020, devenaient toxiques pour les chiens auxquels on en injectait, dans le sang veineux, une quantité équivalente au volume d'urine qu'ils sécrètent en trois fois vingt-quatre heures environ. Et les accidents ainsi provoqués étaient identiques aux accidents urémiques ou urinémiques que l'on détermine chez des animaux lorsqu'on tarit par un procédé quelconque la sécrétion urinaire.

Aujourd'hui M. Feltz rend compte de quatorze nouvelles expériences qu'il vient de faire avec M. Ehrmann, touchant

l'action des urines humaines pathologiques provenant de malades atteints de fièvre typhoïde, de scarlatine, tuberculose aiguë, pneumonie et rhumatisme articulaire aigu. En voici les résultats :

1° Les accidents urémiques conduisent toujours au coma et presque toujours à la mort, se montrent beaucoup plus vite que lorsque l'on emploie des urines normales;

2° Ils surviennent avec des doses d'urine bien inférieures à celles qui seraient nécessaires si on opérait avec des urines normales;

3° Les doses d'intoxication des urines fébriles sont des deux tiers ou de moitié inférieures aux doses d'intoxication des urines normales;

4° Le pouvoir toxique des urines fébriles est loin d'obéir à la loi de proportionnalité des densités;

5° Il y a donc dans les urines fébriles des agents de toxicité qui ne se trouvent pas dans les urines normales ou qui ne sont représentées dans ces dernières que par des quantités relativement très faibles.

Sur le contraste simultané. Note de M. *Aug. Charpentier*. — Tout le monde connaît les phénomènes de contraste simultané : aux environs d'une surface colorée quelconque, tend à se produire la sensation d'une couleur complémentaire. Ce phénomène a lieu, ainsi qu'il l'a vérifié, même lorsque la surface colorée est placée dans une complète obscurité. Il y a donc là une véritable excitation lumineuse dans des régions de la rétine ne recevant pas la lumière extérieure. Or, si cette excitation affectait les régions des centres nerveux qui servent ordinairement à la sensation, il faudrait, d'après les faits connus, moins de lumière pour produire une sensation nouvelle dans cette zone de contraste (zone induite) qu'en l'absence de la lumière inductrice.

C'est là la question que l'auteur a étudiée à l'aide du photoptomètre différentiel qui lui a souvent servi, et il l'a résolue par la négative. Le minimum perceptible est le même dans une zone de la rétine en présence ou en l'absence d'une surface lumineuse voisine, donnant lieu au contraste simultané. Le phénomène nerveux de la perception d'une couleur de contraste doit donc avoir un autre siège que le phénomène de la sensation lumineuse directe, probablement un siège plus spécialement psychique ou idéatif.

La théorie que M. Charpentier a donnée dans une note précédente (20 juillet 1885) des perceptions colorées, permet de se faire une idée (hypothétique, bien entendu) de la production du contraste. Il a admis que ces perceptions résultaient de la coexistence de deux modes de vibrations nerveuses dans l'appareil visuel, lesquelles vibrations seraient harmoniques l'une par rapport à l'autre, mais auraient des phases relatives différentes suivant la couleur. Or, en supposant que ces vibrations soient comparables à celles du téléphone, c'est-à-dire résultent d'oscillations périodiques dans l'équilibre électrique de l'élément nerveux excité, il se trouve précisément que les oscillations *suscitées par l'induction électrique ou électro-magnétique dans les éléments nerveux voisins* correspondraient comme forme à celles qui caractérisent la complémentaire de la couleur excitatrice. La seule condition est que les longueurs d'onde des deux modes de vibrations visuelles soient entre elles dans le rapport de 1 à 3 ou à 7, 11, 15, etc. S'il en était ainsi, la production des couleurs de contraste dans une région non directement excitée serait facile à concevoir, ce seraient bien, au sens propre comme au sens figuré, des couleurs induites.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

En raison du décès de M. *Bouchardat*, ancien président de l'Académie, la séance est levée après une allocution de M. *le Président*, dans laquelle sont exprimés les regrets de la Compagnie pour la perte qu'elle vient de faire de son savant et vénéré collègue.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos de la contagiosité de la fièvre typhoïde : M. Joffroy. — Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde ; valeur séméiologique des nodosités de Bouchard, par M. Legendre : M. Duguet. — De la tuberculose infantile : M. Landouzy. — Anévryeme latent, spontanément guéri, de l'aorte abdominale. Cirrhose biliaire latente d'origine calculeuse (Présentation de pièces anatomiques) M. A. Robin. — Un cas de pied tabétique : M. Troisier (Discussion : MM. Féréol, Chauffard, Gérin-Roze). — Un autre cas de pied tabétique (Présentation de malade) : M. Féréol. — De l'influence de la quantité des boissons sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité : M. A. Robin (Discussion : MM. Debove, Dujardin-Beaumetz).

M. *Joffroy* apporte quelques rectifications à sa précédente communication sur la contagiosité de la dothiénentérie dans les hôpitaux. Ce n'est pas 340, mais 310 cas seulement de fièvre typhoïde qu'il a observés. D'autre part, il n'a pas enregistré une absence complète de cas intérieurs, ainsi qu'il l'avait dit tout d'abord : il a vu se développer la fièvre typhoïde chez un jeune tuberculeux résidant à l'hôpital depuis plus d'un mois. En outre, lorsqu'il était à l'hôpital des Enfants, il a constaté l'éclosion de la maladie chez deux infirmières de cet établissement, qu'il dut faire transporter à Necker. Il est d'avis que ces cas, pas plus que ceux de M. Gérin-Roze, ne peuvent prouver la contagiosité directe de la fièvre typhoïde. Il ne la nie pas, mais la croit bien moindre, si elle existe, que pour les fièvres éruptives ou la diphthérie. Ces affections donnent, dans les hôpitaux, une proportion de cas de contagion qui dépasse notablement le chiffre de la morbidité épidémique en ville et établit nettement leur contagiosité directe, tandis que les cas de fièvre typhoïde développée dans les services hospitaliers sont trop rares pour avoir une semblable signification.

— M. *Duguet* offre à la Société, au nom de M. P. Legendre, sa thèse inaugurale intitulée : *Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde ; valeur séméiologique des nodosités de Bouchard.* L'auteur établit les conditions de fréquence et de développement de la dilatation gastrique, et montre la valeur séméiologique de l'état noueux des articulations phalangophalanginiennes, signalée par M. Bouchard. Il se croit autorisé à conclure que la dilatation gastrique « constitue une prédisposition particulière à contracter la fièvre typhoïde, ainsi que les affections parasitaires dont les parasites pénètrent par les voies digestives ». Quatre cas de récidives de fièvre typhoïde ont été constatés chez des sujets atteints de dilatation de l'estomac.

— M. *Landouzy* donne lecture d'un intéressant mémoire sur *la tuberculose de la première enfance* (voy. p. 255).

— M. *A. Robin* présente des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'une femme de soixante-dix-neuf ans qui a succombé à l'évolution d'une pneumonie et chez laquelle on a rencontré un anévrysme fusiforme de l'aorte abdominale, spontanément guéri par organisation de caillots actifs ; la lumière du vaisseau aortique, bien que rétrécie en ce point, permettait la libre circulation du sang. Un autre petit anévrysme sacciforme existait immédiatement au-dessus du pre-

mier. D'autre part, on constatait une dilatation considérable des voies biliaires remplies de calculs jusque dans l'épaisseur du foie lui-même atteint de cirrhose biliaire secondaire. Or ces diverses lésions n'avaient entraîné aucun trouble fonctionnel appréciable, ne s'étaient révélées par aucun symptôme ayant pu, à une époque quelconque, attirer l'attention du médecin. Cette femme avait toujours présenté une excellente santé jusqu'au jour où est apparue la pneumonie qui l'a emportée.

M. *Legroux* présente à la Société un volumineux calcul, de 28 millimètres de long sur 23 millimètres de diamètre transversal, composé d'un noyau central de cholestérine et de couches périphériques jaunâtres puis brunes et incrustées de plaques blanchâtres. Ce cholélithe a été trouvé dans les selles d'une dame de soixante-treize ans, vingt-quatre heures après une attaque peu intense de colique hépatique; cette malade avait rendu, en 1885, quelques petits calculs biliaires de 2 à 3 millimètres de diamètre à la suite d'une crise violente de coliques hépatiques ayant duré pendant un mois. Ce fait vient montrer de quel degré de dilatation les canaux biliaires sont susceptibles pour permettre le cheminement des calculs volumineux.

— M. *Troisier* présente un malade atteint d'ataxie fruste et offrant au niveau des deux pieds, surtout à droite, une déformation imputable au tabes. Chez cet individu il n'existe pas d'ataxie du mouvement; mais il a eu des crises gastriques, puis des douleurs fulgurantes; enfin il présente de la suppression du réflexe rotulien, de la perte du sens musculaire, des troubles pupillaires, et une saillie du dos du pied droit constituée par l'épaississement et la déviation des os de la seconde rangée du tarse. Le pied gauche n'est pas atteint au même degré. On peut voir sur les empreintes que laisse la plante des pieds lorsque le malade est debout, qu'il n'y a pas, dans ce cas, d'aplatissement de la voûte plantaire, comme cela a été signalé dans presque tous les cas recueillis par MM. Charcot et Féré, et dans le cas rapporté par M. Chauffard.

M. *Féréol* croit que les caractères anormaux des empreintes et les différences entre celles des deux pieds seraient plus accentués si ces empreintes avaient été recueillies, ainsi que l'a fait M. Chauffard, non pas pendant la station verticale mais pendant la marche. Il a recueilli chez un malade qu'il va présenter à la Société, les empreintes dans ces deux conditions et l'on voit la déformation s'accentuer manifestement pendant la marche.

M. *Troisier* fait remarquer que, chez son malade, on ne retrouve pas au niveau du pied les phénomènes de rougeur et d'empâtement signalés par M. Chauffard; on n'observe également aucune douleur spontanée ou provoquée, aucuns craquements articulaires. Cependant l'évolution de la lésion a été assez rapide, puisque le début remonte manifestement à la fin du mois d'octobre 1885, époque à laquelle le malade dut changer ses chaussures.

M. *Chauffard* reconnaît que les phénomènes vaso-moteurs qu'il a constatés chez son malade sont exceptionnels; ils ont coïncidé avec une marche rapide, aiguë en quelque sorte, des accidents. D'autre part, il existait une déformation différente puisque l'on constatait nettement l'affaissement de la voûte plantaire.

M. *Gérin-Roze* fait observer que M. Troisier lui-même conserve des doutes sur la nature de l'affection dont son malade est atteint puisqu'il la qualifie d'ataxie *fruste*. Pour lui, il demande à revoir cet individu dans quelque temps, avant d'asseoir sa conviction relativement à l'existence, en pareil cas, d'une ataxie locomotrice : jusqu'ici l'*ataxie* est absolument nulle.

M. *Troisier* croit que l'ensemble des signes offerts par son malade est suffisant, en dépit de l'absence d'ataxie motrice pour autoriser le diagnostic de tabes dorsal.

— M. *Féréol* présente un malade atteint d'une ataxie locomotrice franche, ne pouvant prêter aux réserves formulées par M. Gérin-Roze, et qui offre depuis cinq mois une déformation manifeste des pieds. Il s'agit d'une saillie du cou-de-pied au niveau des os de la seconde rangée du tarse, sans rougeur des téguments ni douleur; le pied n'est ni creux, ni plat du côté de la face plantaire. Il place sous les yeux de la Société les empreintes recueillies pendant la marche, et pendant la station debout : on constate qu'il y a un certain degré d'affaissement de la voûte plantaire, surtout à gauche, et un peu d'élargissement du calcanéum. D'ailleurs il est probable que ces déformations, résultant vraisemblablement, du moins au début, de l'hypertrophie osseuse, ne peuvent avoir rien d'absolument constant ni de caractéristique; chez les trois malades présentés par MM. Chauffard, Troisier et Féréol, on ne retrouve pas la déviation de l'avant-pied en dehors signalée par M. Féré à la Société anatomique en 1883.

— M. *A. Robin* répond aux critiques formulées par M. Debove contre la théorie qu'il a soutenue au sujet de l'*influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition et l'obésité*. Il croit que le différend tient à ce qu'ils ne se sont pas placés dans des conditions semblables d'expérimentation : M. Debove modifie la ration d'eau lorsque les individus en expériences, *non obèses* antérieurement, ont perdu leurs réserves par un régime d'entretien sévère et prolongé; il conclut que la quantité d'eau n'influe en rien sur la nutrition. M. A. Robin, au contraire, expérimente sur des *obèses* ayant conservé toutes leurs surcharges et leurs réserves. Ces expériences ne s'infirment donc pas réciproquement. M. A. Robin admet volontiers que le régime alimentaire auquel il a soumis ses malades a pu jouer un rôle dans leur amaigrissement; mais comment expliquer l'élévation du coefficient d'oxydation chez les deux obèses qui ont maigri en buvant beaucoup, et son abaissement chez celle qui a été rationnée? N'est-ce pas la preuve, le régime étant semblable chez toutes trois, de l'influence de l'eau sur la nutrition. Enfin il se croit autorisé à maintenir la division qu'il a posée des obèses par excès et par défaut, le moindre besoin d'alimentation qui caractérise ces derniers pouvant fort bien s'interpréter par un retard de la désassimilation. Quant aux expériences de Genth, rien ne vient montrer qu'elles soient entachées d'erreur lorsque l'on se reporte aux explications fournies par l'auteur des variations quotidiennes du chiffre de l'urée; d'ailleurs elles sont confirmées par les recherches de Förster et par celles de M. A. Robin, qui maintient dans toute leur intégrité les conclusions qu'il a formulées précédemment devant la Société.

M. *Debove* regrette de n'avoir pas présenté les personnes sur lesquelles ont porté ses expériences et en particulier son collaborateur M. Flamant : ce ne sont pas des obèses réduits par perte de leurs réserves. D'ailleurs il est peu probable qu'une plus longue discussion amène un accord; ce sera aux observateurs qui reprendront la question d'apprécier la valeur des résultats publiés.

M. *A. Robin* croit que si M. Debove consentait à expérimenter dans les conditions où il s'est placé lui-même, l'accord s'établirait facilement. Les résultats qu'il a obtenus doivent être exacts, mais il en obtiendra de différents en s'adressant à des sujets obèses.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande quelle est la ration minima de liquide qui permet à la digestion de s'effectuer normalement, puisqu'il est reconnu par les expériences de Schiff et de Vigier que le pouvoir digestif de la pepsine augmente avec l'ingestion de l'eau en plus grande quantité. Il faut, du reste, tenir compte de l'eau renfermée dans les aliments, lorsqu'on soumet les malades au régime sec.

M. *Debove* n'a jamais donné moins d'un litre de liquide aux sujets en expérience. Il ne peut rien conclure de quelques recherches sur le régime sec qui ne présentent pas des conditions de précision suffisante, car il n'a pas tenu compte de l'eau contenue dans les aliments. Il est probable que la suppression presque complète de l'eau entraîne la dyspepsie.

M. *A. Robin* a noté la quantité d'eau contenue dans les aliments constituant le régime de sa troisième obèse rationnée pour les boissons : cette jeune obèse, ingérant seulement 671 grammes de liquide par jour, a maigri de 14 livres en deux mois. Il faut reconnaître que les digestions étaient plus difficiles et l'appétit moindre avec cette minime ration d'eau. Il a fait cesser les accidents vertigineux, chez une jeune femme soumise en Allemagne au régime sec, en lui conseillant de boire à dose modérée.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Suppression du réflexe patellaire sans lésion de la moelle : M. Déjerine. — Sur la formation du protoplasma : M. Decagny. — Mesure de la quantité du sang : M. von Frey. — Paralysie par épuisement : M. Féré. — Anomalies musculaires et nerveuses : M. Debierre. — Sur un monstre cyclocéphalien : M. Debierre. — L'onde musculaire dans le muscle cardiaque : M. Waller. — Phénomènes circulatoires consécutifs à l'excitation du pneumogastrique gauche total : M. Laffont.

M. *Déjerine* a constaté par hasard sur un tuberculeux, qui ne présentait aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité, l'absence complète du phénomène du genou. Le malade étant mort, il examina soigneusement la moelle, et ne trouva pas la moindre altération des racines ou des cordons postérieurs. C'est là un fait à ajouter à ceux du même genre qui prouvent que le réflexe tendineux peut manquer sans qu'il y ait de lésion médullaire.

— M. *Henneguy* présente, de la part de M. *Decagny*, une note sur la formation des cellules et la synthèse du protoplasma.

— M. *von Frey* (de Leipzig) décrit un nouvel appareil du professeur Ludwig, dont il est l'assistant, et qui sert à mesurer la quantité de sang lancée dans l'aorte par le ventricule gauche en un temps donné. L'appareil s'applique sur l'animal vivant (chien), et les expériences peuvent se prolonger durant plusieurs heures.

M. *François-Franck* fait ressortir l'importance d'un appareil qui permet de mesurer facilement la quantité de sang projetée par le cœur dans les voies artérielles, et l'utilité qu'un tel appareil peut présenter, par exemple, dans les recherches sur les phénomènes vaso-moteurs.

— M. *Féré* a eu l'occasion d'observer une hystérique dont on arrête l'attaque quelquefois par le procédé habituel (compression ovarienne), mais d'autres fois par un procédé que le docteur Ruault a d'abord employé, et qui consiste dans la compression du nerf sus-orbitaire. Dernièrement, en recourant à ce moyen, il a vu survenir à la suite de cette compression, qui est pourtant d'habitude inoffensive, une paralysie du nerf optique. Or, cette paralysie n'est pas due à une action d'arrêt, M. Féré a pu le reconnaître par quelques expériences; mais c'était une paralysie par épuisement. On peut se demander si d'autres paralysies, attribuées, depuis les travaux de M. Brown-Séquard, à des actions d'arrêt, ne s'expliqueraient pas par la même cause, l'épuisement.

— M. *Blanchard* présente deux notes de M. *Debierre* : l'une sur une anomalie rare du nerf grand sciatique et sur des anomalies réversives des muscles sterno-cléido-hyoïdien et omo-hyoïdien; et l'autre sur un monstre cyclocéphalien, genre rhinencéphale.

— M. *Waller* a pu étudier l'onde musculaire du ventricule du chat. En disposant deux leviers sur le ventricule et en excitant la pointe de celui-ci, on voit, lorsque la systole arrive, le premier levier se soulever avant celui qui est placé vers la base; la vitesse de cette onde musculaire varie entre 30 et 80 centimètres par seconde.

— M. *Laffont*, en poursuivant ses expériences sur l'action des nerfs pneumogastriques chez les animaux chloroformés (chiens), a vu que l'excitation forte du vague gauche total (non sectionné), dans quelques cas, ne produit pas de chute de la pression artérielle, le niveau de cette pression restant au contraire invariable, malgré l'arrêt du cœur. Il pense que cet effet ne peut être attribué qu'à des phénomènes de vaso-constriction se produisant en même temps que l'arrêt du cœur, et suffisant à compenser les effets ordinaires de cet arrêt sur la pression artérielle. Quant à cet arrêt même, il se produit en systole. L'excitation du vague droit, dans les mêmes conditions, ne donne pas lieu à ces phénomènes.

M. *Laborde* trouve contradictoires les résultats des expériences que rapporte M. Laffont, et ne voit pas d'ailleurs de quelle manière agit le chloroforme pour modifier à un tel point l'action bien connue du pneumogastrique sur la circulation cardiaque et artérielle.

M. *Gley* remarque qu'il y a un moyen très simple de s'assurer de la provenance (cardiaque ou vasculaire) des variations de pression observées : c'est de placer un manomètre dans chacun des bouts de l'artère explorée. Ainsi, dans les expériences de M. Laffont, l'on verrait s'il se produit effectivement une vaso-constriction suffisant à compenser la chute de pression que doit amener l'arrêt du cœur. Quant à cet arrêt même, que M. Laffont dit avoir constaté en systole, il ne laisse pas d'étonner, d'après ce que l'on sait de l'action des nerfs pneumogastriques, qui peuvent être vraiment appelés des nerfs diastoliques, suivant une dénomination parfaitement justifiée.

M. *Laffont* répond qu'il se propose d'entreprendre diverses expériences pour vérifier ce fait d'une vaso-constriction concomitante à l'arrêt du cœur, et, d'autre part, qu'il a réellement vu cet arrêt en systole.

REVUE DES TRAVAUX DES CONGRÈS

Le 15e Congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin du 7 au 10 avril 1886.

Les chirurgiens allemands ont coutume de se réunir chaque printemps dans la capitale de l'Allemagne. Nul, parmi ceux qui sont en renom, ne se résigne à manquer à ces réunions, à moins d'y être forcé par des circonstances majeures. Les membres du Congrès, venus du dehors, sont accueillis à Berlin avec de grands honneurs et avec tous les égards que comporte l'hospitalité la plus libérale. C'est ainsi que, pendant la durée du Congrès de chirurgie, l'impératrice d'Allemagne a coutume de recevoir en audience privée et de se faire présenter l'un ou l'autre des opérateurs les plus en vue. Lors du dernier Congrès, cet honneur a été accordé au professeur Volkmann (de Halle), Trendelenbourg (de Bonn), Schœnborn (de Kœnigsberg), von Lotzbeck (de Munich). M. von Bergmann, professeur de chirurgie à l'Université de Berlin, a fêté ses collègues du Congrès par un grand dîner de gala, tandis qu'une autre fête du même genre a été offerte par les chirurgiens de Berlin à leurs collègues de la province et de l'étranger, dans un des grands hôtels de la capitale.

Même dans une ville populeuse comme Berlin, la réunion d'un si grand nombre d'illustrations scientifiques devient l'événement du jour dans les cercles autres que le monde médical. C'est ce dont témoignent les longs et fastidieux articles publiés par les journaux politiques allemands à l'occasion du récent Congrès, et où se trouvent racontées les choses les plus merveilleuses sur le compte des audacieux opérateurs!

Il est de fait que ces grandes réunions médicales donnent annuellement des résultats scientifiques considérables. On en trouve la preuve dans la collection des volumes qui constituent les comptes rendus des travaux du Congrès de chirurgie, du Congrès de médecine interne, et d'autres institutions du même genre. C'est à ces recueils qu'il faut recourir, quand on veut se renseigner d'une façon exacte sur les progrès accomplis dans le cours d'une année, dans telle ou telle branche de l'art de guérir. Les journaux hebdomadaires sont forcément réduits à ne donner que des résumés très insuffisants des travaux de ces Congrès, en accordant une attention particulière à l'une ou l'autre des questions importantes qui y ont été traitées.

Les séances du Congrès de chirurgie se tiennent, les unes l'après-midi, dans le grand amphithéâtre (*aula*) de l'Université; les autres, le matin, dans l'amphithéâtre (*auditorium*) de la clinique chirurgicale de Berlin. Les séances de l'après-midi sont consacrées aux questions qui touchent à l'organisation intérieure du Congrès, et aux communications scientifiques d'un ordre général. Les séances du matin sont réservées pour les lectures d'observations cliniques, pour les présentations de malades, les démonstrations d'appareils et de préparations anatomiques, etc.

En fait de choses touchant à l'organisation intérieure du Congrès, il y a lieu de mentionner, cette année, la nomination au titre de président honoraire de M. *von Langenbeck*, qui avait rempli les fonctions de président effectif depuis l'origine du Congrès. Une maladie d'yeux, qui a subi, dans ces derniers temps, une aggravation subite, a empêché le célèbre chirurgien de prendre part à la réunion de cette année. C'est son collègue bien connu, *von Volkmann*, qui a été appelé à occuper le fauteuil présidentiel.

La principale question discutée dans les séances du soir est relative aux *différentes opérations intéressant la vessie*. La discussion a occupé plusieurs séances; elle a été résumée par M. *Kœnig* (de Gœttingue), qui est arrivé à cette conclusion : que la taille périnéale, employée comme opération préalable pour l'extraction des petits calculs vésicaux, est une opération absolument inoffensive; qu'elle suffit largement lorsque les calculs à extraire sont de dimensions petites ou moyennes, et pour l'extraction des corps étrangers vulgaires. Mais lorsqu'il s'agit d'enlever des calculs de grandes dimensions ou très nombreux, la voie frayée par cette opération ne livre pas un accès suffisant. La taille sus-pubienne, qui fait courir certains dangers, est indiquée dans les cas graves comme étant l'opération la plus apte à faire atteindre le but voulu. Les débats ont été très animés; y ont pris part, entre autres, MM. *von Volkmann*, *von Bergmann*, *Roser* (de Marbourg), *Schönborn*, *Schede* (de Hombourg), etc. Von Volkmann a constaté qu'il était, à peu de chose près, d'accord avec les vues exposées par le professeur Kœnig, dont il ne s'écartait que sur certains détails techniques. Il a insisté également sur ce que beaucoup de chirurgiens n'accordent pas encore toute l'importance qu'elle mérite à la « boutonnière » pratiquée pour l'extirpation des calculs de la vessie. Pour Volkmann, la boutonnière simple est une opération absolument inoffensive, tandis que la taille hypogastrique, tout en étant une opération idéale, fait encore beaucoup trop de victimes, et n'a pas atteint jusqu'ici le degré de perfection réalisé par d'autres opérations, l'ovariotomie, par exemple.

Une autre question d'un intérêt général, soulevée par *Schede*, est relative à *la cicatrisation des plaies, à l'abri d'un caillot de sang humide*. La méthode préconisée par Schede consiste à faire le contraire de ce qui est généralement pratiqué par les chirurgiens dans le traitement des plaies, à ne plus enlever, au prix des efforts les plus minutieux, le sang et les caillots qui encombrent le champ opératoire, à laisser, au contraire, le sang inonder la plaie et former un caillot protecteur, à l'abri duquel s'effectue la cicatrisation.

M. *von Bergmann* a déclaré qu'il saluait toujours avec joie les progrès accomplis en matière du traitement des plaies, mais que, contrairement à M. Schede, il croyait devoir s'en tenir aux principes qu'il a énoncés dans l'une des dernières réunions des naturalistes allemands, à Eisenach, comme quoi l'hémostase rigoureuse et le nettoyage rigoureux de la plaie font partie intégrante du pansement antiseptique, grâce auquel la chirurgie moderne a obtenu des résultats si considérables et si merveilleux. Il a ajouté que la conservation et l'organisation des caillots de sang sont choses dignes de fixer notre attention, mais qu'il croyait devoir prémunir contre les désillusions probables et contre les accidents fâcheux auxquels peut exposer la méthode préconisée par Schede.

Une autre question générale, discutée par le Congrès, est celle de la *tuberculose considérée au point de vue chirurgical*. M. *Volkmann* a rendu compte du procédé de traitement qu'il emploie contre les abcès par congestion survenant dans le cours des affections tuberculeuses du rachis et du bassin. M. *Wahl* (d'Essen) a fait une communication sur *un cas de tuberculose inoculée accidentellement à la surface d'une plaie d'amputation de l'avant-bras*. A ce propos, M. *Kœnig* (de Goettingue) a cité le cas d'un confrère qui avait contracté la malheureuse habitude de se faire des injections de morphine et de cocaïne en grand nombre, et qui avait eu, à plusieurs reprises, des abcès qui avaient nécessité l'intervention chirurgicale. Il advint que, pendant qu'on le soumettait aux inhalations de chloroforme, le malade fut pris d'une violente attaque épileptiforme, qui l'emporta. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence graisseuse très avancée du muscle cardiaque et une *tuberculisation des téguments abdominaux*. Comme on ne découvrit aucune trace d'une localisation tuberculeuse dans les autres organes, cette constatation apparut comme quelque chose d'énigmatique, jusqu'à ce que l'on fut mis au courant des circonstances suivantes : le médecin en question avait une clientèle très restreinte; un de ses clients, qu'il soignait avec beaucoup de dévouement, était tuberculeux. Pour atténuer ses souffrances, le médecin lui faisait des injections de morphine avec la même seringue dont il se servait pour les injections qu'il pratiquait sur sa propre personne; il est donc très vraisemblable que le trocart de la seringue a servi de véhicule pour le transport des bacilles, du client au médecin.

Parmi les faits cliniques les plus intéressants qui ont fait l'objet de communications au Congrès, nous signalerons : une communication de M. *Roser* (de Marburg), sur l'*étranglement intestinal;* une observation (avec présentation de pièces), communiquée par M. *Lauenstein* (de Hambourg), et relative à *un cas de néphrotomie pratiquée suivant le procédé de Simon* (incision lombaire) *pour l'extraction d'un calcul volumineux logé dans le bassinet*. MM. *Kœnig* (de Goettingue) et *Thiersch* (de Leipzig) ont communiqué des faits relatifs à la *rhinoplastique* et à la *staphylorrhaphie*. M. Czerny (de Heidelberg) a fait une intéressante communication sur les *affections névropathiques des os;* M. B. *Frænkel* (de Berlin) a parlé sur l'*extirpation intra-laryngée de tumeurs carcinomateuses*. La question des *fissures congénitales des maxillaires et de la voûte palatine* a fait l'objet d'une discussion à laquelle ont pris part MM. *Biondi* (de Naples); *Morian* (de Berlin); *Albrecht* (de Hambourg); *Trendelenburg* (de Bonn); *Stöhr* (de Wurzburg); *Schœnborn* (de Kœnigsberg); *Julius Wolff* (de

Berlin); M. *Landerer* (de Leipzig) a fait une communication sur le *traitement de la scoliose par le massage*, etc.

Dans des salles annexées à la clinique, on avait, comme les années précédentes, organisé une exposition d'instruments et de pièces à pansements.

Cinquième Congrès de médecine interne de Wiesbaden.

Wiesbaden, le 13 avril 1886.

La cinquième réunion annuelle du Congrès de médecine interne vient de s'ouvrir à Wiesbaden. L'initiative de ces réunions périodiques est due au célèbre clinicien Leyden (de Berlin). Après avoir fondé la Société de médecine interne de Berlin, Leyden a eu l'heureuse idée de compléter cette institution en y adjoignant un congrès médical qui se tient à Wiesbaden chaque printemps. Le choix de cette ville est très heureux, en ce sens qu'il donne toute facilité aux médecins de l'Allemagne du Sud, de l'Autriche et de la Suisse, pour venir prendre part aux travaux de ces grandes assises médicales. Le Congrès compte d'ailleurs parmi ses membres titulaires toutes les célébrités de la médecine allemande. Jusqu'à ce jour, le fauteuil présidentiel avait été occupé régulièrement par le professeur *Von Frerichs*, un des fondateurs du Congrès. Les dehors majestueux et imposants de Frerichs, son grand talent de parole et ses vastes connaissances le rendaient tout particulièrement apte à diriger ces débats scientifiques. Le grand clinicien a été enlevé, il y a quelques mois, à la science. C'est le professeur *Leyden* qui le remplacera au fauteuil présidentiel, comme il l'a déjà remplacé dans la chaire de clinique médicale de l'Université de Berlin. La Commission chargée de diriger les travaux du Congrès se compose de MM. *Nothnagel* (de Vienne), *Gerhardt* (de Berlin), *Rühle* (de Bonn), *Liebermeister* (de Tübingen), *Mosler* (de Greifswald), *Immermann* (de Bâle), *Lichtheim* (de Berne); en faisait partie, en outre, Paul Bœrner, un des principaux représentants de la presse médicale allemande, décédé dans le courant de l'année.

Entre autres membres du Congrès qui ont l'habitude de prendre part aux travaux des séances, nous mentionnerons les professeurs *Leube* (de Wurtzburg), *Biermer* (de Breslau), *Demme* (de Berlin), *Binz* (de Bonn), *Jürgensen* (de Tubingen), *Ebstein* (de Göttingen), *Kisch* (de Prague), *Preyer* et *Rossbach* (d'Iéna), *Riegel* (de Giessen), *Rosenstein* (de Leyde), *Thierfelder* (de Rostock), *Stokvis* (d'Amsterdam), *Wyss* (de Zurich), *Hoffman* (de Dorpat), *Kussmaul* (de l'Université de Strasbourg), etc., etc. La plupart d'entre eux assistaient aujourd'hui à la séance d'ouverture.

L'organisation des travaux est calquée sur celle du Congrès de la Société allemande de chirurgie; c'est-à-dire qu'une partie des séances sont consacrées exclusivement à des questions d'ordre général, sur lesquelles deux rapporteurs ou référendaires, désignés spécialement pour cette tâche par leurs études et leurs travaux antérieurs, préparent, chacun de son côté, une sorte d'exposé doctrinal, où trouvent place les opinions personnelles du référendaire. Pour donner une idée de la nature des questions débattues par le Congrès, nous signalerons quelques-unes de celles qui ont été mises en discussion les années précédentes, à savoir : les méthodes de traitements antipyrétiques, le traitement de l'obésité, la théorie de l'asthme bronchial, etc. On peut dire, sans exagération, que l'on trouve dans le compte rendu officiel des travaux du Congrès (édité par J. Bergmann, à Wiesbaden) une synthèse des plus riches en matériaux concernant les questions discutées dans ces séances plénières. Cette année, celles-ci sont au nombre de trois; les questions qui y seront discutées seront en nombre pareil. La première séance générale (mercredi 14 avril) débutera par la lecture des exposés de MM. *Stockvis* (d'Amsterdam) et *Hoffmann* (de Dorpat) sur *la pathologie et le traitement du diabète sucré.*

Dans la séance générale du lendemain, MM. *O. Fraentzel* (de Berlin) et *Weber* (de Halle) liront leurs exposés sur le *Traitement opératoire des exsudats pleuraux.* La troisième question générale portée à l'ordre du jour des séances du matin est relative au *Traitement de la syphilis.* L'exposé de la question sera fait, tour à tour, par M. *Kaposi* (de Vienne) et par M. *Neisser* (de Breslau).

Quatre autres séances seront réservées pour des communications de moindre étendue, pour des présentations de malades, de préparations anatomiques, d'instruments, etc.

Voici l'énumération des questions portées à l'ordre du jour de ces quatre séances, avec l'indication des noms des auteurs :

MM. *Thomas* (Fribourg). *Sur les déterminations de poids corporel.*

Riess (Berlin). *Sur l'antipyrèse.*

Brieger (Berlin). *Sur les ptomaïnes.*

Ziegler (Tübingen). *Sur la transmission héréditaire de propriétés pathologiques acquises.*

Fick (Würzburg). *Sur les oscillations de la pression sanguine dans les ventricules cardiaques pendant la narcose développée au moyen de la morphine.*

Rumpf (Bonn). *Sur les affections syphilitiques du système vasculaire.*

Curschmann (Hamburg). *Remarques sur l'état du système nerveux central dans les maladies infectieuses aiguës.*

Knoll (Prague). *Sur l'innervation de l'appareil respiratoire.*

Stein (Francfort-sur-le-Mein). *Sur l'action physique et physiologique de l'électrisation généralisée.*

Unna (Hamburg). *Traitement de la lèpre.*

E. Pfeiffer (Wiesbaden). *Sur l'étiologie et le traitement de la gravelle urique.*

V. Basch (Wien-Marienbad). *Contribution à l'étude de la stase veineuse.*

Heubner (de Leipzig). *Sur la diphthérie scarlatineuse et son traitement.*

Franz (Liebenstein). *La cure d'Œrtel est le meilleur moyen de traitement de la chlorose.*

Stintzing (Munich). *Sur l'électricité employée comme moyen de diagnostic.*

Friedländer (Leipzig). *Sur la marche typique du rhumatisme articulaire aigu.*

H. Rehn (Francfort-sur-le-Mein). *Sur l'hydrocéphalie simple de la première enfance.*

Kahler (Prague). *Sur le développement expérimental de la polyurie durable.*

Winternitz (Vienne). *Sur une action peu remarquée jusqu'ici de l'antipyrèse hydriatique.*

Schumacher (Aix-la-Chapelle). *Sur une localisation de l'hydrargyrose et sur son diagnostic à l'aide du laryngoscope.*

Litten (Berlin) *Sur le pyopneumothorax et sur la présence de cercomonas dans le tissu pulmonaire.* (Avec présentation de malades).

Finkler (Bonn). *Traitement du diabète par le massage.*

Demme (Berne). *Sur le pemphigus aigu.*

Quincke (Kiel). *Sur le favus.*

Touton (Wiesbaden). *Démonstration de cellules de la lèpre sur des coupes de la peau* (dans les interstices du tissu conjonctif, des vaisseaux sanguins, des follicules pileux, des nerfs, et des glandes sudoripares).

Rabl (Vienne). *Sur la syphilis congénitale tardive.*

Blœbaum (Coblentz). *Traitement de la diphthérie par la galvanocaustique.*

Un compte rendu détaillé des travaux du Congrès figurera dans le prochain numéro.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Du spasme du sphincter anal et de son traitement par la dilatation forcée, par M. T. Pridgin Teale. — **Amblyopie hémorrhagique guérie par la dilatation forcée de l'anus,** par M. Rob. N. Hartley. — Le spasme du sphincter anal est dû souvent à une fissure à l'anus; on sait que le meilleur traitement, en pareil cas, consiste dans la dilatation forcée pratiquée avec deux doigts ou les deux pouces; c'est surtout M. Verneuil qui a préconisé ce traitement; de même pour le traitement des hémorrhoïdes fluentes peu volumineuses, c'est encore M. Verneuil qui, en 1877, devant la Société de chirurgie, a le premier indiqué le traitement par la dilatation; même pour les hémorrhoïdes volumineuses, qu'il faut exciser ou détruire par les caustiques, la dilatation forcée préalable est éminemment utile.

Il existe des cas de spasme du sphincter ne dépendant pas d'une fissure ou d'une ulcération à l'anus, qu'on ne peut laisser subsister néanmoins, car le spasme est une cause de constipation, de souffrances, de mauvaise santé générale, dont la cause échappe souvent; en quelques minutes, par la dilatation forcée, on peut remédier à cet état de choses, qu'on laisse souvent persister pendant des années. Ce mode de traitement est certainement plus satisfaisant, plus sûr et plus scientifique, dit M. Teale, que l'incision par l'instrument tranchant. Cet auteur conclut en recommandant la dilatation forcée du sphincter comme essentielle et indispensable, non seulement dans les cas déjà indiqués, mais dans les cas où l'on a une opération à effectuer sur le rectum ou sur l'anus.

L'observation de M. Hartley vient corroborer les considérations qui précèdent. Il s'agissait d'un homme atteint d'amblyopie hémorrhagique, conséquence d'un appauvrissement du sang par suite d'hémorhagies qui se faisaient par l'anus depuis dix ans; M. Hartley pratiqua la dilatation forcée et découvrit sur la muqueuse rectale des ulcérations qu'il traita par des applications de glycérine phéniquée; après quelques jours de repos, tout était rentré dans l'ordre. Six semaines après, la vision était redevenue normale. (*Medical Times and Gazette*, 1885, n°s 18 et 48.)

Luxation des tendons des péroniers latéraux. Réduction et contention par un procédé particulier, guérison, par M. E. Raymondaud. — Il s'agit d'un ouvrier qui tomba dans un escalier avec une charge sur le dos; le pied droit s'était renversé en dedans; malgré le gonflement, le diagnostic fut facile; au-dessous d'une tuméfaction plus accentuée de la région malléolaire externe, on sentait, en promenant les doigts sur la face externe de la malléole péronière, deux cordons tendus, dirigés obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et pouvant momentanément être ramenés en arrière de la malléole externe. Le fait s'explique par la rupture de la gaine des tendons, qui n'étant plus maintenus tendent à effacer l'angle rétro-malléolaire grâce à la contraction des muscles. On chercha à maintenir les tendons réduits par un appareil de contention; ce fut en vain. On anesthésia alors le malade, et pendant que deux doigts de la main gauche maintenaient en place les tendons réduits, la main droite fit glisser à leur place la petite pelote d'un tourniquet dont la grosse pelote prenait un appui sur la malléole opposée; les lacs du tourniquet ayant été serrés par un aide, le tout fut entouré de bandes assurant le maintien et l'équilibre de l'appareil mécanique. Dès le troisième jour de l'application, des eschares commencèrent à se former au niveau des pelotes. Le travail réactionnel provoqué par l'escharification et nécessaire à la restauration de la peau ne pouvait qu'être utile en produisant, dans la profondeur des tissus, des adhérences entre la gaine et les tendons péroniers. Au bout d'une dizaine de jours, on laissa sortir le malade, avec la recommandation de ne pas marcher avant deux ou trois semaines. M. Raymondaud pense que son procédé pourrait même s'appliquer aux cas anciens; il serait évidemment préférable aux procédés opératoires de Mollière et d'Albert, de Vienne. (*Journal de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne*, 1885, n° 11.)

La lèpre doit-elle être considérée comme une affection contagieuse? par M. L. Brocq. — **Etudes comparatives sur la lèpre en Italie,** par M. H. Leloir. — On sait qu'au moyen âge la croyance à la contagion de la lèpre était universelle; les travaux de Bœck et Danielssen et ceux de Virchow ont beaucoup ébranlé cette croyance dans les temps modernes; une discussion a eu lieu récemment à l'Académie de médecine sur ce sujet intéressant. Dans son travail, M. Brocq cherche à dégager de cette discussion les faits positifs; il est partisan de la contagion, et sa conviction repose sur les données positives suivantes : *faits isolés de contagion;* il cite plusieurs observations à l'appui; *petites épidémies isolées*, témoin celles qu'on a récemment observées au Cap Breton et dans la Louisiane; les *épidémies insulaires récentes*, en particulier celle des îles Sandwich et celle de l'île Maurice; il est démontré, suivant lui, qu'avant 1840, la lèpre n'existait pas aux Sandwich, qu'elle y fut introduite par des coolies chinois (sur ce point, nous rappelons les dénégations opposées par MM. Leroy de Méricourt et Rochard dans une récente discussion à l'Académie de médecine de Paris). Comme le fait remarquer M. Brocq, aujourd'hui la maladie y est atténuée, les faits de contagion y paraissent moins nets, et l'on fait une plus large part à l'hérédité; la même chose est arrivée pour les *grandes épidémies européennes* du moyen âge : plus la maladie s'atténuait, moins on croyait à la contagion. Cependant la maladie existe en Europe, particulièrement en Norvège, et récemment même, le 6 juin 1885, l'autorité supérieure, dans ce pays, a prescrit l'isolement absolu des lépreux. La lèpre existe également en Italie, mais elle se cache; M. Leloir, grâce à des recherches très patientes et très difficiles, est arrivé à en découvrir une douzaine de cas dans plusieurs villages des environs de San Remo; tous ces cas sont ignorés de l'autorité et même des médecins; l'isolement n'est pas pratiqué en Italie. Les faits nombreux que M. Leloir a recueillis en Norvège lui ont permis d'établir une statistique importante; d'après celle-ci, l'hérédité jouerait le plus grand rôle, contrairement à ce que pense M. Brocq; la contagion possible n'est pas prouvée, car les faits négatifs sont plus nombreux que ceux qu'on pourrait invoquer en faveur de la contagion. M. Leloir admet cependant la nature parasitaire de la lèpre; il penche à la considérer comme infectieuse, et à cette égard la compare à la tuberculose; mais ce n'est qu'une hypothèse. En tout cas, si la contagion existe, elle est minime. D'après les idées de M. Brocq, ce fait s'expliquerait par l'atténuation, ou si l'on admet sa nature parasitaire, la moindre virulence de la maladie, du moins dans nos régions. Des faits cliniques nombreux et bien observés permettront seuls d'élucider la question. (*Annales de dermatol. et de syphiligr.*, 1885, t. VI, n° 11.)

Cas de coexistence de quatre ténias chez le même individu, par M. Th.-A. Palm. — Ce fait, observé au Japon par un Allemand, n'est pas aussi rare que le croit l'auteur. Mais comme le malade était atteint de ténia (lequel?) depuis douze ans, le cas offre peut-être de l'intérêt pour les partisans de l'auto-infection. Du reste, M. Palm ne l'a publié que pour bien faire ressortir l'efficacité de l'extrait éthéré de fougère mâle. Il fallut cependant y revenir à trois fois; la première fois, deux têtes furent expulsées, quelques semaines après une nouvelle tête, enfin une dernière dose produisit l'évacuation de la dernière tête. Cette fois, c'était bien fini, car le malade ne rendit plus de proglottides. (*Lancet*, 1885, t. II, n° 22.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION DE MÉDECINE.

I. **Des crises dans les maladies**, par A. Chauffard, médecin des hôpitaux (Paris, Asselin et Houzeau, 1886).

II. **Des pyrexies abortives**, par le docteur Maurice Letulle, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux, médecin des hôpitaux (Paris, Asselin et Houzeau, 1886).

III. **Les parentés morbides**, par le docteur Boinet, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, ex-chef de clinique au Val-de-Grâce, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille (Paris, Asselin et Houzeau, 1886).

IV. **Des immunités morbides**, par le docteur N. Dubreuilh, ancien interne des hôpitaux de Paris (Paris, G. Steinheil, 1886).

V. **De l'involution sénile**, par le docteur A. Brousse, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, lauréat de la Faculté, ancien interne des hôpitaux de Montpellier (Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1886).

Cinq des thèses du dernier concours d'agrégation ont trait à des questions de pathologie générale; elles sont le fidèle reflet des tendances actuelles de la science et leur caractère commun est une adhésion, parfois un peu aventurée, aux doctrines microbiennes. Malgré l'intérêt considérable qu'elles offrent surtout à ce point de vue, la plupart de ces monographies, remarquables par l'étendue et la sûrcté de l'érudition plutôt que par des vues originales, ne prêtent guère à une analyse succincte, et d'autre part nous risquerions d'être entraîné trop loin si nous voulions les soumettre à un travail de critique approfondie.

I. En donnant à M. le docteur An. Chauffard comme sujet de sa thèse: *Des crises dans les maladies*, le sort, comme cela a du reste été le cas pour la plupart des concurrents, a été fort bien inspiré. Nul d'entre eux n'était mieux armé que notre distingué et brillant confrère pour un travail de ce genre. Reprendre, à la lueur des données récemment acquises et sous les auspices des doctrines contemporaines, la doctrine séculaire des crises, c'était une œuvre qui, pour être menée à bonne fin, exigeait tant une éducation moderne par son caractère analytique qu'un esprit rompu aux hardiesses et aux difficultés de la synthèse. Dans une introduction historique remarquable, M. An. Chauffard se montre le digne héritier de l'éminent professeur de pathologie générale, dont la mort a laissé un si grand vide dans notre Ecole. Puis, en utilisant surtout les données fournies par la thermométrie et l'urologie, ce patrimoine de notre époque, il nous apporte un exposé très complet des syndrômes critiques et des diverses manifestations de la période critique. Analyse très détaillée, trop minutieuse même peut-être, où, sous l'amoncellement des faits, parfois étrangers à la question, on perd un peu de vue l'acte critique dans son ensemble, si saisissant pour l'observateur. De même, dans son énumération des maladies à crises, pourrait-on reprocher à l'auteur d'avoir trop mis sur le même plan des maladies où un processus de cet ordre est la règle et d'autres où il ne se produit qu'à titre exceptionnel et sous une forme singulièrement atténuée. Puis M. An. Chauffard aborde résolument deux problèmes délicats de physiologie pathologique: quelle est la nature intime, quelle est la pathogénie de la crise? Appliquant par analogie aux maladies infectieuses aiguës ce qui est démontré pour le typhus récurrent, c'est-à-dire la disparition, lorsque finit l'accès, des spirilles d'Obermeier, il voit dans la crise une sorte de détente se produisant au moment où le microbe pathogène cesse de vivre ou d'influencer l'organisme. Conception tout hypothétique, qui, comme l'auteur le fait remarquer, nous ramène à la notion classique de la méthode hippocratique, la lutte entre le malade et la maladie; conception très séduisante pour les partisans au moins des doctrines microbiennes, mais qu'on s'étonnera de voir formuler par un pathologiste, qui considère les éruptions des pyrexies, l'éruption variolique, par exemple, comme des phénomènes critiques.

Enfin, dans un dernier chapitre, M. Chauffard expose, en quelques pages d'une fort heureuse venue, les conséquences thérapeutiques de la doctrine des crises rajeunie par l'observation contemporaine. S'élevant contre les interventions perturbatrices, il montre l'intérêt majeur qu'il y a à surveiller chez le fébricitant le jeu des émonctoires pour faciliter les éliminations critiques; enfin, il fait entrevoir, dans un avenir peut-être encore lointain, l'avènement de la thérapeutique pathogénique et pose ainsi incidemment la grande question des médications abortives.

II. Contrairement à M. Chauffard, c'est un sujet pour ainsi dire contemporain qu'a eu à traiter M. Letulle. Ce n'est guère que dans ce siècle que l'on a décrit les types abortifs de diverses pyrexies, comparables aux varioles atténuées; la question des *pyrexies abortives* offre un caractère d'actualité d'autant plus marqué qu'ici l'expérimentation a en quelque sorte marché *pari passu* avec la clinique. On ne peut dès lors étudier l'étiologie et la pathogénie des pyrexies abortives sans prendre comme fil conducteur les données expérimentales récentes fournies par la pathologie comparée. M. Letulle l'a bien compris, et dans la première partie de son fort intéressant travail il résume les enseignements de la pathologie comparée et de la médecine expérimentale, qui nous montrent comment on peut rendre abortive une maladie virulente par le choix de la quantité de virus et surtout du terrain d'inoculation. C'est sans doute aussi dans l'étude des virus atténués, des vaccins, qu'on trouvera la clef de maints processus abortifs, résultat de vaccinations progressives, insensibles ou latentes; telle est la conclusion de cet exposé doctrinal.

Ce choix judicieux des matériaux d'étude, qui donne un cachet spécial à la partie théorique de cette thèse, fait aussi le mérite de la seconde partie, exclusivement consacrée à la clinique, où l'auteur se borne à étudier quelques types caractéristiques de pyrexies abortives : nous voyons ainsi passer successivement sous nos yeux les septicémies, les maladies typhoïdes, les pyrexies exanthématiques, enfin des maladies difficiles à classer comme les oreillons, la grippe et la pneumonie. Les plus longs développements sont consacrés, on le conçoit, à la fièvre typhoïde. Tout est à lire dans ces chapitres absolument irréprochables, ce semble, sauf un peu de confusion çà et là, entre les formes légères, atténuées, et les formes écourtées, véritablement abortives, des pyrexies.

III. Étudier les *parentés morbides*, comme M. Boinet a eu à le faire, c'est jeter un coup d'œil sur toute la nosologie, dans ce qu'elle a de plus obscur, de plus controversé. La parenté morbide, dit M. Boinet, peut être considérée comme le lien unissant deux états morbides en apparence étrangers l'un à l'autre; adoptant une classification dichotomique, très en faveur aujourd'hui, il met en cause soit une maladie commune de la nutrition (parenté morbide d'ordre nutritif), soit un organisme pathogène (parenté d'ordre infectieux ou parasitaire). Dans le premier groupe rentrent les familles morbides arthritique et neuropathique qui du reste coexistent souvent chez le même individu. Sur ces points M. Boinet se fait l'interprète des doctrines bien connues de M. le professeur Bouchard et de M. Landouzy. La tâche est plus délicate en ce qui concerne les parentés d'ordre infectieux. Cependant des recherches récentes tendent à faire admettre que diverses affections considérées comme distinctes proviennent d'un même micro-organisme. Cette parenté est

vraisemblable en ce qui concerne l'ostéomyélite, certaines fièvres puerpérales d'une part, les furoncles, l'érysipèle d'autre part; elle est bien plus douteuse pour les septicémies, etc. Sur tous ces points M. Boinet ne peut arriver à une conclusion formelle. Enfin existe-t-il une parenté entre les maladies d'ordre nutritif et celles d'ordre infectieux? Ici se pose la question des rapports de la tuberculose avec le cancer et avec la scrofule, de la syphilis avec le rachitisme. M. Boinet nous fournit toutes les pièces du procès sans se prononcer. Qui pourrait lui en faire un reproche?

IV. S'il est une question que la microbiologie puisse prétendre à élucider, c'est à coup sûr celle des *immunités morbides*. On ne saurait donc s'étonner que M. Dubreuilh ait, dans son fort consciencieux travail, donné une large place aux faits de cet ordre, et cela d'autant plus qu'il s'est limité aux maladies infectieuses. Cependant il ne laisse pas de côté l'observation clinique et, dans une série de chapitres intéressants, il passe en revue les immunités d'espèce et de race, individuelles, climatériques, enfin celles que confère une maladie différente ou une maladie antérieure. Puis il demande à la pathologie expérimentale, à la médecine comparée, à l'étude des maladies comme le choléra des poules, le charbon bactéridien, des notions précises qui légitiment ses conclusions au sujet de la physiologie de l'immunité. Si l'on applique à la pathologie les données fournies par les cultures artificielles, l'organisme animal étant, lui aussi, un milieu de culture, on se trouve en présence de deux hypothèses : ou bien la première atteinte de la maladie a détruit dans le corps les substances nécessaires à la vie des parasites (théorie de l'épuisement de Pasteur); ou bien elle a donné naissance à une substance toxique pour le parasite (théorie du contrepoison de Chauveau). C'est en faveur de la première conception qu'après une critique serrée l'auteur se prononce, sans dissimuler d'ailleurs les objections dont elle est passible; aussi admet-il, à côté d'une modification chimique des humeurs, une modification dynamique des cellules qui assure la persistance de l'état d'immunité créé par la première atteinte de la maladie. Formule évidemment bien vague encore, mais que dans l'état actuel de la science, il n'eût pas été possible de préciser davantage.

V. *De l'involution sénile :* il n'est guère ce semble, de sujet plus ingrat. M. Brousse a su le rendre attrayant par la netteté de son exposé. Dans la première partie de sa monographie il fait pour ainsi dire « l'étude anatomique » de la vieillesse, en décrivant les altérations qui se dessinent avec l'âge dans les divers appareils; la seconde est consacrée aux modifications fonctionnelles, en d'autres termes à la physiologie de la vieillesse.

M. Brousse termine par quelques considérations sur la nature de l'involution sénile, qu'il attribue à un affaiblissement général et progressif de la nutrition des éléments organiques; il la rapproche à juste titre de ces maladies par ralentissement de nutrition que l'on range sous la rubrique commune, fort élastique, d'arthritisme. C'était du reste l'écueil de cette question que la confusion possible, inévitable même, entre certaines manifestations arthritiques, l'athéromasie par exemple, et les dégénérescences purement séniles.

L. D. B.

VARIÉTÉS

M. LE PROFESSEUR BOUCHARDAT.

Nous n'avons pu qu'annoncer dans le dernier numéro le décès de M. le professeur Bouchardat. Il convient tout au moins d'adresser à sa mémoire le souvenir que méritent à la fois toute une vie de labeur scientifique et une puissante originalité de pensées.

Âgé de près de quatre-vingts ans, M. Bouchardat, qui n'avait quitté sa chaire que depuis quelques mois, venait à peine de prendre un peu de repos, tout en préparant avec soin les nouvelles éditions de plusieurs de ses ouvrages. Il n'y avait d'ailleurs qu'un petit nombre d'années qu'il avait donné à celles de ses œuvres auxquelles il attachait le plus d'importance, la forme définitive sous laquelle il désirait les soumettre à l'attention publique. « Mon *Traité sur la glycosurie ou diabète sucré* et mon *Traité d'hygiène* une fois achevés, nous disait-il il y a quelques années, il ne me reste plus qu'à attendre la fin de ma vie, avec la conscience d'avoir bien accompli ma tâche. » Ces deux ouvrages en effet, il les a préparés de longue date, amassant les recherches, les notes, les renseignements de toutes sortes, afin de ne leur faire exprimer que des opinions mûrement réfléchies. Après de brillantes et solides études médicales et pharmaceutiques, il était parvenu à posséder des connaissances variées qui en faisaient un conseiller des plus appréciés dans les assemblées et les commissions scientifiques. Tout d'abord il parut s'adonner uniquement à la pharmacologie et à la thérapeutique; pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu pendant près de trente années, il ne cessa d'y poursuivre des recherches qui lui permirent de publier dès 1881 un *Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène* et un *Nouveau formulaire magistral*, ouvrages devenus classiques et fréquemment consultés par les praticiens de toutes les parties du monde; c'est qu'ils témoignent d'une érudition approfondie et toujours en éveil, ainsi que d'un robuste bon sens dans l'examen toujours si difficile et si délicat des questions de thérapeutique. Dès ses premiers travaux, il pressentit l'importance des relations physiologiques de l'organisme vis-à-vis les unes des autres, tant au point de vue de la pathogénie qu'en ce qui concerne les altérations qu'elles peuvent subir sous l'influence des agents extérieurs; sa thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris renferme nombre de passages où sont pressenties avec une netteté parfaite les découvertes expérimentales qui révolutionnent aujourd'hui la médecine. Chimiste habile et consommé, il se fit remarquer par des travaux analytiques sur le lait, sur les vins, sur les alcools, qui sont encore consultés avec fruit. Agronome et surtout viticulteur de mérite, il a rendu de grands services à l'agriculture dans son pays natal.

Mais cette production incessante de mémoires et de livres qui marqua la première période de la vie scientifique de M. Bouchardat risquait de l'absorber dans des travaux d'une renommée éphémère, lorsqu'il ambitionna la chaire d'hygiène de la Faculté en 1852; il avait alors pour émules dans ce concours professoral, qui fut le dernier à la Faculté de Paris, MM. Béclard, Tardieu, A. Sanson, Guérard et Marchal (de Calvi); son succès décida des études auxquelles il consacra la plus grande partie de son existence. A cette époque l'hygiène n'était, à proprement parler, qu'une science accessoire dans l'enseignement de la médecine; elle se composait de déductions historiques et philosophiques où le talent de parole avait plus de prise que la rigueur scientifique de l'expérience. M. Bouchardat a eu le très grand mérite de donner à l'étude de l'hygiène une base précise : « L'étude des causes, a-t-il déclaré, doit être le fondement de l'hygiène;... celle-ci, pour être positive, doit être basée sur l'étiologie... J'espère avoir ouvert une voie féconde en fondant l'étiologie synthétique. » Tel fut le programme qu'il remplit pendant plus de trente années d'enseignement, préparant chacune de ses leçons avec une attention scrupuleuse et éclairant de vues originales toutes les questions qu'il passait successivement en revue. Si le mouvement scientifique actuel a modifié plusieurs de ses conceptions, il n'en faut pas moins reconnaître que les conséquences prophylactiques admises aujourd'hui au nom

de l'hygiène s'inspirent toujours, comme méthode, de la direction qu'il a eu l'incontestable mérite de donner le premier à la science de la santé. Ce fut un novateur souvent hardi, toujours puissant; que de données qu'il mit le premier en lumière sont entrées dans le domaine commun et devenues monnaie courante! « Quand on professe depuis bientôt trente ans, a-t-il dit quelque part, qu'on n'a pas publié ce qu'on a annoncé verbalement, c'est un résultat auquel on doit légitimement s'attendre. Le mal est bien léger; si les vérités utiles s'établissent et se propagent, peu importe le nom du premier initiateur! » Les pages de ses ouvrages sur le rôle préparatoire de la misère physiologique dans la genèse des états morbides, sur l'influence des nouveaux venus dans les foyers infectieux, sur le traitement hygiénique du diabète, etc., etc., sont de celles qui assurent sa légitime renommée scientifique contre l'oubli.

Travailleur opiniâtre, caractère affable, esprit cultivé et plein de finesse, jugement ferme et droit, M. Bouchardat avait recueilli pendant sa longue carrière d'universelles sympathies.

A.-J. M.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Onzième liste.

Deuxième souscription du *Petit Journal*	1436 fr. 65
MM. le docteur Aubé	100
le docteur Horteloup et la Mairie d'Ay, chacun 50 francs	100
Mmes Joffroy et Caucurte, chacune 20 francs	40
Total	1.676 fr. 65
Montant des listes précédentes	36.346 fr. 15
Total général	38.022 fr. 80

A ces chiffres il conviendra d'ajouter une somme de 220 francs adressée à notre ami le docteur Laborde, rédacteur en chef de la *Tribune médicale* et recueillie à Smyrne par M. le docteur B. Narich.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française pour l'avancement des sciences vient de voter, à titre d'encouragement pour leurs travaux, à un certain nombre de savants les subventions suivantes :

M. Delage, pour aider à la reproduction héliographique des particularités intéressantes de l'anatomie d'une baleine échouée à Langrune, 1200 francs. — M. Viallanes, pour contribuer à des recherches sur la photographie microscopique, 600 francs. — M. G. Pouchet, pour la construction d'un thermomètre enregistreur sous-marin, 400 francs. — M. Sabatier, pour la continuation de ses recherches sur la sexualité, 500 francs. — M. Marey (de l'Institut), pour contribuer aux dépenses nécessitées par ses recherches de physiologie, 2000 francs. — M. Topinard, pour aider à l'établissement d'une carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux, 1500 francs. — M. Andouard, pour la continuation de ses recherches sur les laits (subvention Bruuet), 1000 francs. — M. Magnin, pour contribuer à la publication de cartes concernant la distribution géographique des végétaux, 300 francs. — M. Daleau, pour aider à la continuation de ses fouilles anthropologiques, 250 francs. — M. Nicolas, pour aider à la continuation de ses recherches anthropologiques, 300 francs. — M. Dehérain, pour l'achat d'une étuve destinée à des recherches de physiologie végétale, 600 francs. — Société d'anthropologie de Lyon, pour contribuer aux fouilles des tumulus de la région de Bourgoin, 500 francs. — Laboratoire de Wimereux, pour contribuer à l'achat d'une collection des animaux marins de la Méditerranée, 500 francs. — MM. Testut et Dufourcet, pour les fouilles des tumulus sous-pyrénéens, 500 francs. — Académie d'Hippone, pour contribuer à la publication de ses travaux, 300 francs. — Souscription au fonds d'encouragement, pour l'étude de la tuberculose, 200 francs. — M. Proromans, pour contribuer à des recherches de chimie organique, 500 francs. — Bourses de sessions, 500 francs.

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le dimanche 18 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président.

Cette assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte rendu de l'année 1885 par le secrétaire général; 2° approbation des modifications à introduire au règlement d'administration intérieure (art. 13 et 16) pour la nomination d'un archiviste; ces modifications ont été adoptées par la commission générale dans sa séance du 2 avril 1886; 3° l'élection d'un président et de deux vice-présidents.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 23 avril). — *Ordre du jour :* M. Cadet de Gassicourt: Traitement du croup par le procédé de M. Delthil. — M. Joffroy : Atrophie musculaire des quatre membres. — M. Albert Robin : De l'influence des œufs dans l'alimentation. — M. Debove : De l'hyperthermie hystérique. — M. Constantin Paul : De l'obésité. — M. Brocq : Note sur la destruction des poils par l'électrolyse.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 1er mai, à sept heures et quart, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Brouardel. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les *internes en exercice*) pourra être versé, dans les hôpitaux, entre les mains de l'interne en médecine *économe* de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottentuit, 56, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Légion d'honneur. — Sont promus :

A la dignité de grand-officier : M. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de commandeur : M. Cotholendy, médecin inspecteur de la marine.

Au grade de chevalier : M. le docteur de Miramont, ancien maire d'Etretat.

Corps de santé militaire. — Par décret du 9 avril, sont promus, dans le corps de santé militaire : au grade de médecin principal de 1re classe : M. Driout; au grade de médecin principal de 2e classe : M. Lemardeley; au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Fournié, Oger, Gerboin, Roch; au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Lucas, Altemaire, Pitois, Vilmain, Derouet, Spire, Duriez.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Amédée Forget, membre honoraire de la Société de chirurgie, chirurgien consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de soixante-quatorze ans; — de M. le docteur Bourceret, ancien interne des hôpitaux de Paris; — de M. le docteur Georges Varrentrapp, conseiller sanitaire à Francfort-sur-Mein, fondateur et directeur du *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesund heitspflege;* — de M. le docteur Samuel Gaskell, médecin aliéniste à Edimbourg; — de M. le docteur J.-S. Knight (de Hyannis, Etats-Unis); — de M. le docteur J.-K. Kahn (de Wilmigton); — de M. le docteur Otis (de Roslindale).

Mortalité a Paris (14e semaine, du 4 au 10 avril 1886). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 7. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 55. — Phthisie pulmonaire, 241. — Autres tuberculoses, 46. — Autres affections générales, 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 130. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 25; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; de l'appareil circulatoire, 66; de l'appareil respiratoire, 104; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 36; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 18. — Total : 1261.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5302.— Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Médication alcaline : les eaux de Pougues Saint-Léger comparées aux eaux minérales bicarbonatées sodiques, par M. le docteur Achenne.

Depuis que Trousseau a dénoncé la cachexie alcaline comme conséquence possible de l'usage des alcalins sodiques, les médecins qui se sont appliqués à l'étude des sources minérales dont le principe fondamental est un sel de soude, n'ont pas cessé de signaler cet écueil. C'est ainsi que la médication hydro-minérale par les eaux bicarbonatées sodiques fortes s'est vue entourée de réserves et de contre-indications dont le nombre n'a fait que croître, à mesure qu'elle était mieux connue.

Ainsi, à l'origine, on avait seulement conseillé, pour prévenir le danger, de modérer leur emploi, d'éviter les hautes doses et un usage prolongé. Depuis, on a reconnu que leur emploi, même restreint, ne convenait pas à tous les moments des maladies contre lesquelles elles montrent le plus d'efficacité, la *goutte* et le *diabète*, par exemple, *ni à tous les malades*.

Dans un traité récent sur la goutte, le docteur Lecorché, se rangeant à l'opinion de Trousseau, explique théoriquement comment leur action physiologique se traduit, comme résultat total, *par une hypoglobulisation*, par une anémie vraie, démontrée par la numération des globules. De cette anémie pourront bénéficier, il est vrai, les goutteux et les diabétiques florissants ou pléthoriques, mais *ses effets seront désastreux* chez les malades qui en feront usage dans les formes chroniques de la maladie.

Durand-Fardel lui-même, si compétent, et malgré la prédilection bien naturelle qu'il doit à Vichy, où il pratique depuis tant d'années, affirme que ces eaux ne doivent être administrées qu'en dehors des manifestations articulaires de la goutte.

Pour Jaccoud et Labadie-Lagrave, ces eaux seraient plus utiles chez les sujets où la goutte n'existe encore qu'à l'état latent, que contre les manifestations de la goutte confirmée.

Ce n'est pas tout : les malades qui relèvent de la médication hydro-minérale alcaline sont tous des *dyspeptiques*. La *goutte* et les *affections congénères*, *lithiase biliaire* ou *rénale* et le *diabète* sont en relation constante avec la dyspepsie.

Peut-être donnera-t-on un jour la démonstration que ces maladies ne sont que des *dyspepsies spéciales*.

Mais cette dyspepsie, cause première ou syndrome, revêt des formes différentes et certaines, tout à fait antipathiques à la médication sodique. Les malades ne supportent *même pas les petites doses des eaux minérales sodiques*, lorsque les voies digestives sont en état d'irritation ou quand il y a des symptômes douloureux, *c'est à-dire gastralgie*.

Nouvelle contre-indication aux alcalins sodiques.

On peut aller plus loin : *tous les dyspeptiques sont aussi des anémiques*, par le fait seul de la dyspepsie, quand elle a duré quelque temps.

Il est fort remarquable que les reproches légitimes ou les réserves que l'on a pu faire quand il s'agissait de la médication par les alcalins sodiques, n'ont jamais été formulés contre les eaux bicarbonatées calcaires dont Pougues *est le prototype*, pour ne pas dire le seul représentant. La source Saint-Léger jouit de toutes les propriétés des sources alcalines, et elle est en même temps reconstituante. Elle est *antidyspeptique* et aussi *antigastralgique*. Aucune autre médication ne lui est comparable pour faire cesser l'état d'irritation gastrique. Le docteur Gallard va même jusqu'à la prescrire comme médication dominante dans l'ulcère de l'estomac.

Les spasmes douloureux associés à la *flatulence*, les *vertiges de la dyspepsie* (Bouchut), et les vertiges si communs chez les goutteux, — sans doute parce qu'ils sont dyspeptiques avant tout, — cèdent rapidement par son usage.

L'eau de la source Saint-Léger a pour effet d'exalter la muqueuse de l'estomac, de développer l'appétit et d'augmenter considérablement la sécrétion de l'urine (Roubaud).

« Si l'on tient compte que, parmi les états morbides pro- » ducteurs de la gravelle, les troubles digestifs tiennent la » première place, on s'expliquera comment les eaux de » Pougues guérissent la gravelle et la préviennent en s'op- » posant aux conditions génératrices de la diathèse gout- » teuse. Les douleurs d'estomac chez les goutteux ou les » dyspeptiques ordinaires se calment et s'éteignent en même » temps que les chaleurs qui les accompagnent. *Prise aux » repas, l'eau de Pougues, coupée avec du vin, fait cesser » les nausées auxquelles sont sujets quelques individus bien » portants.* » (Lecorché.)

Les observations et les travaux de tous les médecins qui se sont occupés des maladies de l'estomac, des intestins et de la vessie consacrent son efficacité dans *toutes les affections qui ressortissent à la médication alcaline, et, privilège unique, quelle que soit l'époque de leur évolution.*

Telles sont : LA GOUTTE, LES GRAVELLES, LES CONGESTIONS — ANCIENNEMENT DITES OBSTRUCTIONS — DU FOIE, LE CATARRHE VÉSICAL, LES DYSPEPSIES SIMPLES OU AVEC IRRITATIONS, ULCÉRATIVES MÊME, avec spasme douloureux ou non, avec ou sans anémie primitive ou secondaire.

Les affections utérines si communes dans la dyspepsie, la scrofule elle-même, relèvent de Pougues. La *chaux* et la *magnésie*, le *fer* et l'*iode*, le *gaz carbonique*, rendent compte, en tant que principes minéralisateurs, de la *puissance variée de ces eaux et de leur parfaite innocuité.*

Sur la simple expression de leur désir, l'Administration des Eaux de Pougues, 15, *Chaussée d'Antin, Paris, adressera* A TITRE GRACIEUX ET FRANCO EN TOUT PAYS *une caisse d'Eau de la* SOURCE SAINT-LÉGER *à MM. les Docteurs.*

THÉRAPEUTIQUE

De la digitale.

Dans un précédent article (voy. *Union médicale*, 30 mars 1884), nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la place importante qu'occupait la digitale dans la thérapeutique; nous avons démontré que, lorsqu'elle avait été obtenue dans des conditions normales, c'était un des médicaments les plus actifs et les plus sûrs tout à la fois.

Nous venons prouver aujourd'hui que le bon choix de ses préparations est la condition indispensable de la certitude de ses effets.

Une récente communication de M. le docteur Laborde à la Société de biologie sur la digitaline, nous donne des détails très intéressants sur la valeur de ce médicament d'après les expériences faites par MM. Laborde et Duquesnel.

Ces deux savants ont soumis aux épreuves suivantes deux échantillons de digitaline : l'un d'origine allemande, l'autre de fabrication française, d'aspect absolument semblable. Voici ce qu'ils ont observé :

La digitaline allemande, en présence d'une petite quantité d'acide chlorhydrique et sous l'influence d'une légère élévation de température, ne prend pas la coloration vert-émeraude caractéristique de la digitaline ordinaire; traitée par le chloroforme, elle laisse un résidu abondant, tandis que la digitaline française se dissout entièrement dans le chloroforme, sans résidu; enfin elle n'a qu'une légère amertume, tandis que la digitaline française est fortement amère.

Ces différences profondes, au point de vue chimique, faisaient présumer une différence corrélative dans l'activité physiologique, et l'expérience a démontré qu'il en était effectivement ainsi : Injectée aux pattes postérieures d'une grenouille, la digitaline produit l'arrêt définitif du cœur en systole forcée en moins de cinq minutes; la digitaline allemande, injectée dans les mêmes conditions, ne commence à agir qu'au bout de quatre heures, et n'amène l'arrêt définitif du cœur qu'au bout de douze heures.

Cette expérience, répétée sur des cobayes, a produit des résultats complètement identiques.

D'où il faut conclure que, si l'action de la digitaline allemande n'est pas absolument nulle, elle est inférieure à celle de la digitaline française, comme cinq minutes sont à douze heures.

Mais, s'il y a une différence aussi considérable entre les deux produits, eu égard à leur activité physiologique et partant à leur pureté de composition chimique, il y aura nécessairement une différence corrélative au point de vue des effets thérapeutiques.

Le mérite de la vraie digitaline, c'est d'agir régulièrement et énergiquement; elle ralentit immédiatement les battements du cœur, les régularise, et fait succéder l'amplitude et la fermeté à l'agitation désordonnée de ces battements. Elle doit n'être employée qu'avec prudence et à très petites doses en raison de l'énergie de ses effets.

Qu'obtiendra-t-on de la fausse digitaline? Des effets très lents et par suite une prolongation des souffrances, et de plus des effets incertains, car il n'est pas possible de doser avec certitude un médicament impur et dont la valeur réelle est problématique.

Après les expériences de MM. Laborde et Duquesnel, le médecin, ne pouvant pas toujours contrôler l'origine de la digitaline fournie à son malade, hésitera sur les doses à prescrire, puisque, suivant la qualité du médicament, ces doses pourront être ou trop fortes ou insuffisantes. Dans ces conditions, il ne devra prescrire la digitale que sous une forme ayant déjà fait ses preuves et non susceptible d'adultération.

Le sirop de digitale de Labélonye lui offrira toutes les garanties qu'il peut désirer. Ce produit, dont la réputation n'est plus à faire, lui donnera des résultats toujours constants parce que son dosage est toujours rigoureux; ce n'est jamais sans un succès immédiat qu'il emploiera cette préparation dans la plupart des affections du cœur.

(Extrait de l'*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5246. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Les microzomas et la doctrine parasitaire. — Élections. — La déclaration des décès et le secret médical.

Le défaut d'espace nous oblige aujourd'hui à renvoyer le lecteur au compte rendu de l'Académie des sciences et au compte rendu de l'Académie de médecine où l'on en trouvera une analyse des communications de MM. Duguet et Héricourt, Béchamp, Hergott, Lafont et Javal. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir et de montrer comment la complexité des faits que l'analyse histologique des humeurs et des tissus fait connaître chaque jour, permet de concilier avec les doctrines traditionnelles déduites de l'observation médicale, la plupart des données fournies par les études microbiologiques.

Nous devons aussi signaler deux élections auxquelles chacun applaudira. M. Chauveau et M. Ranvier ont été nommés, le premier à l'Académie des sciences, le second à l'Académie de médecine. L'autorité incontestée de ces deux maîtres devait leur assurer, du jour où ils posaient leur candidature, la presque unanimité des votes de leurs collègues.

Lorsque nous avons annoncé la prochaine réunion de l'Association générale des médecins de France (p. 199), nous avons cru devoir faire quelques réserves au sujet du rapport de M. le docteur Passant sur la déclaration des décès, rapport qui doit être discuté au cours de cette réunion. Nous avons alors annoncé que nous l'examinerions ultérieurement, désirant attendre les débats auxquels cette question donnera lieu. Mais plusieurs de nos correspondants estiment qu'il serait plus utile de présenter dès aujourd'hui, dans l'espoir qu'on en pourra tenir compte, les observations que soulève ce rapport. Comme ces observations touchent fort peu au fond même du projet et ne s'adressent qu'à quelques points de détail, nous n'éprouvons aucun scrupule à résumer brièvement les communications qui nous ont été adressées à ce sujet.

M. Passant propose qu'aussitôt après une déclaration de décès, le maire de la commune du décédé fasse parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir; ce bulletin porterait les indications suivantes : sexe, âge, état civil du décédé, c'est-à-dire s'il est célibataire, marié ou veuf, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt. Le bulletin serait remis au maire sous enveloppe cachetée, d'un modèle uniforme pour tout le département. Le maire serait chargé de transmettre sur-le-champ au président du Conseil d'hygiène de l'arrondissement, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé. Tous les trois mois, le médecin du Conseil d'hygiène, chargé de ce service, procéderait au dépouillement des documents qui lui auraient été transmis et les ferait adresser, également par voie administrative, à ses collègues du Conseil d'hygiène siégeant au chef-lieu du département, où ils seront centralisés. Nous ne nous arrêterons pas sur les difficultés d'application qui résulteraient de cette proposition, difficultés qui tiennent au manque de renseignements que l'on a généralement sur le fonctionnement des Conseils d'hygiène et sur notre législation sanitaire ; ces difficultés importent peu, en présence de la question de principe, telle qu'elle est posée ici. Ce que souhaite avant tout M. Passant, au nom de la Commission dont il était le rapporteur, c'est que l'administration soit mise à même de connaître les mouvements de l'état civil et l'état sanitaire des populations, afin d'asseoir la prophylaxie sur des bases précises. Et ici se pose aussitôt la question du secret médical professionnel. Le médecin doit-il se refuser absolument à donner les renseignements que l'administration lui réclamerait à l'occasion d'un décès? Les jurisconsultes, comme il est d'ordinaire, sont loin d'être d'accord à ce sujet, et tout récemment, à l'occasion d'une affaire dans laquelle un médecin avait publié lui-même, dans un journal, *proprio motu*, une lettre indiquant le nom de son client et la nature de la maladie, la Cour de cassation a jugé que la disposition de l'article 378 du Code pénal est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire. On a voulu inférer de cette opinion que tout médecin doit résolument, et jusqu'à ce qu'un texte de loi lui en fasse une

obligation, refuser d'indiquer à l'administration la cause du décès de ses malades. Mais les associations médicales locales et leurs conseils judiciaires ont donné à une telle décision des motifs qui, suivant nous, lui enlèvent toute valeur : « le secret religieusement gardé, a-t-on dit, n'entraîne jamais aucun inconvénient ; le médecin agit donc au mieux en se taisant toujours »; on a ajouté : « il est dangereux pour le médecin d'indiquer la cause du décès de ses malades ». Il vaut mieux ne pas insister sur de tels arguments personnels et voir si l'appel fait aux médecins par l'administration est destiné à rendre d'incontestables services publics, sans nuire à la dignité professionnelle.

En ce qui concerne l'affaire judiciaire qui a donné lieu à ces discussions, on ne saurait trouver mauvais que le magistrat ait réprouvé la divulgation dans une feuille politique d'un secret professionnel, fût-ce, comme c'était le cas, dans une intention bienveillante pour le client; mais telle n'est plus la situation dont aura à se préoccuper l'Association générale des médecins de France; il s'agit, pour le médecin, de donner à des administrations, également astreintes au secret professionnel et dans des conditions toutes spéciales, des indications dont l'intérêt général annihile toute considération individuelle. L'obligation légale est elle-même sujette à exception et à restriction ; l'obligation morale, par contre, s'adresse uniquement « à ce qu'il ne faut pas répandre », suivant le serment des Asclépiades ; et, comme l'a si bien dit M. Dechambre, « on arrive ainsi, parce que c'est dans la nature des choses, à livrer l'interprétation du secret professionnel au jugement et à la délicatesse du médecin ». N'est-ce point ce qui arrive chaque jour, alors que le médecin est appelé à délivrer un certificat à un de ses clients désireux d'être exempté d'un service public, du recrutement militaire par exemple ? D'ailleurs, partout où fonctionnent des services de statistique médicale, des précautions minutieuses ont été prises contre la violation de ce secret, et ces précautions ont été résumées avec une grande netteté dans les conclusions adoptées, sur le rapport de M. Lagneau, par l'Académie de médecine en 1879 ; elles font en réalité des services de statistique un être impersonnel, qui ne connaît que les décès sans savoir en aucune façon les noms des décédés. Nous n'avons pas à insister sur l'ensemble de ces précautions que tous nos lecteurs connaissent.

La chose devient plus difficile dans les petites localités où n'existe aucun service de ce genre et dans lesquelles cependant il importe, tout autant sinon plus qu'ailleurs, d'être informé du nombre et des caractères des décès. Ainsi que le fait justement remarquer l'un de nos correspondants, M. le docteur Touhin (de Salins, Jura), il n'existe là aucun médecin de l'état civil et beaucoup de personnes meurent sans le secours du médecin. Il en résulte que les diagnostics sont presque toujours erronés. C'est pour ces localités que M. Passant propose les dispositions indiquées plus haut ; elles sont ingénieuses, et, si elles présentent des lacunes évidentes, il nous paraît qu'aucune autre proposition ne serait apte, dans l'état actuel des choses, à fournir de meilleures solutions. C'est ainsi qu'on voudrait, de divers côtés, que la Commission cantonale d'hygiène — là où il en existe — centralisât les bulletins des communes avec le nom de ces communes inscrit sur l'enveloppe ou sur le bulletin ; mais comme quelques villages ne donnent qu'un ou deux décès par an, circonstance qui rendrait trop facile l'attribution de la cause du décès au décédé et constituerait une violation du secret médical que l'on veut sauvegarder, on parerait à cet inconvénient en ne faisant le dépouillement que tous les cinq ans. Cette statistique ne risquerait-elle pas elle-même d'être incomplète ? Et comment arriver à obtenir, pour les campagnes, une statistique que les villes seules ont pu établir, à l'aide de services spéciaux ? La remise au maire, sous enveloppe cachetée, du bulletin de décès pour le transmettre au Conseil d'hygiène du chef-lieu d'arrondissement et mieux au Conseil central d'hygiène du département, offre plus d'avantages assurément ; elle se rapproche mieux des procédés employés dans les villes. Mais elle appelle aussi l'attention sur les lacunes si graves de notre administration sanitaire, que M. Passant a complètement passées sous silence. Si celle-ci était mieux organisée, toutes ces questions de statistique seraient aisément résolues. Il eût fallu aussi montrer, comme on l'a fait à propos du choléra (*Gaz. hebd.*, 1883, p. 541), les obligations que la loi impose aux médecins en cas d'épidémies de cette nature et reconnaître, avec M. Tourdes, que « le médecin a le droit de taire ce qu'il a découvert dans l'exercice de son art, si ce n'est l'existence des fléaux épidémiques qui menacent toute une population ». Les maladies qu'il doit signaler en pareil cas à l'administration ne sont pas de celles qui intéressent la considération morale du décédé ou des siens, et le médecin peut toujours entourer son intervention auprès de l'administration de toutes les précautions nécessaires.

Quelles que soient les insuffisances de la proposition présentée par M. Passant, insuffisances dues à la situation actuelle de l'exercice de la médecine et de l'administration sanitaire en France, elle est appelée, pensons-nous, à rendre de réels services ; elle ne compromet en rien une juste appréciation des obligations imposées par le secret médical professionnel et constitue un acheminement vers cette déclaration des cas d'affection contagieuse qui, lorsque le médecin peut la pratiquer dans des conditions également honorables pour tous, rend tant de services à la santé publique.

CLINIQUE MÉDICALE

De la polynévrite.

Plusieurs fois déjà, nous avons signalé la tendance actuelle des esprits à expliquer par des lésions périphériques du système neuro-musculaire divers processus qu'on attribuait autrefois à des affections médullaires. Or ce mouvement de décentralisation pathogénique, pour nous servir de l'heureuse expression de notre ami le docteur Parisot, va s'accentuant. Ainsi, à côté des amyotrophies diffuses d'origine spinale, on fait aujourd'hui une part de plus en plus grande aux amyotrophies d'origine myopathique ; ainsi, à côté du tabes classique lié à la sclérose des zones radiculaires postérieures, il a fallu donner une place dans la nosographie à un « pseudo-tabes » de nature purement névritique. Enfin, depuis quelques années, les exemples se multiplient de faits cliniquement analogues à ceux qui sont sous la dépendance d'une myélite antérieure ou d'une myélite diffuse, bien qu'à l'autopsie on ne trouve que des altérations nerveuses avec intégrité complète de la moelle et des racines rachidiennes. C'est ce processus qui a été décrit à l'étranger, en Allemagne surtout, sous les dénominations de polynévrite, de névrite généralisée, de névrite multiple. Dénominations qui, disons-le immédiatement, prêtent fort à la critique, car elles

pourraient tout aussi bien s'appliquer à un autre syndrôme morbide, bien différent au point de vue clinique, au pseudo-tabes. Il serait peut-être logique de réunir dans une étude d'ensemble toutes ces manifestations symptomatiques d'apparence myélitique et d'essence névritique; mais l'histoire du pseudo-tabes offre un intérêt trop considérable à divers titres pour être traitée d'une façon incidente, et nous nous bornerons ici à un rapide aperçu des accidents de cet ordre qui simulent non le tabes, mais une myélite diffuse ou systématisée.

Il nous paraît inutile d'énumérer ici les travaux consacrés à cette question; d'ailleurs la plupart sont mentionnés, à des points de vue spéciaux, il est vrai, dans plusieurs monographies françaises récentes, comme la thèse d'Œttinger, sur les *paralysies alcooliques* (Paris, 1885), les thèses d'agrégation de Brissaud et de Parisot, l'article de MM. Pitres et Vaillard, sur les *névrites périphériques chez les tuberculeux* (*Rev. de méd.*, mars 1886). Signalons cependant, en dehors des recherches relativement anciennes de Duménil, de Lancereaux et de Joffroy, les travaux de Leyden, Erb, Strümpell, Webber, qui ont particulièrement appelé l'attention sur ce sujet et suscité en Allemagne d'assez vives controverses.

I

Si l'on fait abstraction de maintes observations où l'exactitude du diagnostic est quelque peu problématique, pour ne prendre en considération que celles où, l'autopsie ayant été pratiquée avec soin, le doute n'est pas possible, la polynévrite se présente avec une physionomie clinique bien tranchée. Il en est ainsi surtout pour la période d'état de la maladie, car le début est assez variable; tantôt des manifestations générales du malaise, un mouvement fébrile plus ou moins intense ouvrent la scène morbide; tantôt, au contraire, ces phénomènes font défaut et la maladie commence à la fois par des troubles de la motilité et de la sensibilité.

Presque toujours ce sont les membres inférieurs qui sont les premiers frappés; on y constate une diminution progressive de la force musculaire, en même temps que des perturbations de la sensibilité: fourmillements, picotements, douleurs vives, rarement à caractère lancinant, hyperesthésie diffuse, superficielle ou profonde, qui fait bientôt place à une anesthésie plus ou moins accusée. Souvent il existe une douleur à la pression très nette le long des troncs nerveux. Puis la paralysie motrice s'accentue, sans cependant envahir tous les muscles; les réflexes tendineux, parfois aussi les réflexes cutanés, s'affaiblissent ou même disparaissent. A ce moment — et c'est un caractère d'importance majeure — se produit une atrophie rapidement progressive de certains groupes musculaires. Parallèlement à l'amyotrophie, l'exploration électrique décèle, d'une manière plus ou moins complète, les particularités propres à la réaction de dégénérescence. Enfin on voit apparaître des troubles trophiques, tels qu'œdème des extrémités, sécrétion sudorale abondante, altérations de l'épiderme, etc.

Au bout d'un temps variable, la paralysie atrophique envahit les membres supérieurs, pour y offrir, mais à un degré moindre d'ordinaire, les mêmes caractères. A cette période encore l'affection peut rester stationnaire, passant en quelque sorte à l'état chronique, ou même rétrocéder. Dans ce dernier cas, il se produit une amélioration progressive, suivie d'une guérison plus ou moins parfaite, à échéance habituellement lointaine. D'autres fois, au contraire, les muscles du dos, du larynx, du pharynx, le diaphragme se prennent; des accidents dyspnéiques, l'accélération extrême du ponls, le retour de la fièvre, révèlent l'imminence d'un dénouement fatal, et la mort survient soit dans le collapsus, soit au milieu de manifestations asphyxiques.

Une semblable évolution morbide offre, on ne saurait le contester, de nombreux points de contact avec la symptomatologie de la téphromyélite antérieure ou de certaines myélites diffuses subaiguës. Mais l'existence de troubles de la sensibilité, l'apparition précoce et l'allure rapide de l'amyotrophie, enfin, les réactions électriques permettent de poser le diagnostic de polynévrite. Diagnostic que justifie l'autopsie; car on constate d'une part l'intégrité absolue du système nerveux central et des racines rachidiennes, et, d'autre part, une altération très accusée d'un grand nombre de nerfs périphériques, sur la nature de laquelle la plupart des auteurs sont malheureusement peu explicites. Quant à la lésion musculaire, elle paraît avoir les mêmes caractères histologiques que dans les autres amyotrophies diffuses.

II

Il semblerait, au premier abord, qu'en présence de pareils résultats nécroscopiques, l'origine périphérique du processus que nous étudions ne puisse être révoquée en doute. Telle n'est pas cependant l'opinion d'Erb. Pour cet éminent neuropathologiste, « l'atrophie neurotique » aurait pour origine une altération purement fonctionnelle, sans lésions constatables par nos moyens d'investigation, des centres trophiques médullaires, et l'atrophie dégénérative des nerfs et des muscles ne serait qu'un phénomène secondaire. Comme l'influence trophique se transmet dans le sens centrifuge et que les résistances qui s'opposent à sa propagation augmentent à mesure qu'on s'éloigne des centres, on s'expliquersit aisément, d'après Erb, que la perturbation dynamique de ces centres se fasse d'abord sentir à l'extrémité du système neuro-musculaire, pour y produire amyotrophies et dégénérescences nerveuses.

La conception d'Erb a été attaquée de divers côtés, notamment par Strümpell. Pourquoi, dit cet auteur, ne pas admettre aussi bien une lésion primitive des nerfs périphéques, qu'une altération purement fonctionnelle des centres médullaires? Comment dans l'hypothèse d'Erb expliquer la production des troubles sensitifs? Enfin est-il certain qu'il s'agisse de lésions purement dégénératives des nerfs? Sur ce point la discussion serrée, à laquelle Brissaud s'est livré dans sa thèse d'agrégation à propos des névrites toxiques, névrites diffuses s'il en est, nous paraît avoir tranché la question. Que dans bien des cas on constate les caractères de la dégénérescence wallérienne, le fait n'est pas douteux; mais elle est inconstante et, en tout cas, toujours consécutive à une névrite péri-axile uni ou multi-segmentaire.

Sans nous appesantir sur cette question, qui reviendra à propos du pseudo-tabes, nous croyons donc pouvoir conclure que rien n'autorise à mettre la moelle en cause et que l'existence de lésions primitives du système nerveux périphérique est, pour le moins, fort vraisemblable. C'est d'ailleurs ce qui résulte également de toutes les recherches récentes, notamment des intéressants travaux de Pitres et Vaillard, de la thèse d'Œttinger et de la note de Gombault, *sur les névrites alcooliques* (*Compt. rend. Acad. des sc.*, février

1886). Or, comme nous allons le voir, ces deux facteurs morbides, alcoolisme, tuberculose, dominent l'étiologie de la polynévrite.

III

Qu'on passe, en effet, en revue, les observations de névrite multiple, et l'on s'apercevra que presque toutes ont trait à des individus entachés de tuberculose ou d'alcoolisme ; souvent même ces deux influences pathogéniques coexistent, et il n'est guère possible de faire sa part à l'une ou à l'autre.

C'est ainsi que parmi les modalités cliniques si diverses de la paralysie alcoolique, il en est une qui rentre absolument dans le cadre de la polynévrite, avec prédominance toutefois des troubles sensitifs comme dans toutes les manifestations de l'éthylisme. C'est dans ces cas surtout que la thérapeutique a de la prise dès que le malade n'est plus sous le coup d'une intoxication continue.

En ce qui concerne les relations de la polynévrite avec la tuberculose, nous ne saurions mieux faire que d'en référer au travail de Pitres et Vaillard où sont résumées huit observations des plus concluantes à cet égard. On peut, disent ces auteurs, diviser en trois groupes les faits de névrites chez les tuberculeux : le premier comprend les cas où les symptômes de névrites constatées à l'autopsie ont passé inaperçus ; dans le deuxième, il convient de faire figurer les cas où elles n'ont déterminé que des troubles sensitifs plus ou moins sérieux (névrites douloureuses ou anesthésiques). Dans le troisième enfin, se placent les observations où les atrophies musculaires ont constitué le phénomène dominant (névrites amyotrophiques, polynévrite). Disons, en passant, que ces névrites multiples peuvent apparaître alors même que les lésions tuberculeuses sont très peu accusées et que l'état général est encore satisfaisant.

Doit-on faire rentrer dans le même cadre les paralysies amyotrophiques observées à la suite de maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde ou la variole ? L'assimilation est légitime ; mais sur ces points les documents sont trop peu nombreux pour autoriser une conclusion formelle. D'ailleurs il est des cas de polynévrite où aucune intoxication, aucune infection ne put être incriminée, et où l'on ne put invoquer d'autre influence pathogénique que l'action du froid. Il est donc permis de croire que bien des faits de paralysie *a frigore*, imputés d'habitude à une congestion de la moelle, ressortissent à la polynévrite. Question intéressante au point de vue pratique, car nous sommes bien mieux armés contre les altérations périphériques que contre les myélopathies. Au dire en effet de tous les auteurs, les bains prolongés, le massage et surtout la faradisation donnent souvent d'excellents résultats dans la polynévrite, surtout quand ces moyens sont employés à une période peu avancée de la maladie.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur la tuberculose infantile : 1° sa fréquence ; 2° son expression broncho-pneumonique ; 3° son origine : *a*. par contagion (contagio-tuberculose), *b*. par hérédité de la graine (hérédo-tuberculose). Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 9 avril 1886, par MM. L. Landouzy et L. Queyrat, médecin et interne de l'hôpital Tenon.

(Fin. — Voyez le numéro 16.)

III

Cette fréquence de la tuberculose du premier âge que nous observons à Tenon n'est en quoi que ce soit imputable au milieu nosocomial dans lequel nous pratiquons.

Les bébés entrent le plus souvent tuberculeux à notre crèche ; l'hôpital ne les rend pas, mais les reçoit tuberculeux. Si la tuberculose est, chez eux, le fait de la contagion, celle-ci s'est, le plus souvent, produite avant l'entrée à l'hôpital, dans le milieu familial où mère et enfant ont vécu et souffert avant d'être hospitalisés.

Dans la moitié au moins de nos observations, mère et bébé sont malades dès l'entrée à l'hôpital, et, à des degrés divers, avec des formes diverses, malades de la même affection. Dans notre crèche il est si commun de voir la tuberculose coexister chez la mère et chez l'enfant, que du diagnostic fait pour le lit de la mère découle avec quasi-certitude le diagnostic à faire pour le berceau.

L'enfant vivant dans un milieu familial, à côté de la tuberculose, au milieu de la tuberculose, a pu y devenir tuberculeux par l'un des multiples modes de contagion ; à moins pourtant que le germe tuberculeux n'ait pu lui venir par voie héréditaire, à moins pourtant que la contagion n'ait été conceptionnelle ; à moins que le bébé, de souche tuberculeuse, n'ait hérité de la graine tuberculeuse en même temps que du terrain tuberculisable comme on hérite de la syphilis ; à moins que le bébé ne fût né hérédo-tuberculeux ?

Pratiquement, cliniquement, à simplement regarder certains bébés tuberculeux dès les premières semaines et les premiers mois de la naissance, issus de parents convaincus de tuberculose antérieure (hémoptysies, bronchites des sommets, pleurésies sèches des sommets, pleurésies séreuses dites *a frigore*, antécédentes), il semble — pour certains cas au moins — difficile d'expliquer par la contagion médiate la tuberculose infantile.

De ce qu'un bébé tuberculeux n'ait pas, depuis sa naissance, quitté sa mère suspectée de tuberculose, il ne s'ensuit pas fatalement que la mère ait, par ses contacts incessants, contagionné son enfant.

Les parents en puissance de tuberculose ont, comme les parents en puissance de syphilis, deux manières de contaminer leur descendance.

La transmission de la tuberculose des parents aux enfants se conçoit de deux manières, par contagion médiate (contagio-tuberculose) et par hérédité de la graine (hérédo-tuberculose).

En présence de certains faits de tuberculose chez des enfants de quinze jours, six semaines, deux mois, pour lesquels une enquête minutieuse (en un laps de temps circonscrit dans ces limites une enquête peut encore se faire avec rigueur) ne révèle aucun des modes habituels ou exceptionnels de contagion, force est bien de chercher si ces enfants, nés de parents entachés de tuberculose antérieurement à la conception, ne sont pas venus au monde avec le germe tuberculeux ? Ces bébés n'ont-ils pu naître, non pas seulement tuberculisables à la faveur du terrain (simple condition

d'opportunité morbide), mais tuberculisés à la faveur du passage de la graine tuberculeuse du générateur à l'engendré?

Oublie-t-on que des expériences péremptoires ont montré, contrairement aux opinion anciennes, que les contages figurés passaient des mères au placenta et du placenta au fœtus (1)?

Ne sait-on pas d'autre part, que des faits expérimentaux dus à M. H. Martin (2) et à l'un de nous, de même qu'une inoculation (3) faite par notre distingué collègue Karth, d'un placenta provenant d'une tuberculeuse, semblent avoir fourni la preuve de la transmission de la tuberculose par la graine?

Dans cet ordre d'idées, parmi les preuves apportées à la démonstration de la tuberculose congénitale, aucun fait encore n'a été produit aussi saisissant que celui récemment publié par le professeur Johne (4), de Dresde, sous le titre : *Un cas non douteux de tuberculose congénitale.*

Nous résumons brièvement, dans ses éléments essentiels, la note de Johne.

Sur un fœtus de huit mois provenant d'une vache tuée à l'abattoir de Chemnitz et trouvée tuberculeuse pulmonaire exclusivement (pas de tubercule utérin ni placentaire), on constata :

a. Macroscopiquement :

1° Le poumon en état atélectasique fœtal, présentant un seul nodule arrondi, jaune grisâtre, du volume d'un pois, siégeant au niveau du lobe inférieur droit et recouvert par la plèvre un peu épaissie;

2° Les ganglions bronchiques hypertrophiés parsemés de foyers partie caséeux, partie calcifiés;

3° Le foie parsemé de petites nodosités miliaires.

b. Microscopiquement :

1° Les nodules caséeux constitués par la réunion d'éléments cellulaires épithélioïdes et des cellules géantes;

2° Dans la plupart des cellules géantes des bacilles;

3° De nombreux bacilles à la périphérie des parties caséifiées là où commencent les cellules épithélioïdes.

C'est la première fois, à notre connaissance, qu'on donne, sur une espèce animale aussi voisine de l'espèce humaine, la preuve irrécusable, la preuve bacillaire de l'hérédo-tuberculose, de l'hérédité par la graine.

La nécropsie bactériologique de Johne est un argument qui répond sans réplique aux objections qu'on croyait pouvoir faire aux observations (5) déjà si saisissantes de König, de Stirnimann, d'Adam d'Augsbourg, de Butcher de Brack, de Semmer, de Jessen, de Muller, qui, récemment encore, sur des mort-nés de vaches tuberculeuses, avaient montré des lésions pulmonaires macroscopiquement tuberculeuses.

Pour démonstratives que fussent ces diverses autopsies, pour suffisantes qu'elles aient été pour entraîner la croyance des vétérinaires (6) à l'hérédité de la tuberculose « par le germe », elles laissaient, par ce temps d'études bactériologiques, un doute que vient de nous ôter l'observation capitale de Johne. Ses recherches prouvent jusqu'à l'évidence que les noyaux par lui examinés étaient de véritables néoplasies tuberculeuses. La tuberculose congénitale est donc hors de conteste : ceci étant établi pour les bovidés, on ne peut faire difficultés de dire, avec le professeur de Dresde, que « étant donnée l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale, on n'a plus aucune raison de douter de la possibilité de la tuberculose congénitale de l'homme ».

On peut, aujourd'hui, dire la transmission de la tuberculose par la graine démontrée, et, quand on parle d'hérédité, accorder au terrain le rôle d'adjuvant (opportunité morbide) pour faire de la graine le déterminisme de la tuberculose.

C'est ainsi que la pathologie parasitaire se charge à la fois de vérifier et d'expliquer ce point de doctrine si nettement affirmé par la médecine ancienne (auquel récemment un des maîtres (1) de la clinique française venait apporter l'autorité de son expérience), à savoir, que dans la tuberculose des familles, la contagion n'était pas la règle et qu'elle apparaissait peu de chose relativement à l'hérédité.

L'hérédité par la graine semblant cliniquement démontrée dans bon nombre au moins des cas de tuberculose du premier âge, qu'on n'objecte pas que, d'une manière générale, ce n'est pas dès les premiers mois de la vie des bébés que se développe la tuberculose dont ils apportent le germe, car on pourrait aussi bien objecter à la transmission de la tuberculose infantile par contagion, qu'il est assez particulier de voir la tuberculose attendre, le plus souvent, la fin de la première et même de la seconde année pour contaminer des enfants vivants depuis leur naissance au milieu de la contagion.

La germination un peu tardive de la graine, tombée par contagion ou par fécondation sur l'organisme infantile, est évidemment affaire de terrain. C'est là une question de pathologie générale qui appelle toute une série d'études et de recherches auxquelles nous ne voulons pas toucher aujourd'hui. Ce que nous nous proposons uniquement, dans cette note, M. L. Queyrat et moi, c'est, d'après des faits personnels inédits, d'appeler l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur trois points seulement de l'histoire de la tuberculose du premier âge; ces trois points sont résumés dans les conclusions suivantes :

1° La tuberculose du premier âge (0 jour à deux ans) est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit.

2° La tuberculose infantile ne présente souvent d'autre localisation qu'une broncho-pneumonie :

a. Tantôt la broncho-pneumonie, simple et banale en apparence, ne peut être démontrée tuberculeuse que par l'examen bactériologique;

b. Tantôt la broncho-pneumonie coexiste avec des lésions macroscopiques tuberculeuses.

3° La tuberculose est transmise au nouveau-né, soit par contagion médiate, soit par hérédité.

La tuberculose héréditaire se transmet par la graine : la preuve bacillaire de la tuberculose congénitale (hérédo-tuberculose) est faite par Johne.

Cette question de l'hérédité de la tuberculose par la graine montre combien est difficile la prophylaxie de la tuberculose infantile. Au point de vue prophylactique, si l'on peut beaucoup dans le premier âge contre la tuberculose par contagion, que faire contre l'hérédo-tuberculose ?

(1) Expériences d'Arloing, Cornevin et Thomas (Académie des sciences, 1880). — Straus et Chamberland, Soc. de biologie, 1881. — J. Chambrelent, *Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fœtale et la vaccine congénitale* (Thèse de doctorat, Bordeaux, 1882).

(2) *Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose*, par L. Landouzy et H. Martin (*Revue de médecine*, 1883).

(3) *Virulence de la tuberculose suivant les humeurs et les tissus des tuberculeux*, par Charrin et Karth (*Revue de médecine*, 1885).

(4) *Wiener medizinische blaetter*, n° 15, avril 1885.

(5) Cours inédit d'hygiène, juin 1885, *Leçon sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose humaine et bovine.*

(6) Voy. H. Bouley, *La nature vivante de la contagion*, 1884, p. 341 et suiv.

(1) *La tuberculose pulmonaire dans les familles*, par E. Leudet (Acad. de médecine, Paris, 14 avril 1885, p. 532).

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Louve enragée : Vingt-trois blessés, six morts.

Nous recevons la lettre suivante, à laquelle les faits récemment signalés par M. Pasteur, donnent un intérêt d'actualité.

Les loups sont rares dans notre région ; cependant ils font quelques apparitions, dans les forêts de chênes verts, pendant les hivers rigoureux. Aussi les populations de l'arrondissement d'Uzès ont-elles conservé le souvenir des ravages faits par une louve enragée qui parcourut, dans la nuit du 11 au 12 juillet 1850, les communes de Montarey, Saint-Siffret, Pouzilhac, Saint-Hippolyte de Montaigu, Vallabrix, la Capelle-Masmolène. Vingt-trois personnes furent mordues par cet animal ; la plupart d'entre elles étaient couchées, suivant l'habitude des paysans du Midi à cette époque de l'année, sur les aires à battre le blé, enveloppées d'un drap de toile grossière; elles furent surprises dans leur sommeil, sans défense.

Grâce aux feuillets épars d'une relation écrite par le docteur Chabanon, aujourd'hui décédé, et aux renseignements recueillis auprès de témoins de l'accident, j'ai pu rédiger quelques notes assez précises. Les dates de décès et l'âge des morts ont été exactement relevés sur les registres de l'état civil.

J'inscris les blessés dans l'ordre où ils ont été mordus :

1° Crouzet (Pierre), de Montarey, trente-six ans, morsure au bras droit. Cautérisation avec le chlorure d'antimoine. Mort le 13 janvier 1851, *cent quatre-vingt-cinq jours après l'accident*.

2° Charre (Ernestine), de Montarey, trois ans, morsures à l'oreille et à la nuque. Cautérisation avec le chlorure d'antimoine. Morte le 14 août, trente-troisième jour.

3° Pellat (Léon), de Saint-Siffret ; mordu à la main et à la jambe gauche ; six plaies, cautérisées avec l'acide sulfurique sept heures après l'accident. Guérison.

4° Huchet (Félix), dix-huit ans ; mordu profondément à la partie antérieure du cou, superficiellement à la main ; six plaies, cautérisées avec le chlorure d'antimoine. Mort le 4 août, vingt-troisième jour.

5° Gueyley (François), quarante et un ans, mordu à la face et au crâne ; six blessures à la paupière, la joue, l'oreille, la nuque, cautérisées avec le chlorure d'antimoine. Mort le 14 août, trentième jour.

6° Philibert (Jean), sourd-muet, quarante-cinq ans ; mordu à l'avant-bras droit ; quatre plaies, cautérisées avec le chlorure d'antimoine. Mort le 6 septembre, cinquante-sixième jour.

7° Griollet (Jean), vingt-quatre ans ; mordu au bras gauche ; quatre plaies, cautérisées avec l'acide sulfurique, cinq heures après l'accident. Guérison.

8° Gay (Hippolyte), sept ans ; douze plaies situées au visage, au flanc droit et aux deux jambes. Cautérisation avec l'acide sulfurique quatre heures après l'accident. Guérison.

9° Gay (Théodore), treize ans ; mordu à la nuque ; deux plaies. Cautérisation avec l'acide sulfurique quatre heures après l'accident. Guérison.

10° Gay (Joachim), dix-huit ans ; mordu au genou droit ; quatre plaies, cautérisées quatre heures après l'accident avec l'acide sulfurique. Guérison.

11° Guérin (Louis), vingt-deux ans ; mordu au sein gauche ; quatre plaies. Cautérisation avec l'acide sulfurique quatre heures après l'accident. Guérison.

12° Patrice (Joseph), dix-huit ans ; mordu à l'épaule gauche ; six plaies. Cautérisation avec l'acide sulfurique, quatre heures après l'accident. Guérison.

13° Amer (Isidore), dix-sept ans ; mordu à la main gauche et à la cuisse droite ; douze plaies, cautérisées avec l'acide sulfurique quatre heures après l'accident. Guérison.

14° Aubert (Jean), quarante-cinq ans ; mordu à la fesse et à la cuisse droite ; dix plaies, cicatrisées avec l'acide sulfurique quatre heures après l'accident. Guérison.

15° Ferrant (Jean), soixante-huit ans ; mordu à la partie postérieure du mollet gauche. Pas de cautérisation. Guérison.

16° Gauthier, douze ans ; huit plaies situées à la cuisse droite et à la fesse du même côté, cautérisées avec l'acide sulfurique cinq heures environ après la morsure. Guérison.

17° Chancel, vingt-quatre ans ; mordu à la partie postérieure du genou ; quatre plaies, cautérisées avec l'acide sulfurique cinq heures après l'accident. Guérison.

18° Mathoy (Pierre), dix-huit ans ; morsures profondes et nombreuses au visage ; la face n'était qu'une masse informe ; une partie du nez avait été enlevée, la joue droite arrachée en partie. Les plaies étaient si étendues que le médecin n'osa pas faire de cautérisation. La cicatrisation des plaies fut complète le vingt-cinquième jour ; les premiers symptômes rabiques apparurent le vingt-huitième jour et le blessé mourut le 11 août, trente jours après l'accident.

19° Mathoy (Louis), seize ans ; mordu à la tempe droite et à la région mastoïdienne du même côté ; quatre plaies, cautérisées avec l'acide sulfurique huit heures après l'accident. Guérison.

20° X..., quatorze ans ; mordu au bras droit ; quatre plaies superficielles. Cautérisation avec l'acide sulfurique six heures après la morsure. Guérison.

21° Delmas, dix-sept ans ; mordu à la cuisse droite ; quatre plaies. Pas de cautérisation. Guérison.

22° Daniel (Félix), dix-huit ans ; mordu à l'avant-bras droit, cautérisé six heures après l'accident avec l'acide sulfurique. Guérison.

23° X..., mordu au bras droit. Pas de cautérisation. Guérison.

Un cheval, des chiens et des moutons furent également mordus et devinrent enragés vers le vingtième jour.

En résumé, vingt-trois blessés, six cas de mort par rage. On doit noter :

1° L'inefficacité des cautérisations faites avec le chlorure d'antimoine ; le docteur Chabanon obtint au contraire de bons résultats avec l'acide sulfurique employé largement ; dans chaque plaie était appliqué un bourdonnet de charpie imbibé d'acide et maintenu avec du sparadrap.

2° La guérison de trois blessés qui n'ont subi aucune cautérisation ; les morsures siégeaient aux membres, n'étaient pas profondes et avaient été faites à travers les vêtements.

3° La longue incubation de la rage chez le premier blessé qui ne mourut que dans le courant du septième mois.

4° Gueyley (blessé n° 5) fut atteint de satyriasis au début des accidents rabiques, il se livra sur sa femme à un coït effréné.

Enfin je dois dire aussi qu'en 1828, un loup enragé mordit cinq personnes dans des communes voisines de Remoulins ; trois furent cautérisées et restèrent indemnes. Deux blessés ne reçurent aucun secours et moururent de la rage du vingt-cinquième au trentième jour. Je n'ai pu obtenir de renseignements plus précis, les témoins de cet événement étant rares aujourd'hui.

Dr Gazagne.

Remoulins, le 17 avril 1886.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.[1]

Sur la nature mycosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du microsporon furfur considéré comme étant son champignon pathogène. Note de MM. *Duguet* et *G. Héricourt* — Ces deux auteurs, ayant eu l'occasion d'examiner les organes de trois individus qui avaient succombé à une tuberculose à marche rapide, organes dans lesquels des examens longtemps répétés n'ont pu leur faire découvrir ni bacilles ni zooglées, ont entrepris une série de recherches et d'expériences dont les résultats sont les suivants.

Si l'on traite par des solutions de potasse (de 10 à 40 pour 100) les corps des organes tuberculeux, après quelques minutes d'action de cette lessive, les tissus malades apparaissent infiltrés de spores et de rameaux mycéliens très semblables au parasite mycosique du pityriasis versicolor, le microsporon furfur, dont étaient précisément couverts deux des malades ayant servi de point de départ à ces recherches.

La présence de ces éléments, qui sont d'ailleurs presque invisibles quand on traite les coupes pour la recherche des bactéries, est bien plus constante que celle des bacilles : on les trouve dans tous les tubercules, et aussi dans leur voisinage, là où les organes paraissent encore sains à l'œil nu.

Ils foisonnent dans l'expectoration des phthisiques, mélangés aux bacilles, mais dans les crachats, où on ne rencontre pas encore de bacilles, on peut déjà trouver des spores et des rameaux mycéliens caractéristiques. Il suffit de traiter les crachats par une goutte de lessive de potasse pour les bien mettre en évidence, et le grossissement de 350 diamètres est celui qui convient à leur examen.

Mais au simple grossissement de 40 diamètres on voit fort bien, sur les coupes des poumons, non lavées, les rameaux mycéliens cheminer dans les alvéoles, où ils forment parfois, par leur réunion, une véritable teigne feutrée, et où ils ont dû toujours être vus et pris pour des corps étrangers accidentels de préparation, malgré leur aspect caractéristique, leurs ramifications, leur cloisonnement et leurs articulations.

Des cultures de microsporon furfur, injectées à des cobayes et à des lapins, ainsi que des insufflations trachéales de crasses pityriasiques, ont rendu tous ces animaux, sans exception, tuberculeux.

Les cultures de microsporon furfur, celles des tubercules expérimentaux d'origine microsporique ou pityriasique, et celles des tubercules humains, ont absolument les mêmes caractères.

L'observation y distingue des éléments anaérobies et des éléments aérobies. Les premiers végètent au fond des tubes à cultures : ce sont les spores et le mycélium microsporiques, le mycélium développé parfois en longs filaments très différents de ceux qu'on trouve sur la peau. Les éléments aérobies forment à la surface du liquide nourricier une membrane ondulée, résistante, blanche d'abord, puis rosée, formée de bacilles qui paraissent naître des granulations dans lesquelles se résolvent les vieux filaments mycéliens.

La formation de cette membrane ne s'observe que de 30 à 38 degrés. Les bacilles qui la constituent, d'abord groupés, puis s'allongeant en chaînes de leptothrix, résistent à la décoloration par l'acide nitrique à 30 pour 100, quand ils ont été colorés par le procédé d'Ehrlich. Ils se résolvent en spores ovoïdes non colorables, d'autant plus rapidement que la température est plus élevée.

Ils se contractent et augmentent de réfringence en vieillissant et, sous forme de granulations, tombent au fond des tubes quand la membrane se désagrège ; ils paraissent alors être le point de départ d'une nouvelle végétation microsporique.

Cette évolution bacillaire se fait bien dans le bouillon de bœuf neutre ou légèrement alcalinisé, non salé, ainsi que dans le lait. Elle est entravée par l'addition de la moindre quantité d'acide lactique ajoutée aux bouillons, ainsi que par des températures trop ou trop peu élevées. Dans ces conditions, la végétation du microsporon se fait tout entière au fond des tubes, sous la forme de grosses spores mycosiques bourgeonnantes.

Le bacille tuberculeux paraît donc n'être qu'une forme correspondant à l'une des diverses phases de l'évolution du microsporon furfur, et dont le développement contingent est lié à certaines conditions chimiques et thermiques des milieux.

Cette contingence explique un grand nombre de faits encore obscurs dans l'histoire bactériologique de la tuberculose, notamment l'absence souvent constatée des bacilles dans les jeunes granulations miliaires des viscères. La présence constante des éléments du microsporon explique le mécanisme pathogénique de ces lésions sans bacilles.

D'autre part, l'état de fines granulations par lesquelles passe le champignon, à deux périodes de son évolution, donne toute leur valeur aux faits avancés par M. Toussaint, concernant la forme granuleuse du contage de la tuberculose.

Cet état explique également comment MM. Malassez et Vignal, inoculant des zooglées, ont pu produire des tuberculoses bacillaires.

Ces recherches paraissent de nature à faire prendre en considération les idées soutenues par différents auteurs sur l'évolution et le polymorphisme des moisissures.

Elles sont susceptibles d'être étendues à toutes les maladies bacillaires, ainsi qu'aux maladies infectieuses dont on n'a pas encore trouvé les bactéries pathogènes.

Enfin elles paraissent susceptibles d'un certain nombre d'applications concernant la prophylaxie et la thérapeutique de la tuberculose, ainsi que l'atténuation de la virulence du parasite, dont les auteurs se proposent d'étudier les conditions.

— Le lendemain, à l'Académie de médecine, MM. Duguet et Héricourt ont complété leur communication en montrant d'abord que leurs recherches confirment les opinions de Spina sur la grande diversité de formes des bactéries de la tuberculose, et celles de Hallier et de Cocardas sur le polymorphisme des moisissures considérées comme origine des bactéries. D'autre part, l'évolution du microsporon en bacille ne se faisant bien que vers 35° centigrades, de 38 à 40 degrés la sporulation est tellement rapide qu'à peine formés les baciles se résolvent en spores non colorables. Or les températures de 38 à 40 degrés étant celles des phthisiques, on comprend que les bacilles ne soient persistants que dans les poumons, qui, par leur contact intime avec l'air du dehors, sont de quelques degrés au-dessous de la température des autres viscères. Ainsi l'apparition du pityriasis versicolor chez les tuberculeux cachectiques prend une signification bien déterminée, qui est celle de la généralisation de la maladie et de l'envahissement du parasite. En outre, le pityriasis versicolor, dont la contagiosité n'est pas à démontrer, pourrait aussi être le point de départ direct d'une tuberculose viscérale.

Élection. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre pour la section d'économie rurale, en remplacement de M. *Bouley*, décédé.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 50, M. *Chauveau* obtient 47 suffrages et est élu ; M. *Arloing* obtient 2 suffrages, et M. *Colin* (d'Alfort) 1.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Poincaré* (do Nancy) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*).

M. le docteur *Barthe*, pharmacien aide-major de 1re classe au Kef (Tunisie), adresse une brochure intitulée : *Des eaux vives dans le cercle militaire de Kérouan.*

M. le docteur *Séjournet* (de Revin, Ardennes) envoie un mémoire manuscrit sur l'*alimentation et la nutrition des enfants en bas âge.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Worms*, une brochure ayant pour titre : *Du daltonisme chez les employés de chemins de fer ;* 2° de la part de M. le docteur *Planche*, des *Études sur Balaruc-les-Bains;* 3° au nom de M. le docteur *Lardier* (do Rambervillers, Vosges), l'*Observation d'un cas de naissance d'un monstre nosencéphalien ;* 4° de la part de M. le docteur *Duménil* (de Rouen), deux mémoires imprimés ayant pour titres : *De la colotomie dans le cancer du rectum* et *Deux cas de gangrène dans les fractures du membre*

supérieur; 5° au nom de MM. les docteurs *Petel* et *Duménil* (de Rouen), un travail imprimé, intitulé : *Commotion de la moelle épinière, étude clinique et critique ;* 6° de la part de M. le docteur *Aguirre y Barrio* (de Madrid), une brochure ayant pour titre : *Mortalidad en la primera infancia, sus causas y medios de atemarlas;* 7° au nom de M. le docteur *Carmona y Valle* (do Mexico), un ouvrage intitulé : *Leçons sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre jaune;* 8° de la part do M. le docteur *Dobell* (de Londres), un volume ayant pour titre : *On asthma, its nature and treatment;* 9° au nom de M. lo docteur *Harvey* (de Londres), un ouvrage intitulé : *On the fœtus in utero.*

M. *de Villiers* présente un *Rapport* de M. *Lelimousin* sur le service de protection du premier âge de l'enfance en 1884 dans le Cher.

M. *Gariel* dépose le tome Ier du *Compte rendu du Congrès tenu par l'Association française pour l'avancement des sciences à Grenoble en* 1885.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage de la 2e édition de son ouvrage intitulé: *Les nouvelles médications.*

M. *Armand Gautier* présente un mémoire de M. le docteur *Morelle,* ayant pour titre : *Recherche des leucomaïnes dans la rate.*

M. *Larrey* dépose : 1° la *Notice* de M. le docteur *Chauvel* sur le professeur *Depaul,* lue à la dernière séance générale de la Société de chirurgie; 2° une Note imprimée de M. le docteur *L. Bertherand* sur *la rage en Algérie.*

M. *Polaillon* fait hommage do l'*Observation,* imprimée, d'un cas de *néphrectomie* suivie de guérison.

Élection. — Par 50 voix sur 68 votants, M. *Ranvier,* porté en première ligne par la section, est élu membre titulaire dans la VIe section (*Anatomie pathologique*). M. Voisin, porté en seconde ligne, obtient 17 voix et M. Grancher, porté en troisième ligne, 1.

Digitaline. — M. *Brouardel* communique une Note de M. *Lafon,* l'un de ses préparateurs, sur les caractères chimiques des diverses variétés de digitaline que l'on trouve dans le commerce. Il en résulte que la digitoxine, vendue par une maison allemande très connue, n'est pas autre chose que la digitaline française de Nativelle, mais à l'état amorphe et de coloration jaune; d'autre part, on vend en France, sous le nom de digitaline amorphe, de digitaline cristallisée, de granules de digitaline, des produits qui ne contiennent pas trace de digitaline. Il importe donc de ne faire aucune confusion entre ces divers produits et de s'assurer de la pureté du médicament avant de l'employer.

Cocaïne. — D'après M. *Javal* et certains auteurs allemands dont il cite les travaux, la cocaïne produit dans les yeux glaucomateux une aggravation plus ou moins permanente du mal; les accidents ne cèdent alors qu'à l'emploi immédiat de doses énormes d'ésérine. M. Javal recommande aussi, à cette occasion, les rondelles gélatineuses pour remplacer les collyres, chaque fois que l'on devra expérimenter sur des quantités connues de médicaments ou confier au malade une substance très active.

Ptomaïnes, leucomaïnes et théorie microbienne. — Après avoir termié aujourd'hui l'exposé de ses doctrines sur l'action des microzymas et indiqué l'opinion que l'on doit se faire de la nutrition, M. *Béchamp* présente un résumé général de toute son argumentation.

Suivant lui, l'intérieur du corps vivant n'est pas quelque chose de passif plus ou moins comparable à un vase rempli de matériaux fermentescibles et il n'y a pas primitivement de germes morbifiques dans l'air; l'organisme vivant l'est dans toutes ses parties, non grâce à des qualités occultes, mais bien en tant que formé par des éléments anatomiques vivants, qui sont les microzymas; il ne contient ni germes, ni microbes atténués, latents ou manifestes, qui lui seraient étrangers; mais les microzymas de ces diverses régions deviennent, dans certains cas, ce que l'on appelle improprement des microbes. D'ailleurs le corps vivant n'est pas réfractaire à l'introduction des micro-organismes du dehors, mais grâce aux microzymas il réalise l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. Les microzymas *ab ovo* expliquent les phénomènes chimiques et histologiques de l'organisation pendant le développement de l'organisme, développement qui se fait par épigénèse; ils changent de fonction en même temps que les cellules des organes, sont pendant ces changements morphologiquement semblables, mais changent de composition en même temps que leurs fonctions. C'est ainsi, par l'évolution fonctionnelle avec changement de composition des microzymas, qu'on peut expliquer comment les différentes espèces de cellules dans les organes ne se nourrissent pas de la même manière, et pourquoi ils sécrètent avec les mêmes matériaux nutritifs des produits différents. Ceux d'une partie soustraite à l'organisme vivant peuvent par évolution devenir vibrioniens, soit dans un milieu de culture approprié, soit dans cette partie même, fait qui, à lui seul, ruine par sa base le système microbien. Aussi l'organisme physiologiquement sain est-il celui dans lequel les microzymas n'ont subi aucune modification. Toutefois, ceux-ci, dans une région donnée, peuvent subir l'évolution vibrionienne. Dans les pustules, les tumeurs, les phlegmons, etc., lorsqu'ils pullulent, ils proviennent de la fonte des cellules; ils peuvent aussi, sous les influences les plus diverses, subir dans leurs fonctions une nouvelle manière d'être qui fait qu'on est doué de tel tempérament, de telle prédisposition, etc.; ils peuvent aussi devenir morbides, mais les microzymas morbides d'une morbidité donnée appartiennent à tel ou tel ordre de tissus ou d'organes, sans que ceux des ordres dissemblables le deviennent en même temps. Quant à ceux des maladies contagieuses, infectieuses ou virulentes, ils peuvent transmettre, suivant divers modes, leur état aux microzymas du même ordre d'un organisme sain; on peut cultiver les microzymas morbides comme les microzymas sains; ceux d'une espèce animale peuvent ne pas transmettre leur morbidité aux microzymas du même ordre d'un individu d'une autre race, de la même espèce et du même âge; mais la même maladie, ils peuvent la communiquer à des individus plus jeunes de cette race.

D'autre part, les microzymas de deux espèces animales plus ou moins éloignées ne sont pas nécessairement fonctionnellement identiques; c'est pourquoi les microzymas morbides qui communiquent la maladie à une espèce peuvent ne pas la communiquer à une autre. Par régression ou autrement, les diverses formes de leur évolution bactérienne peuvent revenir à leur forme initiale, un peu modifiée; mais alors la fonction morbifique acquise peut disparaître. Après la mort, ils perdent la fonction morbifique acquise, et deviennent de l'ordre des microzymas atmosphériques, des eaux, de la terre, etc., c'est-à-dire inoffensives. Enfin, ils perdent également leur morbidité par certaines cultures ou dans certaines conditions de température; c'est ce qu'on appelle, à tort, l'atténuation du microbe; d'où il résulte que les microzymas morbifiques peuvent exister dans l'air. Il faut donc distinguer les maladies vraiment parasitaires des maladies des microzymas; celles-ci ne sont pas parasitaires, autrement il faudrait dire que ce sont des parasites qui nous font vivants. Quant aux antiseptiques, ils sont utiles, non pour empêcher la nocivité (qui n'est pas) des prétendus microbes atmosphériques, mais pour empêcher ou enrayer l'évolution fonctionnelle morbide des microzymas propres placés, par le traumatisme ou d'autres circonstances, dans une situation anormale.

Cette théorie, ajoute M. Béchamp, n'a pas été conçue pour contredire les doctrines de M. Pasteur; elle date d'expériences faites en 1854-67; elle a été, dans ses grandes lignes, exposée en mai 1870, tandis que les hypothèses de M. Pasteur concernant les doctrines microbiennes ont été produites en 1876 seulement. Aujourd'hui, si les principes de M. Pasteur étaient vrais, les expériences actuelles seraient encore plus téméraires qu'elles ne sont empiriques.

Reprenant la question au point de vue de la clinique obstétricale, M. *Hergott* (de Nancy) communique plusieurs cas d'affection puerpérale, suivis ou non d'infection, qui se sont produits dans des conditions tout à fait inexplicables, si l'on se borne à s'inspirer de la théorie microbienne. Il importe de se défier de leur généralisation trop étendue ou trop hâtive, et de ne pas oublier trop souvent le malade, son terrain par-

ticulier, en quelque sorte, pour l'appréciation plus ou moins théorique de la maladie elle-même.

Nature mycosique de la tuberculose. — M. le docteur *Duguet* lit, au nom de M. le docteur *Héricourt* et au sien, une Note sur la nature mycosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du *Microsporon furfur*, son champignon pathogène (voy. *Académie des sciences*, p. 274). — Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Cornil*, *Mathias-Duval* et *Besnier*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Tarsectomie pour pied bot (Présentation de malade): M. Verneuil. Discussion: MM. Le Dentu, Lucas-Championnière, Le Fort, Anger, Trélat. — Laryngotomie intercricothyroïdienne: M. Nicaise. — Du cathétérisme rétrograde: M. Monod. — Microbes des granulations oculaires: M. Poncet.

M. *Verneuil* présente le moule d'un pied bot qu'il a traité avec un succès complet en faisant une résection anaplastique. Il déclare être partisan de ces résections partielles dans les pieds bots invétérés, lorsque diverses opérations, la ténotomie, le massage forcé, les machines ont échoué. Ces opérations trouvent dans ces conditions une indication formelle et elles ont d'autant plus de chances de réussir, qu'on a affaire à de jeunes sujets sans tare et sans lésions osseuses autres que la déformation. Le malade, dont il montre le moule, est un jeune garçon de onze ans, marchant mal, se fatiguant beaucoup et étant menacé de troubles ultérieurs si l'on n'était intervenu. M. Verneuil entreprit la tarsectomie, avec le plan bien arrêté d'enlever par tâtonnements autant d'os qu'il faudrait pour obtenir sans le moindre effort une correction de la difformité. L'astragale fut d'abord enlevé, puis le cuboïde et le scaphoïde et enfin la partie antérieure du calcanéum. Ce ne fut qu'à ce moment qu'on put redresser le pied. Les articulations du tarse et les gaines tendineuses ayant été ouvertes, M. Verneuil ne jugea pas prudent de tenter la réunion par première intention. Il se contenta, sitôt son opération terminée, d'assurer l'asepsie du foyer traumatique en le bourrant de gaze iodoformée. Deux ou trois jours après, le malade eut un peu d'arthrite, se traduisant par une légère élévation de la température. Vers le huitième jour, la plaie étant devenue granuleuse, le redressement fut pratiqué avec la plus grande facilité et le pied maintenu en bonne position à l'aide d'attelles plâtrées. Au bout de deux mois, la guérison était complète. Le résultat orthomorphique ne laisse rien à désirer, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur le moule; le résultat fonctionnel est aussi excellent et le jeune malade marche de mieux en mieux.

M. *Le Dentu*, qui a assisté à l'opération du petit malade, est très favorablement impressionné par le résultat obtenu. La brèche succédant à l'extirpation des os du tarse était si profonde, qu'il ne croyait pas que le résultat pût être aussi bon. Dernièrement il a eu dans son service un homme de trente-deux à trente-cinq ans, atteint d'un double pied bot, analogue au précédent. La marche s'effectuait assez bien, mais était douloureuse. M. Le Dentu proposa la tarsectomie; mais, se rappelant l'opération de M. Verneuil et n'en connaissant pas le beau résultat, il crut devoir avertir le malade des chances qu'il courait en se laissant opérer. Celui-ci, qui, somme toute, marchait assez bien, refusa l'opération. Désormais, si un malade se présente à M. Le Dentu, dans les même conditions, fort du succès de M. Verneuil, il n'hésitera pas à intervenir.

M. *Lucas-Championnière* a un des premiers à Paris extirpé l'astragale pour un pied bot paralytique chez une jeune femme, qu'il avait d'abord guérie d'une tumeur blanche de l'articulation du gros orteil. Le résultat fut très satisfaisant. M. Lucas-Championnière a fait la réunion et il conseille de la rechercher dans tous les cas; on ne peut qu'en retirer de bons effets. Il est remarquable, dit-il, de voir après ces opérations le pied se redresser de plus en plus par la marche et le résultat s'améliorer de jour en jour. C'est ce qui s'est passé pour le malade de M. Verneuil; le moule, qui a été pris il y a déjà quelque temps, est moins beau que le pied même du malade. La malléole externe, que certains opérateurs ont conseillé d'enlever, ne gêne nullement pour le redressement du pied et on doit toujours la conserver; si elle gênait la correction du pied, on serait toujours à temps de l'enlever par une opération ultérieure.

M. *Le Fort* reconnaît l'excellence du résultat obtenu par M. Verneuil, mais c'est là un résultat tout à fait exceptionnel. Un grand nombre de pieds bots, qu'il a eu occasion de voir après l'opération de la tarsectomie, marchaient plus mal après qu'avant. L'âge est d'une importance capitale dans la détermination des indications. Chez les enfants, la méthode de choix pour redresser les déformations des pieds est l'application d'une série d'appareils appliqués judicieusement et pendant longtemps. Il est étonnant de voir combien on peut ainsi modeler pour ainsi dire les os du tarse chez les enfants.

M. *Anger* soigne en ce moment un garçon de dix-sept ans, ayant eu une fracture de la colonne vertébrale, avec paraplégie, qui a laissé à sa suite une double pied bot. Il a d'un côté essayé, sans résultat, la ténotomie. M. Nélaton, qui l'a remplacé dans le service, a voulu faire la tarsotomie du même côté, mais ayant échoué, il a dû faire l'amputation de la jambe. Que faire contre le pied bot qui reste?

M. *Verneuil* ne peut se prononcer sur le cas du malade de M. Anger, avant d'avoir vu le patient. Il est des cas où toutes les opérations de résections échouent et où il faut se résoudre à pratiquer des amputations partielles. S'il n'a pas recherché la réunion par première intention chez son opéré, c'est qu'il l'a crue impossible, sinon dangereuse. Un autre motif l'a encore engagé à ne pas la tenter: la suppuration et le tissu de cicatrice épais, qui en est la conséquence, assurent la solidité du pied.

M. *Trélat* pense que la réunion n'empêche pas la formation d'adhérences et de liens fibreux.

— M. *Nicaise* lit une note sur la laryngotomie intercricothyroïdienne, complétant ce qu'il a déjà dit devant la Société à ce sujet. L'opération de Vicq-d'Azyr était abandonnée parce que l'on croyait l'espace intercricothyroïdien trop étroit pour l'introduction d'une canule. Or, d'après les recherches de M. Nicaise, cet espace est en moyenne chez la femme de 7 à 8 millimètres et chez l'homme de 9 à 11 millimètres. On peut donc y introduire une canule suffisante pour le passage de l'air, sans qu'elle soit fixée et immobilisée par la pression des cartilages thyroïde et cricoïde. Il est bon d'ajouter à l'incision verticale deux petites incisions transversales; on peut aussi légèrement sectionner le cricoïde. Outre sa facilité, son peu de gravité et bien d'autres avantages, la laryngotomie intercricothyroïdienne a encore pour elle cet immense avantage que dans les cas urgents, elle permet l'entrée directe de l'air dans les voies aériennes sans qu'on ait besoin d'avoir recours à une canule.

— M. *Monod* lit un rapport sur deux observations de M. Cauchois (de Rouen), et de M. Douard, sur le cathétérisme rétrograde. Le malade de M. Cauchois, âgé de vingt-six ans, avait été soumis sans succès à deux uréthrotomies externes pour un rétrécissement infranchissable de l'urèthre. Ne trouvant pas le bout postérieur du canal, M. Cauchois se décida à ouvrir la vessie par l'hypogastre, afin de faire le cathétérisme rétrograde et de découvrir ainsi la lumière du canal. La manœuvre réussit et trois mois après le malade

était guéri. C'est à tort que M. Cauchois écrit, dans les réflexions qui accompagnent son observation, que le cathétérisme rétrograde a été pratiqué de cette manière pour la première fois par M. Duplay; Giraldès, en 1867, et M. Péan, en 1877, ont eu chacun recours à cette opération.

Dans l'observation adressée par M. Douard, il s'agit d'une rupture traumatique récente du canal chez un enfant de huit ans. L'uréthrotomie externe ne pouvant être menée à bonne fin, M. Douard fit la taille hypogastrique et introduisit une sonde dans l'urèthre, d'arrière en avant. Guérison rapide. M. Monod a trouvé plusieurs cas semblables dans les annales de la science et s'appuyant sur leur enseignement il pose les indications générales du cathétérisme rétrograde. Une des premières s'adresse aux rétrécissements dits infranchissables, mais on ne doit arriver au cathétérisme rétrograde que lorsqu'on ne peut découvrir le bout postérieur de l'urèthre après l'uréthrotomie externe. Les ruptures graves de l'urèthre réclament aussi le cathétérisme rétrograde, si après l'incision du périnée le bout postérieur du canal échappe aux recherches du chirurgien. Sans doute les ponctions capillaires de la vessie peuvent faire gagner du temps, mais il est des cas urgents où l'ouverture sus-pubienne de la vessie s'impose pour la recherche du canal de l'urèthre.

Certains cas d'hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine et fausse route sont aussi justifiables du cathétérisme rétrograde. M. Rohmer (de Nancy) y a eu recours une fois.

Quant aux procédés permettant d'introduire la sonde du col de la vessie vers le méat de l'urèthre, ils varieront suivant les circonstances. La bénignité de la taille hypogastrique la fera choisir dans un grand nombre de cas, car avec elle on est toujours sûr de mener à bonne fin l'opération tentée.

— M. *Poncet* présente des planches et des préparations du microbe des granulations oculaires.

Sur un œil énucléé par M. le docteur Dehenne, et sur lequel la cornée entière avait été envahie par les granulations, des coupes de cette cornée ont démontré la nature même des granulations à l'exclusion du lupus et de la tuberculose.

Puis les coupes, ayant été traitées par la méthode de Gram, ont révélé l'existence dans tous les éléments d'un micrococque très petit, très abondant, remplissant tout l'élément. Ce micrococque avait envahi dans ce cas l'épithélium de la membrane de Descemet, et même l'iris, où des leucocithes remplis de microbes ont été retrouvés.

Le micrococque de l'uréthrite aiguë n'a, suivant M. Poncet, qu'une analogie très éloignée avec celui des granulations, lequel est beaucoup plus petit. Des dessins faits à la chambre claire et un même grossissement le démontrent d'une façon très nette.

Cette figuration des microbes des granulations est la première qui ait été présentée en France. En Allemagne, Pottler, en 1881, a trouvé dans la sécrétion, et dans le trachome, un micrococque qu'il rapproche de celui de l'uréthrite.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Phénomènes consécutifs à l'ablation des centres moteurs : M. Dupuy. — Inhibition générale : M. Dupuy. — Action des matières colorantes sur les infusoires vivants : M. Certes. — Nouveau mode de réfrigération : M. de Souza. — Sur la paralysie radiale par compression : MM. Déjerine et Vulpian. — La nourriture des tortues marines : M. Pouchet. — Action de l'hypnone sur les gaz du sang : MM. Laborde et Quinquaud. — Action des agents physiques sur la fermentation : M. Regnard. — Expérience relative au deuxième temps de la déglutition : M. Laborde.

M. *Dupuy* montre de nouveau le chien qu'il a déjà présenté à la Société : ce chien, à qui il a enlevé les centres dits psycho-moteurs, ne présente plus aucune altération de mouvements.

— M. *Dupuy*, en versant pendant quelque temps de l'eau à la température ambiante sur la surface cérébrale d'un chien, a vu se produire une inhibition générale, caractérisée par les phénomènes suivants : ralentissement extrême de la respiration et du cœur, abolition des réflexes, coloration rosée du sang veineux, c'est-à-dire arrêt des échanges, etc.

— M. *Certes* a poursuivi l'étude de l'action de différentes matières colorantes sur les infusoires vivants, étude dont il a déjà entretenu la Société l'année dernière. Il a observé que la matière colorante, dite bleu Poirier C²B, colore exclusivement le pédoncule des vorticelles, sans que la contractilité de cet organe s'altère le moins du monde sous cette influence; et dans ce pédoncule c'est seulement le filament central qui se colore. — D'ailleurs M. Certes a pu colorer avec des couleurs d'aniline d'autres animaux, des huîtres vivantes par exemple.

— M. *Déjerine* résume une note de M. *de Souza* sur une nouvelle méthode de réfrigération des malades, modification de la méthode de Brandt.

— M. *Déjerine* présente, au nom de M. *Vulpian* et au sien, les résultats de six observations cliniques de paralysie radiale par compression et des expériences qu'ils ont instituées pour étudier ces faits. Ils ont constaté que l'excitabilité faradique du nerf radial, si on excite le nerf au lieu d'élection (quart inférieur de l'humérus), restait absolument normale pendant toute la durée de la maladie, c'est-à-dire des mois entiers; mais que, au contraire, examiné au-dessus de la gouttière de torsion, au-dessus du point où on suppose que la compression s'est exercée, le nerf ne répondait point aux excitations. Bien entendu, la conduction volontaire est perdue, il y a paralysie. D'autre part, la nutrition des muscles ne souffre pas.

Comment donc expliquer ce fait de la conservation de l'excitabilité faradique à partir d'un certain point, tandis que la même excitabilité a disparu au-dessous de ce point, et cet autre fait de la paralysie, alors que les propriétés trophiques du même cordon nerveux sont respectées? MM. Déjerine et Vulpian ont essayé de reproduire les différents phénomènes de cette paralysie par compression sur les animaux ; mais ils n'ont pu encore les obtenir.

M. *Brown-Sequard* remarque qu'il conviendrait d'abord de faire la compression d'un nerf sur l'animal à travers les enveloppes cutanée et graisseuse, et ensuite de chercher s'il n'y a rien de modifié dans les puissances de la moelle au niveau de l'origine du nerf comprimé.

— M. *Pouchet* a eu l'occasion d'examiner un certain nombre d'estomacs de tortues marines recueillies en mer, à de grandes distances de tout rivage, et il a trouvé dans ces estomacs des poissons, des crustacés, des éclats de bois, des morceaux d'écorces d'arbre, etc. Bref, le fond de la nourriture de ces tortues est fourni par les animaux de la surface de la mer et peut ainsi ne pas être végétal, comme lorsqu'elles vivent sur les côtes, au moment de la ponte.

— M. *Quinquaud* communique les résultats des expériences qu'il a faites avec M. *Laborde* sur l'action de l'hypnone sur les gaz du sang. L'injection intra-veineuse d'une assez grande quantité de cette substance amène toujours l'asphyxie : l'acide carbonique contenu dans le sang augmente considérablement et la proportion d'oxygène diminue. Dans le sommeil calme, tel que le produit une petite quantité d'hypnone, il y a simplement un ralentissement notable des combustions.

M. *Laborde* remarque que l'hypnone ne donne lieu à un sommeil complet qu'à doses élevées, c'est-à-dire par conséquent toujours toxiques.

— M. *Regnard* a repris l'étude déjà entreprise autrefois par Dumas, mais avec des instruments insuffisants, de l'action des différents agents physiques sur la fermentation : il a étudié et enregistré l'action de l'électricité, de la lumière, de la chaleur, du magnétisme.

— M. *Laborde* décrit une expérience très simple, facile à faire sur l'animal (chien), et qui met hors de toute contestation le mouvement d'élévation du voile du palais dans le deuxième temps de la déglutition. Grâce à ce mouvement et grâce, d'autre part, au mouvement d'ascension de la partie postérieure du pharynx dans le même temps, il se forme à cet endroit du canal alimentaire un véritable sphincter, ainsi d'ailleurs que l'avait déjà constaté le docteur Fiaux en 1875.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Du bois de Pichi : M. Limousin. (Discussion : MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz, Campardon.) — Du sulfure de zinc : M. P. Vigier. — Saccharure de quinquina : M. F. Vigier. — Traitement de l'asthme par l'acide oxalique (M. Pouchet) (Présentation de brochure) : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Limousin* présente un échantillon de la plante connue au Chili sous le nom de *Pichi* ou *Piché*. Le pichi a été introduit en France, en 1885, par M. Boyer, à la Société médico-pratique; grâce à la décoction de pichi, un vieux général américain aurait pu éviter l'opération de la taille, et aurait expulsé son calcul spontanément sous forme de bouillie. Depuis lors, M. Mussat a étudié la plante au point de vue botanique, et a montré qu'il s'agit d'une nicotianée, de la famille des solanées, le *Fabiana imbricata;* cette détermination botanique a été confirmée par M. Planchon, qui a montré un échantillon de la plante existant dans les serres de l'École de pharmacie. Enfin, le docteur Fort (de Buenos-Ayres) a communiqué à la Société de médecine pratique les résultats obtenus par lui, avec le pichi. Cette plante, originaire du Brésil, croît dans les terrains sablonneux, sur le bord des fleuves; c'est la partie ligneuse qui renferme le principe actif. On l'emploie en décoction à la dose de 30 grammes de bois de pichi broyé pour 1 litre d'eau, à prendre en quatre fois dans la journée. C'est un calmant des inflammations vésicales, et en même temps un lithontriptique, puisque sous son influence les calculs vésicaux se désagrègent et sont expulsés au dehors. M. Limousin a préparé avec le pichi un extrait liquide, dont quatre cuillerées correspondent à 30 grammes de la plante; cet extrait possède une odeur aromatique; il renferme une résine très amère insoluble dans l'eau, et une certaine quantité de tanin. On y trouve aussi un alcaloïde, mais surtout un glucoside très analogue à l'esculine, fortement réfringent, et donnant à la solution une fluorescence bleuâtre très marquée, caractéristique.

M. *C. Paul* demande si l'on a recherché la solubilité *in vitro* de l'acide urique et de l'acide oxalique dans la décoction de pichi. En effet, il serait intéressant de savoir si cette préparation agit en dissolvant les calculs directement, ou si elle donne un semblable résultat en se transformant en un autre principe médicamenteux particulier. De semblables recherches sont d'ailleurs fort difficiles, car on n'a pas de procédé pratique de dosage de la quantité d'acide urique dissoute dans les liquides sur lesquels on expérimente.

M. *Limousin* ne pense pas que l'intérêt principal de la question réside dans la solubilité plus ou moins grande de l'acide urique dans la décoction de pichi. Il est probable, en effet, que cette décoction, qui renferme une grande quantité de résine, agit surtout en modifiant la sécrétion urinaire et le catarrhe des voies d'excrétion : c'est, sans doute, par ce procédé qu'est produite la dissociation du calcul et son effritement, car il ne s'agit pas d'une véritable dissolution. Probablement la suppression du mucus servant de matière unissante pour la formation des calculs joue un rôle prépondérant dans ces phénomènes de dissociation.

M. *Dujardin-Beaumetz* a expérimenté la décoction de pichi comme diurétique; il en a obtenu d'assez bons résultats dans le traitement du catarrhe vésical.

M. *C. Paul* ne croit pas que la dissolution du mucus servant de ciment dans la constitution du calcul puisse suffire à en amener la désagrégation. On voit, en effet, sous l'influence des eaux de Contrexéville, par exemple, le mucus agglomérant de petits graviers se dissoudre, et ceux-ci être entraînés par l'urine; mais, lorsqu'il existe un calcul vésical un peu volumineux, la disparition du mucus a pour effet de rendre ses saillies anguleuses plus offensantes pour la muqueuse de la vessie, et d'amener des phénomènes inflammatoires. C'est ainsi que l'on a pu dire avec raison que la cure à Contrexéville sert à déceler l'existence d'un calcul vésical. La conséquence pratique de ces faits, c'est qu'il ne faut pas envoyer les graveleux à Contrexéville sans s'être assuré par le cathétérisme qu'ils n'ont pas de pierre dans la vessie; on expose les malades, si l'on ne prend cette précaution, au développement d'accidents inflammatoires qui rendent impossible, ou tout au moins fort dangereuse, une intervention opératoire.

M. *Campardon* a observé un certain nombre de faits d'expulsion facile des calculs chez des malades qui, après avoir eu recours sans succès à diverses eaux minérales, ont fait une cure à Karlsbad. Il ne saurait se prononcer sur le mode intime d'action de ces eaux, pas plus que sur la nature des phénomènes qui préparent l'expulsion des calculs en pareil cas, mais il a réuni vingt-deux observations probantes.

— M. *Vigier* donne lecture d'une note sur le *sulfure de zinc* (voy. le numéro du 5 février 1886, p. 89).

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente au nom de l'auteur, M. Pouchet (de Plancher-les-Mines), un travail sur le *traitement de l'asthme par l'acide oxalique.* — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Moutard-Martin, Dujardin-Beaumetz et Rougon, rapporteur.

— M. *F. Vigier* a cherché à obtenir une préparation de quinquina renfermant une plus forte proportion d'alcaloïde que l'extrait mou; on sait, en effet, que celui-ci contient surtout du tanin et seulement les trois septièmes des substances alcaloïdiques du quinquina. Il a obtenu un saccharure renfermant la totalité des alcaloïdes de l'écorce de quinquina employée. Pour cela, il suffit d'ajouter une petite quantité d'acide citrique au cours de la préparation, afin d'empêcher la précipitation des alcaloïdes. Une cuillerée à café de ce saccharure représente 1 gramme d'extrait de quinquina, et renferme en outre tous les alcaloïdes. On a ainsi entre les mains une préparation très active, surtout si l'on se sert comme matière première d'écorces de quinquinas de culture renfermant 70 pour 1000 d'alcaloïdes.

M. *C. Paul* est d'avis qu'un semblable produit peut rendre de grands services, en particulier pour faire du vin de quinquina, si rarement bien préparé, soit à cause de la qualité inférieure du vin, soit à cause du procédé même de préparation. Il serait donc utile de connaître la dose de saccharure nécessaire pour obtenir 1 litre de vin de quinquina.

M. *F. Vigier* fait observer que la dose dépend de la richesse de l'écorce de quinquina employée pour préparer le saccharure; si l'on s'est servi de quinquinas riches, tels que les quinquinas de culture, il suffit de 30 grammes au plus pour 1 litre de vin; avec une dose plus élevée on obtiendrait un

vin tellement amer qu'il ne pourrait être accepté par les malades.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

REVUE DES TRAVAUX DES CONGRÈS

Cinquième Congrès de médecine interne de Wiesbaden (1).

(Suite.)

SÉANCE DU MERCREDI 14 AVRIL 1886 (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. LEYDEN.

M. *le Président* adresse aux membres du Congrès l'allocution d'usage et il annonce que l'ordre du jour des réunions du matin a été modifié en ce sens que la question du *traitement opératoire des épanchements pleuraux* sera mise la première en discussion.

M. *Fraentzel* (de Berlin), l'un des deux rapporteurs, lit son exposé de la question. Voici la substance de ce travail : Trousseau a été le premier à préciser les indications du traitement opératoire des épanchements pleuraux, et les règles qu'il a formulées à ce sujet sont restées. La thoracentèse a été introduite en Allemagne par Traube. Bowdisch a apporté certaines modifications au manuel opératoire (trocart de petit calibre, aspiration du liquide épanché). Quincke a contribué largement à vulgariser en Allemagne le procédé opératoire ainsi modifié. M. Fraentzel l'a employé pour la première fois en 1871, avec les modifications imaginées par Bowdisch. Depuis cette époque, il a eu l'occasion de pratiquer la thoracentèse sur des centaines de malades, à savoir : 1° dans des cas d'épanchements pleuraux séro-fibrineux, en se conformant aux indications formulées par Trousseau, c'est-à-dire quand il y a imminence d'asphyxie, ou quand l'épanchement est de grande ou de moyenne abondance, pour hâter la résorption du liquide, vers le milieu ou la fin de la troisième semaine, une fois que la fièvre est tombée ou en voie de s'éteindre. Lieu d'élection, pour enfoncer le trocart : ligne axillaire et ligne mamillaire, à gauche, dans le cinquième, à droite dans le quatrième espace intercostal. On peut se servir indifféremment de tout appareil aspirateur construit de telle sorte que l'accès de l'air extérieur à la cavité pleurale est rendu impossible. M. Fraentzel a présenté celui qu'il emploie habituellement et il a exposé dans ses moindres détails la technique qu'il a adoptée. Il est partisan des ponctions exploratrices. Il ne soutire jamais plus de 1500 centimètres cubes de liquide ; les choses sont réglées de telle sorte que l'aspiration du liquide se fasse avec une grande lenteur. Après l'opération, le malade est relégué dans son lit pendant deux jours; vessie de glace sur le siège de la piqûre ; régime sévère. M. Fraenkel condamne l'emploi de la thoracentèse chez des malades qui ne gardent pas le lit; quand l'épanchement se reforme et atteint de nouveau une grande abondance, il répète la thoracentèse.

2° Dans des cas d'épanchements hémorrhagiques, mêmes indications que pour les cas d'épanchements séro-fibrineux. Ponction exploratrice, puis ponction évacuatrice avec aspiration.

3° Dans les cas d'épanchements purulents, le diagnostic ne peut être établi avec certitude qu'à la faveur d'une ponction exploratrice. M. Fraentzel n'a jamais obtenu la guérison d'un épanchement purulent au prix d'une simple ponction ; mais, comme d'autres auteurs ont publié des faits de ce genre, il est d'avis qu'il y a lieu de tenter une première ponction. En cas d'insuccès, recourir à l'opération radicale : incision sur la ligne axillaire ou mamillaire, à gauche, dans le cinquième, à droite dans le quatrième espace intercostal ; résection des côtes; lavages de la cavité pleurale avec une solution de sel de cuisine, drainage, pansement antiseptique.

4° Dans des cas d'épanchements de nature septique, une fois que le diagnostic est bien établi, procéder sans ambage à l'opération radicale.

5° Dans les cas de pyopneumothorax, il faut également recourir sans retard à l'opération radicale, du moins lorsqu'on n'a point affaire à un cas de tuberculose avérée. Quand il s'agit d'un cas de pneumothorax simple et qu'il y a imminence d'asphyxie, tenter une ponction, en prenant des précautions pour éviter le développement d'un emphysème sous-cutané.

M. *Weber* (de Halle), le second rapporteur, s'est occupé d'une façon spéciale des indications de l'intervention opératoire. Il s'est prononcé en faveur d'une intervention précoce, dans tous les cas où le traitement opératoire est indiqué. Pour ce qui concerne spécialement les cas d'épanchements pleuraux compliqués de tuberculose, M. Weber est d'avis que le développement de cette dernière reconnaît souvent pour cause les affections consécutives à un épanchement pleural.

C'est une raison de recourir à l'intervention opératoire aussitôt que possible. La nature de l'intervention doit être réglée sur la composition de l'épanchement. Quand celui-ci est constitué par un liquide séro-fibrineux, on s'adressera à la ponction; l'opération radicale est indiquée dans les cas d'épanchements purulents ou septiques ; toujours il faut pratiquer la résection costale et le lavage de la cavité.

M. *Fiedler* (de Dresde) ne se sert pas, pour la thoracentèse, d'un trocart capillaire, mais d'un trocart de plus gros calibre. Il enlève du coup tout le liquide épanché, c'est-à-dire jusqu'à 2500-4000 centimètres cubes. Toujours il a recours à une ponction exploratrice préalable. Il pratique quelquefois la thoracentèse dans des cas d'épanchements peu abondants. Autant qu'il en peut juger par son expérience personnelle, les épanchements très abondants sont presque toujours de nature tuberculeuse.

M. *Litten* (de Berlin) propose d'apporter à la résection costale la modification suivante : enlever de la côte supérieure seulement un segment inférieur, et de la côte inférieure seulement un segment supérieur.

Une discussion s'est engagée ensuite à laquelle ont pris part MM. *Finkler* (de Bonn), *Jürgensen* (de Tubingue), *Heussner* (de Barmen).

SÉANCE DU 14 AVRIL 1886 (SOIR).

M. *Brieger*, dans une communication sur *les ptomaïnes*, a examiné le rôle qui revient dans la pathogénie des fièvres infectieuses aux produits chimiques élaboré par les bactéries. Aux résultats déjà obtenus sur ce champ d'investigation, M. Brieger croit pouvoir en ajouter de nouveaux. Il a étudié les produits chimiques qui avaient pris naissance dans des cultures d'organismes pathogènes. Il n'a pas réussi à isoler des principes toxiques des produits élaborés par le *staphylococcus aureus* et le *streptococcus pyogenes*, mais il a été plus heureux en opérant sur des cultures du *bacille de la fièvre typhoïde*, décrit par Koch-Eberth. En ensemençant ce bacille dans du sérum de chair musculaire, M. Brieger a pu extraire des produits de culture une substance ayant pour formule $C^7H^7AzO^2$, qu'il considère coomme le poison spécifique du bacille en question.

(1) Voy. le précédent numéro.

— M. *Fick* (de Bonn): *Sur les oscillations de la pression sanguine dans les ventricules cardiaques, pendant la narcose développée au moyen de la morphine.* Avec un appareil nouveau qu'il a imaginé et fait construire en vue de ses recherches, et qui peut être introduit directement dans le ventricule d'un chien endormi au moyen de la morphine, l'auteur a reconnu qu'il se produit, sous l'influence de la morphine, une élévation de pression sanguine avec retard des contractions. Or, cette élévation de pression ayant une valeur inférieure à la pression qui règne dans l'aorte au moment de la diastole, elle ne peut soulever les valvules aortiques pour se propager dans le système artériel. On ne peut donc la constater que sur place; d'où l'auteur conclut que les recherches manométriques qui ont trait à l'action des poisons cardiaques ne doivent pas être limitées à l'étude de la pression sanguine dans le système artériel, qu'elles doivent être étendues au ventricule gauche.

M. *Basch* (de Vienne) a présenté ensuite des tracés graphiques représentant les modifications de la pression intraveineuse, qui se produisent sous l'influence de la morphine.

— M. *Stintzing* (de Munich): *L'électricité employée comme moyen de diagnostic.* Les mensurations faites avec le courant électrique employé comme moyen de diagnostic n'ont pas une valeur uniforme. Cela est vrai surtout pour le courant faradique et continuera de l'être tant que l'on n'aura pas trouvé une mesure absolue pour l'évaluation de l'intensité des courants induits. Dans les explorations faites avec le courant galvanique, il est possible d'obtenir des résultats comparables; il suffit pour cela de se servir d'instruments du même type. En fait de galvanomètre, l'auteur propose d'adopter le galvanomètre horizontal d'Edelmann, qu'il considère comme supérieur à tous égards. Il y aurait lieu, d'autre part, de s'entendre sur une section transversale uniforme à adopter pour les électrodes; l'auteur propose d'adopter comme valeur uniforme de l'aire de cette section transversale, le chiffre de 3 centimètres carrés. M. Stintzing a cherché aussi à obtenir des valeurs comparatives de la réaction spécifique des différents nerfs, valeurs répondant à la réaction à l'état normal, et permettant d'établir une ligne de démarcation entre les résultats électrométriques qui ressortissent à l'état normal et ceux qui ressortissent à l'état pathologique. Il a communiqué les résultats de ses recherches sous forme d'une échelle graduée, sur laquelle on lit immédiatement entre quelles limites oscillent, à l'état normal, les valeurs de la réaction galvanique d'un nerf déterminé.

— M. *Ziegler* (de Tubingue): *Sur la transmission héréditaire de propriétés pathologiques acquises.* En se basant sur des considérations d'ordre anatomique et embryogénétique sur la procréation, l'auteur arrive à conclure que les maladies et les malformations acquises ne peuvent pas être transmises par voie d'hérédité.

SÉANCE DU JEUDI 15 AVRIL 1886 (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. JURGENSEN (DE TUBINGUE).

M. *Stokvis* (d'Amsterdam) donne lecture de son exposé général sur *la pathologie et le traitement du diabète sucré.* Il s'est occupé spécialement de certains points particuliers de l'histoire de cette maladie; ainsi : 1° l'*albuminurie dans les cas de diabète.* Cette albuminurie est l'expression d'une affection rénale grave, engendrée elle-même par un corps étranger fortement irritant, charrié par le sang. Eu égard au pronostic, on ne saurait méconnaître que la présence d'une grande quantité d'albumine dans une urine sucrée constitue un signe de mauvais augure ; par contre, quand l'albumine figure dans l'urine d'un diabétique en proportions minimes, il ne faut y attacher qu'une importance très secondaire. M. Stokvis a fait ressortir encore qu'il est arrivé dans bon nombre de cas de diabète que les symptômes cliniques d'une atrophie granuleuse du rein (petit rein rouge) ont pris peu à peu le dessus, en même temps que le sucre disparaissait progressivement de l'urine. Or, étant donné que la forme de néphrite connue sous le nom de petit rein granuleux peut subsister pendant fort longtemps sans entraîner de trouble grave, il y a lieu de se demander si ce mode d'évolution ne doit pas être considéré comme une terminaison relativement favorable.

2° *Le coma diabétique.* Il y a lieu de distinguer deux groupes de cas: les uns où le collapsus domine la scène pathologique, les autres où le symptôme capital est constitué par une sorte d'ivresse, en même temps qu'on constate de l'acétonurie, de la diacéturie, l'apparition dans l'urine de l'acide oxybutyrique déviant le plan de polarisation à gauche. On n'est pas encore fixé sur la question de savoir quelle part revient à l'acétone, à la diacétone, à l'acide oxy-butyrique dans le développement du coma. Mais il est évident que la subite augmentation des quantités de ces principes toxiques dans le sang ne peut s'expliquer que par une rapide augmentation de production de ces principes, coïncidant avec une entrave à leur élimination : qu'il s'agit, en d'autres termes, d'un processus analogue au processus urémique. En fait de causes occasionnelles du coma diabétique, on a noté surtout l'influence du surmenage, tel qu'il résulte, par exemple, d'un voyage très fatigant, coïncidant avec des troubles digestifs occasionnés par quelque écart de régime.

3° *Le traitement du coma.* Les moyens dont nous disposons pour combattre le coma diabétique sont relativement impuissants; il faut s'attacher à faire de la prophylaxie, en relevant l'action défaillante du cœur, et en exerçant une surveillance sévère sur le régime alimentaire des diabétiques, de façon à les soustraire à l'influence pernicieuse des troubles digestifs. Pour ce qui concerne le traitement général du diabète, M. Stokvis a fait connaître sa manière de voir sur quelques points litigieux. Il s'est prononcé pour la proscription rigoureuse des aliments hydrocarbonés, en y comprenant le lait. Enfin il accorde une importance considérable à l'exercice corporel, qui doit être réglé avec soin sur l'état des forces de chaque malade, de façon à éviter les dangers du surmenage.

M. *Hoffmann* (de Dorpath), rapporteur pour la question du diabète, a développé cette thèse : qu'au double point de vue du diagnostic et du pronostic, il y a lieu de distinguer, à côté des deux formes, grave et bénigne, du diabète, deux autres groupes de cas, se rattachant les uns à la forme constitutionnelle, les autres à la forme accidentelle du diabète. Comme prototype de cette dernière forme, il signale les cas de diabète cérébral ou neurogène, où le plus souvent la glycosurie est apparue à la suite d'un traumatisme. Comme prototype de la première forme, il a mentionné le diabète gras, qui affecte les personnes obèses. Les cas de la forme accidentelle, en tant qu'ils sont curables, sont justiciables du régime carné absolu; dans la forme constitutionnelle, au contraire, le traitement, pour être efficace, réclame l'intervention d'une série d'autres facteurs, et il est absolument erroné de prétendre qu'il faut toujours s'en tenir à la proscription des hydrocarbures. En fait de remèdes préconisés contre le diabète, il y a lieu de distinguer ceux qu'on considère comme des spécifiques, et ceux qui agissent sur l'état général et la nutrition (toniques). En tête de ces derniers, l'auteur place la cure hydrominérale, telle qu'elle se pratique à Carlsbad et dans les stations similaires, et qui n'agit pas tant en vertu des principes alcalins contenus dans l'eau minérale, que parce que la cure comprend une série d'autres facteurs qui exercent une influence favorable sur l'ensemble de l'organisme. M Hoffmann a mentionné ensuite les opiacés

comme étant, à petites doses, des remèdes efficaces pour atténuer la polyphagie et la polydipsie. Peut-être y a-t-il lieu d'attribuer aux opiacés une certaine action spécifique sur le diabète. M. Hoffmann est d'avis que les résultats obtenus par l'acide salicylique dans le traitement du diabète justifient de nouvelles tentatives.

Dans la discussion qui a fait suite à ces deux lectures, on a surtout agité la question de savoir si, chez les diabétiques, le régime carné doit être institué d'une façon rigoureuse, s'il y a avantage à y apporter certaines atténuations.

MM. *Von Mering* et *Bäumler* se sont prononcés contre la proscription absolue des hydrocarbures; M. *Naunyn* s'est rallié à l'opinion de M. Stokvis (régime carné rigoureux). M. *Schnee* a relaté une série de cas de diabète dont la guérison a été obtenue à Carlsbad, et où la maladie paraissait avoir eu pour cause un traitement mercuriel antérieur.

MM. *Binz*, *Hertzka* et *Finkler* ont développé quelques points de vue théoriques tirés de la pathologie du diabète.

M. *Von Mering* (de Strasbourg) a fait ensuite une communication sur *une forme expérimentale du diabète*, qu'il a réussi à la développer, en injectant à des animaux, dans les vaisseaux, de la floricine. Cette forme de diabète présente de grandes analogies avec les glycosuries expérimentales, consécutives à la piqûre du quatrième ventricule, à l'empoisonnement par le curare ou le nitrite d'amyle. Les recherches de l'auteur ont démontré qu'au moyen des injections de floricine dans les vaisseaux, on réussit encore à développer la glycosurie, lorsque les animaux en expérience ont été soumis à un jeûne prolongé, ou placés sous l'influence toxique du phosphore, de telle sorte que leur foie et leurs muscles ne renferment plus de glycogène, voire chez les animaux auxquels on a préalablement extirpé le foie.

M. *Finkler* (de Bonn) a fait une communication sur le *traitement du diabète par le massage*. Il affirme qu'il a réussi à réduire considérablement l'intensité de la glycosurie chez les diabétiques, en soumettant ces malades aux procédés de massage, qui font partie de la cure méthodique préconisée par Weir Mitchell et Playfair dans le traitement de la neurasthénie.

— La séance du soir a été remplie par des communications qui, par la nature des sujets traités, se prêtent difficilement à une analyse concise. Nous nous bornerons à reproduire les titres de ces communications, sauf à revenir prochainement sur la dernière, la seule qui présente un intérêt d'actualité.

M. *Knoll* (de Prague) a donné lecture d'un mémoire sur l'*innervation de l'appareil respiratoire*.

M. *Rumpf* (de Bonn) a pris la parole sur *les affections syphilitiques du système vasculaire*.

M. *Unna* (de Hambourg) a exposé ses récentes *recherches sur la lèpre*.

(*A suivre*)

REVUE DES JOURNAUX

Nouveau trocart pour l'opération des abcès du foie, par le docteur Clarenc (de l'île Maurice). — La modification apportée par notre distingué confrère aux trocarts employés jusqu'à ce jour consiste essentiellement dans l'adaptation à la canule de son trocart d'une sonde à double courant, munie à chacune de ses extrémités d'un robinet fermant hermétiquement. On arrive ainsi, à l'aide d'injections phéniquées, à bien laver la cavité de l'abcès, à éviter la stagnation du pus, et par conséquent à combattre avec avantage les accidents auxquels ne peuvent toujours remédier ni les trocarts ordinaires, ni les appareils à aspiration. (*Revue médicale de l'île Maurice*, 1885.)

Du traitement de la broncho-pneumonie chez les enfants par l'iodure de potassium, par le docteur Zinnis (d'Athènes). — Depuis 1877 jusqu'à ce jour, le docteur Zinnis a traité un assez grand nombre d'enfants atteints de broncho-pneumonie primitive aiguë en leur faisant prendre de 10 à 25 grains par jour d'iodure de potassium dissous dans 100 grammes environ d'eau distillée. Il a constaté que la température s'abaissait, que l'expectoration devenait plus facile, que la toux diminuait, et qu'un grand bien-être était rapidement consécutif à l'usage de cette médication. Les résultats avantageux produits par le même médicament dans l'asthme, l'emphysème et les bronchites d'origine arthritique expliquent d'ailleurs cette action. (*Le Galenos*, n° 6, 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION DE MÉDECINE (suite).

I. **Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie**, par M. Gilbert Ballet, professeur agrégé, médecin des hôpitaux (*Bibliothèque de philosophie contemporaine.* — Paris, 1886. F. Alcan).

II. **L'hérédité dans les maladies du système nerveux**, par M. J. Déjerine, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, etc. In-8° de 295 pages avec 70 tableaux généalogiques (Paris, 1886. Asselin et Houzeau).

III. **Des paralysies logiques**, par M. E. Brissaud, professeur agrégé, médecin des hôpitaux (Paris, 1886, Asselin et Houzeau).

IV. **Pathogénie des atrophies musculaires**, par le docteur Pierre Parisot, chef de clinique de la Faculté de médecine de Nancy (Paris, 1886. F. Alcan).

V. **Nosographie des chorées**, par le docteur Maurice Lannois, médecin aide-major de 1re classe, membre de la Société des sciences médicales de Lyon (Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils).

VI. **Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables** (*Essai de localisation du processus morbide dans les névroses*), par le docteur R. Grenier, membre correspondant de la Société anatomique et de la Société clinique (Paris, 1886. O. Doin).

VII. **Des vertiges**, par le docteur E. Weill, médecin des hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté (Paris, 1886. J.-B. Baillière).

VIII. **Des migraines**, par le docteur S. Sarda, chef de clinique à la Faculté, etc. (Paris, 1886. A. Delahaye et Lecrosnier).

IX. **Du sommeil non naturel, ses diverses formes**, par M. Henri Barth, médecin des hôpitaux (Paris, 1886. Asselin et Houzeau).

X. **Paralysies, contractures, affections douloureuses de cause psychique**, par le docteur Lober, chef du laboratoire de clinique à la Faculté de Lille, médecin des hôpitaux (Paris, 1886. O. Doin).

Des vingt et un sujets de thèse donnés au concours d'agrégation, il en est dix, comme le montre l'énumération ci-dessus, qui relèvent de la neuro-pathologie. Que le jury ait fait une si large part à cette branche de notre science, c'est un signe des temps; nous le regrettons d'autant moins que plusieurs de ces questions sont échues à des élèves de la Salpêtrière.

I. C'est ainsi que M. Gilbert Ballet a eu à traiter du *langage intérieur et des diverses formes de l'aphasie*. Ce titre constitue, comme le dit notre distingué confrère, « la consé-

cration officielle de l'étroite et intime union qui doit désormais relier la psychologie à la pathologie cérébrale... Montrer les résultats de cette heureuse entente de la psychologie et de la pathologie, faire ressortir les éclaircissements que la clinique apporte à l'étude de la fonction du langage, rechercher surtout les interprétations des diverses formes de l'aphasie, telles que les rend aujourd'hui possibles l'analyse psychologique, tel est, si nous ne nous trompons, l'effort qu'on attend de nous. » Cette citation indique dans quel esprit a été conçu le travail de M. Ballet; elle explique aussi que cette monographie ait trouvé sa place dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, où elle fait d'ailleurs une excellente figure.

Etudiant tout d'abord la formation et le développement du langage, M. Ballet montre que le mot est un complexus, constitué par l'association de quatre espèces d'images, auditive (mot entendu), visuelle (mot lu), motrice d'articulation (mot parlé), motrice graphique (mot écrit). Chacune de ces opérations constitutives du langage peut être troublée isolément, d'où autant de variétés d'aphasie : aphasie motrice, surdité et cécité verbales, agraphie, etc., que M. Ballet passe en revue, sans trop s'arrêter aux questions de détail. Les organes préposés à ces diverses fonctions du langage ont-ils une indépendance topographique, et par suite peut-on déterminer avec précision le siège des lésions qui produisent les diverses variétés d'aphasie? M. Ballet se prononce pour l'affirmative, bien que le nombre des faits probants soit encore peu élevé. Quelques considérations rapides sur le diagnostic de l'aphasie terminent cette remarquable étude, où s'affirme presque à chaque pas la compétence de l'auteur.

II. La thèse de M. Déjerine sur *l'hérédité dans les maladies du système nerveux* est nourrie de faits et de documents qui sont choisis avec tact. Nous ne saurions suivre l'auteur dans cette intéressante incursion à travers la neuropathologie entière, où il fait ressortir l'importance capitale de l'hérédité au point de vue étiologique. S'ensuit-il qu'il existe un lien entre les diverses maladies nerveuses, qu'elles dérivent d'une souche ancestrale unique pour constituer une seule famille morbide? La chose est plus que probable, elle est même certaine, dit M. Déjerine. Cette application hardie des doctrines darwiniennes est faite pour séduire; mais elle est encore, nous le craignons, des plus hypothétiques.

III. Parmi les questions que soulève l'étude des *paralysies toxiques*, il en est deux surtout qui offrent un grand intérêt d'actualité : l'histoire clinique de la paralysie alcoolique, d'une part; le rôle de plus en plus considérable des névrites périphériques en pathogénie, d'autre part. On ne peut donc qu'approuver M. Brissaud de s'être particulièrement appesanti sur ces points pour donner à cet exposé l'empreinte de son esprit original et primesautier. L'étude des diverses modalités cliniques de la paralysie et du pseudo-tabes alcooliques, faite magistralement par notre distingué confrère, sera, croyons-nous, instructive pour beaucoup de médecins, en leur démontrant quelle est l'importance de l'éthylisme dans la pathogénie de maints processus morbides jusqu'ici mal définis. Non moins intéressante est la partie anatomo-pathologique de cette monographie. M. Brissaud prouve, en effet, par une discussion des plus serrées que, pour être de constatation fréquente dans les névrites toxiques, la dégénérescence wallérienne n'en est pas moins toujours consécutive à une névrite périaxile, caractéristique, elle, de l'intoxication.

IV. Il n'est guère de questions plus difficiles à traiter, à l'heure présente, que la *pathogénie des atrophies musculaires;* car si les travaux récents ont singulièrement ébranlé les données anciennes, à savoir l'origine médullaire de toutes les amyotrophies diffuses, en montrant quel rôle jouent, à cet égard, soit les myopathies, soit les névrites périphériques, ils ne nous ont pas fourni les éléments d'une différenciation pathogénique. Aussi M. Parisot a-t-il dû renoncer à édifier une classification satisfaisante au point de vue nosographique des atrophies musculaires; il n'a pu qu'étudier successivement les amyotrophies imputées soit à une myélopathie, soit à une myopathie, soit à des névrites. Le dernier chapitre de cette thèse instructive, consacré aux amyotrophies dans les maladies générales, les dyscrasies, les infections, n'est en réalité et ne pouvait être qu'un aveu d'impuissance, car la pathogénie des lésions musculaires dans ces processus morbides est loin d'être élucidée. Bref, on trouvera dans le travail de notre ami un résumé fidèle et lucide des notions actuelles, mais non des essais de systématisation, qui eussent été fort aventurés dans l'état actuel des choses.

V. C'est un excellent chapitre de séméiologie que nous donne M. Lannois dans sa thèse sur la *nosographie des chorées*. Prenant cette expression dans son sens le plus large, puisqu'il y fait rentrer les chorées rythmiques et même les tics convulsifs, il adopte la classification suivante : chorées rythmiques, pseudo-chorées, chorées arythmiques. La première catégorie comprend les chorées épidémiques et la chorée hystérique ; dans la seconde se placent les chorées électriques, le tic de Salaam, enfin la maladie des tics convulsifs, qu'on s'étonnera peut-être quelque peu de trouver ici. Quant aux chorées arythmiques, elles sont divisées en deux groupes fort naturels : d'une part, la chorée de Sydenham, chorée proprement dite, avec ses diverses formes; de l'autre, l'hémichorée symptomatique. Dans un dernier chapitre, M. Lannois discute savamment les interprétations que l'on a émises au sujet de la nature de la chorée, pour en faire avec M. Joffroy une névrose de croissance, à rapprocher de l'hystérie.

VI. Un petit nombre de documents précis, des données absolument contradictoires, voilà ce qu'avait M. Grenier à sa disposition pour élaborer sa thèse sur les *localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables.* Quoi d'étonnant, dès lors, que l'analyse successive de diverses névroses, hystérie, épilepsie, chorée, etc., à ce point de vue ne lui ait pas permis de poser des conclusions formelles, et qu'il ait dû se contenter d'expliquer tels ou tels symptômes de ces maladies par des troubles dynamiques localisés dans certaines régions du myélencéphale. Besogne aride dont il s'est acquitté avec succès.

VII et VIII. On ne saurait analyser des travaux où la séméiologie tient la plus large place; or il en est ainsi pour les thèses de M. Weill sur les *vertiges*, de M. Sarda sur les *migraines*. Indiquer fidèlement l'état actuel de nos connaissances sur ces deux questions très complexes, la première surtout : ce programme, les deux auteurs l'ont exécuté avec beaucoup de bonheur, et ils ont su ainsi combler une lacune dans notre littérature scientifique. Aussi les cliniciens consulteront-ils avec fruit ces monographies.

IX. L'espace nous manque pour consacrer à la remarquable thèse de M. H. Barth sur le *sommeil non naturel* l'étude détaillée qu'elle pourrait comporter, autant en raison de son intérêt considérable d'actualité que du talent qu'y a déployé l'auteur. Envisageant parallèlement les formes spontanées et provoquées du sommeil pathologique, il analyse d'abord les maladies du sommeil, puis les phénomènes de l'hypnotisme. M. Barth distingue, suivant l'état des grandes fonctions, trois variétés de maladies du sommeil : somnambulisme, léthargie, catalepsie; puis il s'attache à montrer que, de par l'observation clinique, toutes trois relèvent d'un même état morbide. D'ailleurs l'étude expérimentale, c'est-à-dire l'analyse des phénomènes hypnotiques à laquelle la seconde partie de ce travail est consacrée, plaide dans le même sens, l'unité d'origine et de nature des diverses variétés du sommeil pathologique.

Après un rapide exposé historique, où certaines personnali-

tés sont peut-être trop laissées dans l'ombre, M. Barth énumère les divers procédés par lesquels on peut produire l'hypnose; puis il étudie les symptômes et les formes qu'elle présente, spécialement chez les hystériques, en s'inspirant presque exclusivement des travaux de la Salpêtrière. C'est également aux idées de M. Charcot que M. Barth se rallie, lorsqu'il en vient à disculer la nature de l'hypnotisme. Le sommeil nerveux, pour lui, est une maladie artificielle; c'est la reproduction expérimentale des diverses formes du sommeil pathologique, et, comme celles-ci, il procède d'un état névropathique. Quant à la pathogénie du sommeil nerveux, M. Barth admet qu'il s'agit de phénomènes d'inhibition. Enfin, pour épuiser son sujet, l'auteur étudie rapidement, trop rapidement ce semble, les applications thérapeutiques et médico-légales de l'hypnotisme; puis, dans un court appendice, les phénomènes cérébraux produits par quelques substances narcotiques ou anesthésiques.

X. C'est également la méthode et les doctrines de M. le professeur Charcot qui ont guidé M. Lober dans son étude sur les *paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique*. Il s'attache, en effet, par l'analyse clinique à démontrer que « tous ces troubles moteurs et sensitifs ont un cachet spécial, une marque distinctive qui forme précisément le caractère nosographique de l'hystérie confirmée ». Ces manifestations névropathiques ont pour point de départ une auto-suggestion créée par une idée fixe d'impuissance motrice ou de douleur, idée fixe qui se développe sous des influences extérieures multiples, telles que des émotions, un traumatisme, l'imitation. L'étude de l'hypnotisme nous permet de comprendre le mode d'action de ces diverses causes. Ici comme là, l'affaiblissement des facultés intellectuelles supérieures livrant les centres psychiques aux caprices des facultés imaginatives, l'idée de paralysie ou de douleur prend facilement naissance et se fixe dans le cerveau. Quant à la transformation de cette idée de paralysie en paralysie motrice, M. Lober l'attribue à un phénomène d'inhibition qui produit un trouble dynamique des centres corticaux. A une affection psychique on doit opposer un traitement psychique, « médecine d'imagination, » dont M. Lober trace les grandes lignes.

Ce travail consciencieux, auquel on pourrait reprocher, s'il ne s'agissait pas d'une épreuve de concours où la liberté de l'écrivain n'est pas intacte, un peu d'exclusivisme scientifique, complète très utilement celui de M. Barth; la lecture de ces deux monographies évitera d'arides recherches à ceux qui voudront se mettre au courant d'une des questions les plus palpitantes de l'heure actuelle.

L. D.-B.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Douzième liste.[1]

M.	le docteur Latry (de Smyrne)............	100 fr.
Mme	la princesse de Beauveau; MM. le docteur Boncour, médecin-major à l'hôpital d'Oran; le docteur Gérin-Roze; Génot; Yvon et le syndicat médical des Basses-Cévennes, chacun 50 francs....................	300
MM.	le docteur Léoni (de Smyrne)............	40
	le docteur Voisard (de Vesoul)...........	20
Mme	Lagorce et M. Morin, chacun 10 francs...	20
M.	Poitevin, ingénieur civil à Reims; M. G. M. et la loge maçonnique de Vesoul, chacun 5 francs.......................	15
	Total...........	495 fr.
	Montant des listes précédentes..	38.022 fr. 80
	TOTAL GÉNÉRAL..	38.517 fr. 80

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — *Question de prix pour l'année* 1886 (le prix sera de 500 francs). — « Exposer, dans des observations personnelles, les causes de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour prévenir la contagion. »

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1886 pour la première question, et avant le 1er novembre 1887 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4. Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs; ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais. Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents *ne devront pas se faire connaître;* ils joindront à leur envoi un pli *cacheté* contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Question de prix pour l'année 1887 (le prix sera de 500 francs). — « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi *que la nature de l'industrie* qu'on y exploite, quelle influence *ont pu* avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° le repos auquel, dans quelques fabriques, sont astreintes les ouvrières pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique. »

CHOLÉRA. — Le choléra vient de nouveau d'envahir l'Italie. Déjà, depuis quelques semaines, on signalait des cas isolés dans diverses provinces de la péninsule, à Venise, à Padoue, lorsque la maladie a éclaté à Brindisi, où depuis dix jours elle cause une moyenne journalière de dix décès. Presque en même temps des cas se sont produits à Milan, à Gênes et dans un certain nombre de villages autour de Rome. On a prétendu que la maladie a été importée à Brindisi par un vapeur arrivant directement des Indes et ayant traversé le canal de Suez avec libre pratique. La généralisation immédiate de l'épidémie dans plusieurs provinces éloignées les unes des autres en laisse momentanément l'étiologie dans le doute. Quoi qu'il en soit, les divers gouvernements ont dû mettre en quarantaine les provenances italiennes, et ils sont tenus de prendre de nouvelles précautions plus sévères contre les arrivages de l'Inde et de l'Indo-Chine, en raison surtout du désarroi complet dans lequel se trouvent les services sanitaires égyptiens.

NÉCROLOGIE. — C'est avec un vif sentiment de regret que nous annonçons la mort de M. le docteur Henri Thorens, qui vient de succomber à l'âge de quarante et un ans. Ancien élève de la Faculté de Strasbourg, où il avait commencé ses études médicales, et ancien interne des hôpitaux de Paris, notre confrère s'était fait une place à part en se consacrant avec une activité et un dévouement infatigables à toutes les œuvres qui avaient pour but de réunir à Paris les exilés d'Alsace-Lorraine. Il était de plus secrétaire général de la Société de médecine et praticien très aimé et très répandu.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur John Mellis (de Fraserburg); — et de M. le docteur Carlet, mort à Panama des suites de la fièvre jaune.

MORTALITÉ A PARIS (15e semaine, du 11 au 17 avril 1886). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 7. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 22. — Diphthérie, croup, 54. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 39. — Phthisie pulmonaire, 226. — Autres tuberculoses, 35. — Autres affections générales, 79. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 110. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 49; au sein et mixte, 20; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 77; de l'appareil circulatoire, 77; de l'appareil respiratoire, 89; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 16. — Total : 1167.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5330.— BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Le surmenage intellectuel. — La doctrine du microzyma. — Société de médecine de New-York et Société clinique de Londres : — Pathogénie des dermatoses.

Nous croyons bien que, s'ils étaient consultés, tous les pères de famille s'associeraient aux conclusions du travail communiqué mardi dernier à l'Académie de médecine par M. Lagneau. Il n'en est pas un qui n'ait eu l'occasion de protester contre notre régime scolaire. Il en est beaucoup qui déplorent la désastreuse influence qu'il exerce sur le développement physique et même intellectuel de leurs enfants; ce qui a l'air ici d'un paradoxe n'est, à vrai dire, que l'expression d'un fait. La communication de M. Lagneau, qui aurait gagné, nous n'en disconvenons pas, à être moins touffue, moins riche en citations de noms d'auteurs et de mémoires spéciaux, n'en mérite donc pas moins l'attention de tous ceux que préoccupe l'avenir de notre pays. Nous aimons à reconnaître que l'on cherche, depuis quelques années, à remédier au mal contre lequel s'est élevé notre savant confrère et que les nouveaux lycées sont mieux aménagés au point de vue hygiénique que les anciens. Il n'en est pas moins vrai que la question des programmes d'étude reste très discutable. Si donc M. Lagneau, qui avait déjà lu cet important travail à l'Académie des sciences morales et politiques, voulait bien le résumer et en communiquer les conclusions à tous ceux qui ont la charge et la responsabilité des mesures à prendre pour modifier le régime de nos établissements d'enseignement secondaire, nous ne doutons pas qu'il ne finisse par faire comprendre la nécessité des réformes qu'il propose.

— Il y a quatre années (1881, p. 309), en rendant compte d'une communication de M. Béchamp, bien peu différente de celle qui a occupé les dernières séances de l'Académie, nous disions que si M. Pasteur « avait voulu discuter, avec sa précision et sa clarté habituelles, la théorie du microzyma, sa parole si autorisée aurait sans doute dissipé bien des obscurités et entraîné la conviction de tous ses confrères et peut-être celle de M. Béchamp lui-même ». Après avoir lu quelques années plus tard la préface du livre de M. Béchamp, nous avons compris le silence de M. Pasteur.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

L'exercice de la médecine au Canada. — Difficultés entre les Bureaux médicaux et les gradués de certains établissements anglais.— Quelques mots sur l'histoire de l'enseignement médical au Canada.— Les Écoles actuelles.— La médecine mentale et la raison d'État. — A propos de l'exécution de Riel. — Un livre sur Haïti. — La politique des nuances cutanées.

Dans une réunion de l'Association médicale canadienne tenue à Chatham les 2 et 3 septembre 1885, le docteur W. Osler a pris pour sujet de son discours d'ouverture le développement de la profession médicale au Canada. On y rencontre comme partout des difficultés dans l'exercice et l'enseignement. Cette organisation est la même qu'aux Etats-Unis. Dans chaque province la licence de pratique est conférée après examen par un bureau médical élu. Les diplômes, certificats d'études, attestations de scolarité sont des titres fiduciaires ne conférant par eux-mêmes aucun droit. La séparation de l'enseignement et de l'exercice est donc complète. L'Etat délègue ses pouvoirs à une corporation; celle-ci dit à ceux qui briguent l'honneur d'entrer dans son sein: « Peu m'importe où vous avez appris votre art, comment vous l'avez appris, je ne réclame pas le privilège de vous l'enseigner, mais j'exige la justification de vos connaissances, la preuve que vous êtes capables de rendre des services. » Rien de plus légitime et de plus logique. Le Canada, malgré sa large autonomie, est une dépendance de la couronne d'Angleterre, et les lois de la métropole lui sont en partie applicables. L'acte médical qui règle l'enregistrement en Grande-Bretagne et en Irlande est en vigueur dans les colonies. Un praticien pourvu d'une qualification régulière échappe aux dispositions prises par les Bureaux canadiens; c'est une source d'abus. « Les examens, dit M. Osler, sont subis devant des corporations dont la valeur scientifique est susceptible de

Ce que n'a point voulu redire l'éminent fondateur de la doctrine microbiologique, M. Cornil l'a exposé mardi dernier, et nous devons reconnaître, sans attendre la réplique de M. Béchamp, qu'il l'a fait avec une précision, une netteté et une vigueur scientifique qui ont convaincu ses auditeurs. Si, par déférence pour les convictions de M. Béchamp, nous croyons devoir attendre quelques jours avant de résumer définitivement cette partie du débat académique, nous pensons que dès aujourd'hui la lumière s'est faite dans tous les esprits non prévenus.

— Signalons aussi deux communications dont on lira le résumé au compte rendu de l'Académie (p. 294) : l'une est due à M. Duroziez, qui se préoccupe depuis tant d'années d'éclaircir tous les problèmes de séméiologie afférents aux maladies cardio-vasculaires ; l'autre a été faite par M. Cazeneuve sur la nocuité des matières colorantes tirées de la houille.

Personne n'ignore les divergences doctrinales qui ont longtemps séparé l'Ecole dermatologique française, fidèle aux enseignements de Bazin et l'Ecole Viennoise dont Hébra a été le chef le plus célèbre. Alors que Bazin et ses élèves considéraient la plupart des dermatoses comme la manifestation cutanée de maladies constitutionnelles, Hébra et Kaposi affirmaient que les maladies cutanées étaient en très grand nombre indépendantes de toute diathèse et qu'elles devaient naître et guérir localement. Dans les notes qu'ils ont ajoutées aux Leçons de Moritz Kaposi et qui ont fait de ce livre un ouvrage si complet et si utile, MM. Ernest Besnier et Adrien Doyon ont bien fait comprendre toutes les raisons cliniques qui plaident en faveur de la doctrine française. « Existe-t-il ou non, disent-ils, des conditions générales, propres à certains sujets qu'elles constituent en l'état pathologique et sous l'influence desquelles un grand nombre de dermatoses naissent, évoluent, se reproduisent, alternent avec d'autres affections morbides déterminées ? C'est là le nœud de la question ?... » Et à cette question, MM. E. Besnier et A. Doyon répondent en démontrant que les maladies syphilitiques, scrofulo-tuberculeuses, rhumatismales, goutteuses, etc., etc., peuvent se localiser sur la peau sans qu'il soit permis de dénier à ces dermatoses, alors même qu'un traitement local arrive à les guérir *momentanément*, leur origine constitutionnelle.

Il nous a paru nécessaire de rappeler ce résumé de la doctrine dermatologique française au moment où à la Société de médecine de New-York, aussi bien qu'à la Société clinique de Londres, viennent d'être discutées des questions semblables. A New-York, M. Duncan Balkley admet qu'un nombre de maladies cutanées dépendent d'une diathèse commune. L'urticaire, dit-il, est la plus remarquable des manifestations cutanées des maladies des voies digestives. L'acné, l'eczéma — surtout l'eczéma de la bouche et des organes génitaux — en dépendent également, et cela est si vrai que, dans le traitement de la syphilis, il est souvent nécessaire de suspendre l'administration de certains médicaments qui, en irritant les voies digestives, peuvent aggraver les manifestations cutanées. De même les maladies nerveuses et parfois aussi la surexcitation cérébrale sont souvent la cause d'éruptions variées que l'arsenic parvient à guérir. L'herpès et le prurit, le chloasma de la grossesse, certaines formes d'acné indiquent fort bien les relations qui existent entre la peau et le système génital. C'est ainsi que l'on voit des éruptions acnéiformes se développer à l'occasion des règles. Certaines poussées eczémateuses sont liées à l'impaludisme et disparaissent par l'administration du sulfate de quinine. Mais ce sont surtout les affections rhumatismales et goutteuses qui agissent pour produire l'eczéma et l'érythème noueux.

A ces affirmations de M. Duncan Balkley, M. C. Hiltzmann a opposé divers arguments tirés surtout de la difficulté que l'on éprouve au point de vue clinique à reconnaître, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une affection cutanée, quel est l'organe primitivement lésé. Mais d'autres membres de la Société de médecine de New-York, MM. Georges Jackson et Haddy, entre autres, ont appuyé la doctrine de leur collègue en rappelant que l'acné est souvent due à des écarts de régime et l'urticaire à des troubles digestifs (Voy. *New-York med. Journal*, 3 avril 1886, p. 387).

A la Société clinique de Londres la discussion a surtout porté sur les relations qui existent entre le rhumatisme et l'érythème noueux. M. Stephen Mackenzie, s'appuyant sur une observation récente et 100 observations recueillies dans les registres des hôpitaux Guy, Saint-Barthélemy et Saint-Thomas, a cru pouvoir affirmer que l'érythème noueux était une manifestation cutanée du rhumatisme, et qu'une endocardite rhumatismale aiguë pouvait se développer dans le cours de l'éruption sans qu'il soit possible d'observer en même temps aucun accident articulaire. M. West a bien ob-

---

varier, dont personne ne connaît la manière de procéder et sur lesquelles aucun contrôle n'est exercé ! » Nous comprenons aisément que les médecins se plaignent du privilège accordé aux étudiants pourvus d'une qualification délivrée en Europe : ou bien elle l'a été après des examens insuffisants pour permettre de constater la capacité, ou bien elle correspond à des études sérieuses, à des preuves réelles de savoir. Conférer le droit à l'exercice dans la première condition, c'est un contresens et une injustice ; la suppression du contrôle du Bureau médical dans le second ne s'explique guère mieux. Pourquoi un gradué qui sort à peine de l'École, qui vient de subir des épreuves difficiles, hésiterait-il devant un nouvel examen ? Notre auteur regrette qu'un bill permettant aux colonies d'adopter les règlements qu'elles jugeraient convenables au sujet de l'enregistrement ait été rejeté dans une session récente par la Chambre des Communes ; il réclame une autre modification de l'état de choses actuel : l'établissement à Ottawa d'un Bureau fédéral pour tout le Canada. Les médecins se trouvent aujourd'hui dans la même condition que les officiers de santé en France ; la licence accordée dans une province n'est point valable dans une autre, à tel point que le chirurgien d'un régiment de Québec pratiquerait illégalement si son service l'appelait à Ontario.

L'enseignement est libre, les écoles sont soutenues par les individus ou les Sociétés. La première fut établie à Montréal, en 1824, par Stevenson Holmes, Caldwell et Robertson. Il n'existait point auparavant d'établissement de ce genre ; la plupart des praticiens venaient d'Europe, d'autres avaient été formés dans le pays même par apprentissage. « Dans une série de leçons sommaires le maître faisait parcourir à ses élèves tout le vaste champ de la médecine et de la chirurgie ; l'anatomie s'apprenait au moyen de dissections poussées très activement. La consultation et la visite des malades fournissaient les matériaux de la clinique. L'étudiant se tenait beaucoup avec son patron, en

jecté que les complications cardiaques du rhumatisme étaient plus fréquentes dans les cas d'arthrite que dans les cas d'érythème, mais MM. Radcliffe, Crockes et Maclagan ont appuyé la doctrine qui consiste à considérer l'érythème noueux comme une manifestation rhumatismale au même degré que les arthrites et les complications cardiaques. M. Maclagan a cité le cas d'un enfant fils de rhumatisants et atteint d'érythème noueux bientôt suivi de chorée et d'affection organique du cœur, et M. Hingston Fox a rapproché en raison de leurs caractères étiologiques et cliniques la scarlatine, l'érythème noueux et le rhumatisme articulaire (*The Lancet*, 17 avril 1886, p. 739). On peut, il est vrai, opposer à nos confrères de Londres que la nature rhumatismale de l'érythème noueux n'est pas encore scientifiquement démontrée. On a tenté d'en faire une maladie infectieuse microbienne, et, quoique ses caractères cliniques et son mode de genèse soient de nature à le rapprocher des maladies rhumatismales, il faut convenir que le dernier mot n'a pas été dit à cet égard. Mais il convient d'ajouter aussi que dans ces discussions académiques, il est bien difficile d'envisager les questions dans leur ensemble. Il nous suffira donc d'avoir montré que les tendances des Écoles dermatologiques de l'Angleterre et de l'Amérique se rapprochent sur bien des points de celles qu'ont toujours défendues à Paris les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur le précepte de l'extraction ou de l'abandon des corps étrangers en chirurgie de guerre.

A Monsieur Legouest, inspecteur général du service de santé des armées.

En dédiant cette étude à M. Legouest, nous n'avons pas voulu seulement affirmer une fois de plus notre respect et notre gratitude envers notre ancien maître. Nous avons tenu à appuyer de l'autorité du représentant le plus éminent de la chirurgie militaire française des conclusions un peu différentes de celles qui tendent à prévaloir aujourd'hui.

Il semblait, en effet, si l'on se reporte aux traités de chirurgie d'armée, qu'on ne devait plus songer à agiter une pareille question, qui vraiment paraissait suffisamment résolue. Mais aujourd'hui les choses ou du moins les idées ont quelque peu changé à ce sujet. Des paroles tombées de haut, tombées de la tribune de la Société de chirurgie, ont révélé des opinions bien différentes de celles qui sont généralement acceptées par les chirurgiens de champs de bataille.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 7 décembre 1881, M. Th. Anger a dit que l'immobilisation seule, avec l'abstention de toute exploration primitive, est une des bases du traitement des plaies par armes à feu. M. Verneuil partage l'avis qui vient d'être exprimé : « Dans presque tous les cas du même genre que j'ai observés, dit-il, l'abstention de toute exploration m'a donné d'excellents résultats. » M. Terrier disait à son tour : « La recherche immédiate des projectiles de guerre était considérée comme la règle par les anciens chirurgiens militaires. Pendant la guerre de 1870-1871 la conduite inverse a été suivie constamment dans l'ambulance de M. Trélat. »

D'autres membres de la Société ont encore parlé dans le même sens. Mais je ne veux pas reproduire ici tous les faits de la séance et je m'arrête aux citations que je viens de faire. Ces paroles n'ont été relevées par aucune franche contradiction; elles nous donnent donc la formule précise de l'opinion professée par les maîtres en renom réunis dans cette haute assemblée. De telles opinions s'imposent à beaucoup.

Je dois à la vérité de dire que, lorsque j'ai lu le compte rendu de cette séance du 7 décembre, ma conscience de chirurgien militaire a été vivement agitée au souvenir de faits de ma propre pratique, mes vieux instincts chirurgicaux ont été singulièrement troublés, et, pourquoi ne l'avouerai-je pas, se sont d'abord révoltés contre les affirmations de cette foi nouvelle. Et cependant, peut-être ont-ils raison, me suis-je dit bientôt. Alors m'efforçant d'oublier les premiers enseignements reçus, tâchant résolument de rentrer dans le doute, je me suis mis à la recherche de ce qui me paraîtrait la vérité sur ce point important. La chose en valait la peine.

La meilleure marche à suivre m'a paru être celle-ci : appliquer au fait particulier de l'extraction ou de l'abandon des projectiles les grandes données de la pathologie générale; consulter l'expérience acquise par les chirurgiens qui ont largement pratiqué sur les champs de bataille, par ceux que de tout temps on a nommés les maîtres, s'éclairer de leurs vues, s'instruire de leur conduite; enfin rechercher les faits et les exemples, les voir tels qu'ils sont, et de leur étude impartiale et attentive tirer les conclusions qui s'imposeront comme préceptes.

---

devenait l'ami et le compagnon et, au bout de quatre ou cinq ans, quelquefois moins, il avait acquis des connaissances pratiques assez étendues et pouvait se présenter devant le Bureau provincial. » Si défectueuses que fussent les premières Ecoles, elles donnaient une instruction certainement supérieure à celle que les médecins pouvaient recevoir par ce moyen. Il y avait des habitudes prises, des traditions : les premières tentatives ne trouvèrent qu'un public indifférent ou hostile, une Faculté de médecine annexée au Collège M'Gill vers 1830 ne réunit qu'un nombre dérisoire d'étudiants. On s'aperçut des imperfections et de l'insuffisance des systèmes adoptés; en 1843, le gouverneur du Canada, Sir John Colborne, qui avait fondé une Université d'Etat connue sous le nom de Collège du Roi, ajouta une Faculté de médecine aux Instituts qu'elle comprenait; ses professeurs, nommés par l'Etat, recevaient un traitement fixe annuel de 225 à 350 dollars, les programmes étaient bien compris, rationnels, tout permettait de concevoir les meilleures espérances pour l'avenir: le mal vint pour ainsi dire de l'excès du bien. Fiers de leur situation, sûrs de l'appui du gouverneur, les professeurs ne se contentèrent point du rôle modeste d'éducateurs, ils traitèrent de haut leurs égaux; des pourparlers engagés pour annexer à la nouvelle Faculté un Collège prospère, fondé trois ans auparavant à Toronto, par le docteur J. Ralf, échouèrent devant leur mauvais vouloir; ils voulurent légiférer, se substituer aux Bureaux provinciaux, obtenir un acte consacrant leur toute-puissance pour ce qui touchait à l'exercice. Leurs prétentions finirent par fatiguer tout le monde ; on se souvint que les dépenses de la Faculté étaient supportées par le budget colonial et on la supprima. Aucun établissement d'Etat ne l'a remplacée; en revanche, de nombreuses Ecoles privées ont été fondées dans les principales villes du Canada; celle de médecine et de chirurgie de Montréal date de 1843; l'Université Laval, à Québec, en possède une; en 1850, s'éleva à Torento un autre établissement dit d'abord du Haut

La pathologie générale nous enseigne que tous les organes, tous les tissus du corps humain se plaignent plus ou moins énergiquement, chacun à sa manière, quand une puissance brutale leur impose la présence, le contact d'un corps étranger.

Dans les sciences physiques, lorsqu'on veut reconnaître l'action d'un élément sur un autre, on construit des appareils d'une délicatesse extrême, aptes à recueillir les plus fugitives impressions et munis d'enregistreurs très sensibles qui donneront à l'observateur la mesure exacte des phénomènes produits. Eh bien, le corps humain nous présente tout construits des appareils de cet ordre : ainsi le globe oculaire et ses annexes. Il n'est personne de nous qui ne connaisse par expérience la douleur, la sensation pénible que provoque dans un œil affligé l'introduction grossière d'un grain de sable, d'une parcelle de charbon. Personne aussi qui ne connaisse l'envié soulagement, la sensation reposée, succédant à l'enlèvement du malencontreux atome de substance étrangère. Je demande au plus chaud partisan de l'abstention si en pareil cas il ne s'empressera pas, reniant sa doctrine, de réclamer l'application des vieux préceptes, l'exploration et surtout l'extraction.

Ce qui se passe sur la muqueuse de l'œil se passe aussi sur toutes les autres muqueuses. Etant plus impressionnable, munie d'un fin appareil indicateur,la sécrétion lacrymale, la muqueuse oculaire manifeste plus bruyamment la sensation qu'elle éprouve; mais ce qu'elle fait tout de suite et avec éclat, les autres muqueuses le font aussi ; seulement elles le font d'une façon plus lente et moins expansive.

Dans les autres organes nous observons encore les mêmes phénomènes. Les reins souffrent de la présence d'un calcul, la vessie souffre aussi de celle d'une pierre.

Passons à un autre ordre de faits. Un cavalier est précipité sur le terrain sablonneux d'un champ de manœuvre; il se relève avec une plaie béante du cuir chevelu ; quel est le premier soin du chirurgien qui lui porte secours ? C'est de nettoyer doucement la plaie, de débarrasser les chairs saignantes des grains de sable incrustés à leur surface, c'est de couper les cheveux au ras du cuir chevelu dans un certain espace tout autour de la plaie. Il fait tout cela parce que la pratique lui a appris que les grains de sable et les cheveux seraient une injure pour les tissus ouverts, qu'ils y provoqueraient souffrance et suppuration. Je viens d'écrire ce mot de suppuration qui me rappelle l'histoire des cautères et des sétons, dont nos pères en médecine faisaient un assez large usage. Ces praticiens observateurs n'avaient pas trouvé de meilleur moyen pour entretenir sur un point une suppuration continue et régulière que de maintenir dans les tissus un pois ou une mèche, corps étrangers thérapeutiques, sans doute, mais corps étrangers tout de même.

Lorsque dans un os nécrosé les séquestres se forment, qu'ils se séparent de la portion du squelette à laquelle ils appartenaient, ils deviennent de véritables corps étrangers, et il n'est pas de chirurgien qui, de propos délibéré, les abandonne et les respecte dans la place qu'ils occupent, sachant fort bien qu'ils deviendraient les agents de sérieux phénomènes pathologiques. Tous en pratiquent l'extraction, en temporisant plus ou moins suivant leur tempérament, leur opinion et suivant les indications.

Quelques mots encore non pour apporter un véritable argument, mais pour raconter une vieille histoire démontrant que de tout temps les gens ont remarqué les accidents déterminés par la présence agressive d'un corps étranger au sein des tissus. Je la trouve dans un intéressant article de journal sur les fouilles d'Epidaure, dans les lieux où s'élevait le temple d'Esculape. Entre autres guérisons merveilleuses l'auteur cite celle-ci : « Gorgias d'Héraclée avait été blessé dans un combat par une flèche qui atteignit le poumon. Pendant dix-huit mois il fut si malade, qu'il remplit soixante-sept cuvettes de pus. S'étant endormi dans le sanctuaire, il eut un songe. Il lui sembla que le dieu retirait de son poumon la pointe de sa flèche. Et, en effet, le jour venu, il sortit guéri, la flèche dans la main. »

Ces remarques et ces exemples que les esprits ornés peuvent aisément multiplier, nous montrent que les grandes données de la pathologie générale avertissent les praticiens des mauvais effets que produit la présence des corps étrangers dans les tissus vivants, et conseillent d'éloigner d'eux un contact pernicieux.

Il nous faut à présent retrouver dans le passé les pensées et les actions de nos prédécesseurs, de nos vieux maîtres en chirurgie. A. Paré, dont on se plaît toujours à rappeler la grande figure et à citer les judicieux exemples, disait : « Or, quand il (le chirurgien) exerce son opération, se propose cinq points principaux. Le premier est oster les choses étrangères, comme bois, fer, os; car autrement la playe ne se pourrait jamais reprendre, ainsi récidiverait. » Il dit encore qu'il faut donner libre passage aux choses étranges « et les oster (si aucunes y a) comme portion d'habit, bourre, drapeau, papiers, pièces de harnais, mailles,

---

Canada et devenu plus tard la Faculté de médecine du *Trinity College*. Il y en a encore à Lennoxville, à Halifax; depuis quelques années, deux autres, destinées exclusivement aux femmes, ont été établies à Québec et à Montréal. M. Osler les trouve superflues. « Il est, dit-il, inutile de fabriquer un article qui ne se vend pas, et au Canada le public n'est pas encore prêt à recevoir la femme médecin. » L'auteur émet le vœu qu'après l'échec de cette tentative, les fondateurs des nouveaux établissements reportent leur bienveillance sur les Ecoles existantes; toutes sont loin d'être prospères; le nombre des étudiants en médecine est de 900 tout au plus et parmi les onze Ecoles actuelles, quatre en attirent à elles seules 700; les onze autres, obligées de se disputer les 200 élèves restants; leur personnel, leur installation laissent à désirer; la scolarité souffre de la concurrence et des nécessités brutales de la lutte pour l'existence ; il n'y aurait à tout cela qu'un remède, la suppression de certaines Facultés minuscules.

— L'exécution de Riel a soulevé entre autres difficultés une question de médecine mentale importante. Le condamné était-il ou n'était-il pas responsable? La plupart des aliénistes ont répondu par la négative; il avait, avant de devenir insurgé, déraisonné de mille façons, commis de nombreux actes incohérents; il était facile, en rapprochant les faits, d'établir un diagnostic exact, de rattacher à un type défini son affection mentale; les juges anglais et l'administration n'ont pas voulu entrer dans cet ordre d'idées, ils n'ont vu dans Riel qu'un agitateur dangereux et l'ont traité comme un individu conscient de ses actes et coupable du crime de haute trahison. Peut-être, et c'est le côté fâcheux de l'affaire, eût-on raisonné différemment si la politique n'était intervenue : qui songe aujourd'hui à exécuter un fou même criminel? Mais un fou demi-agitateur et demi-prophète, un fou qui provoque des rassemblements, soulève une classe de la population, acquiert un prestige spécial et devient dangereux; on hésiterait, au début, à le soumettre à un examen sérieux

balles, dragées, esquilles d'os, chair dilacérée et autres qui s'y peuvent trouver. »

Sans faire plus de citations, je puis dire qu'A. Paré se montre en maint endroit partisan convaincu de l'exploration des plaies et de l'extraction des corps étrangers. Il donne de nombreux préceptes à ce sujet.

Passons sans transition à l'Académie royale de chirurgie. Le Vacher pratique et conseille l'exploration des plaies et l'extraction des projectiles. Boucher, Bordenave, dans leurs remarquables, et je puis dire célèbres mémoires, établissent aussi le précepte de l'extraction. J'ajoute que les chirurgiens moins connus dont ces auteurs citent les observations, racontent les explorations, les recherches d'esquilles et corps étrangers, qu'ils avaient soin de faire sur les blessés qu'on leur apportait; ce qui nous démontre bien que ces manœuvres étaient constantes dans la pratique courante de la chirurgie de guerre.

Il m'est agréable de transcrire ici quelques lignes d'un mémoire de de la Martinière, dans lesquelles apparaissent sa conviction ardente et ses dignes sentiments d'humanité. Parlant de la recherche des corps étrangers, il dit : « C'est un objet dont le chirurgien doit s'occuper sérieusement; la négligence à cet égard a eu souvent des suites funestes. On nous dispensera de rapporter sur ce point des exemples dont nous avons été les témoins oculaires; ils ne serviraient qu'à flétrir la réputation des chirurgiens qui n'ont pas suivi ces règles, et à renouveler les regrets des familles qui ne seraient pas encore consolées des pertes qu'elles ont faites à cette occasion. »

Dufouart, dans son *Traité sur les blessures par armes à feu*, revient souvent sur l'opportunité de l'extraction des projectiles.

Ledran dit : « Si le corps étranger est resté enfermé dans l'épaisseur du membre, il faut faire en sorte de savoir où il est, afin de l'ôter, s'il est possible, parce que son extraction est nécessaire et donne au malade une consolation qui peut aider à sa guérison. »

Percy, ce charmant esprit, cette haute et ingénieuse intelligence, cet admirable bon sens, Percy, un des hommes qui ont fait le plus d'honneur à la chirurgie militaire, est un ardent partisan du précepte de l'extraction des projectiles. Je voudrais citer des pages entières de son manuel du chirurgien d'armées, car chaque mot a une portée, chaque phrase renferme une idée, chaque proposition s'appuie sur des preuves raisonnées. Mais en ce moment je ne fais pas une étude critique des opinions des différents auteurs, je recherche seulement, puis j'enregistre, pour ainsi dire, l'opinion trouvée.

Quand on lit dans les *Cliniques* de Larrey, dans ses campagnes aussi, les nombreuses observations de blessures par armes à feu, dont il raconte l'histoire, on retrouve à chaque occasion le précepte et la pratique de l'extraction des corps étrangers. Mais sa grande sagesse et sa vaste expérience défendaient son esprit contre les affirmations radicales. Aussi se garde-t-il bien d'ordonner l'extraction de tous les projectiles, coûte que coûte, et, tout en la conseillant, il a grand soin de faire remarquer que la recherche des projectiles est une chose délicate, à laquelle il ne faut se livrer qu'autant qu'elle ne peut nuire à l'intégrité des parties ou des fonctions organiques.

Boyer donne de longs, minutieux et prudents conseils pour l'extraction des projectiles, « laquelle, dit-il, doit être pratiquée toutes les fois qu'elle entraîne moins d'inconvénients que ne ferait le séjour du corps étranger ».

Nélaton professe qu'il est d'une haute importance de reconnaître la présence des corps étrangers cachés dans l'épaisseur des organes, parce qu'elle entraîne ordinairement des dangers, et il recommande de procéder immédiatement à leur extraction, qui lui paraît chose urgente.

Velpeau, Bégin conseillent aussi, et avec une conviction profonde, la pratique de l'extraction immédiate. J'ouvre une parenthèse pour faire une observation, dont la place, marquée dans une étude détaillée, n'est peut-être pas précisément indiquée ici. On ne peut pas dire du précepte de l'abstention qu'il soit absolument nouveau; il a eu déjà quelques partisans, mais je ne sache pas que jamais il ait rallié tous les membres d'une même assemblée de chirurgiens. Velpeau, à l'Académie de médecine, le 18 mars 1851, s'exprimait ainsi : « Ce qu'on vient de dire... porterait à penser que les doctrines actuelles ne veulent pas qu'on enlève sur-le-champ les corps étrangers des blessures. Ce serait une erreur que je demande la permission de ne point laisser s'établir parmi nous. En effet, à part quelques exceptions plus ou moins excentriques qui ne peuvent pas faire loi, il n'est personne qui défende cette recherche d'une manière générale. Tous les praticiens sont d'avis, au contraire, qu'une plaie par armes à feu étant donnée, d'en retirer, dès le premier pansement, les balles, le plomb, la bourre, les esquilles. »

Dans la même séance, Bégin disait à son tour : « C'est

---

et à prendre les mesures qu'on prend pour ses pareils; lorsqu'on en est maître, on se rappelle l'inquiétude qu'il a causée, et l'on ne veut plus entendre parler d'irresponsabilité; la politique a ses nécessités comme l'agitation a ses dangers, et tout ce qui peut les conjurer est légitime. Est-on bien sûr de les conjurer par la rigueur? Exécuter un homme sans raison suffisante, c'est rendre service à la cause qu'il représente. La mort de Riel a ravivé un instant des dissentiments et des rivalités qui tendaient à s'éteindre entre les Canadiens de langue française et ceux de langue anglaise, mis en suspicion l'intégrité des magistrats, rendus sympathiques aux métis les sympathies de gens qui ne s'en étaient guère occupés jusque-là. Il eût mieux valu laisser pour un moment de côté la raison d'Etat et écouter les experts.

Nous nous désintéressons un peu trop facilement peut-être des pays qui furent autrefois français, et qui ont conservé notre langue et une partie de nos coutumes; c'est la meilleure réfutation de tous ceux qui prétendent, sur la foi de documents mystérieux, que nous fûmes toujours et que nous sommes encore radicalement impropres à la colonisation. Cette persistance de nos mœurs dans des pays que les circonstances politiques ont séparés de nous, démontre, au contraire, que notre passage laisse quelque chose de durable; il y a aux Etats-Unis comme au Canada une population blanche et métisse nombreuse présentant nos qualités et nos défauts; l'immigration française est peu considérable : cet élément, loin d'être absorbé par la masse anglo-saxonne, prospère et s'accroît.

Un phénomène analogue se produit à Haïti, et pourtant l'adaptation de la race n'est plus en cause, puisqu'il s'agit d'une population noire; on peut conquérir ou coloniser un pays de deux façons : en l'occupant et en prenant la place des anciens habitants, en les amenant peu à peu par infiltration à une civilisation qui n'était pas la leur. L'Egypte des Ptolémées ne ressemblait plus guère à celle des Pharaons; par sa langue, son culte, ses lois, elle

l'autorité accordée à cette doctrine (l'abstention), soutenue par des noms honorables et appuyée sur un certain nombre de faits exceptionnels, qui m'a porté à prendre la parole. C'est pour en démontrer les dangers que M. Hutin a rédigé son mémoire. »

Bégin, châtié dans la forme de son langage académique, désigne par noms honorables ceux que Velpeau traite d'exceptions plus ou moins excentriques; mais, au fond, ils signalent tous deux la médiocrement influente minorité de leurs adversaires dissidents. Je ferme la parenthèse.

Ces citations suffisent, me semble-t-il; en présenter un plus grand nombre me paraît inutile et deviendrait occupation fastidieuse; je n'ai voulu nommer aucun auteur vivant.

Donc, ainsi consultées, ces hautes autorités ont toutes répondu par l'affirmation du précepte de l'extraction des projectiles et autres corps étrangers, dans les cas de blessures par armes à feu.

Servier,
Professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Observation de paralysie atrophique juvénile des extrémités, par M. A. Joffroy, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière. (Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, le 23 avril 1886.)

Dans un des derniers numéros de la *Revue de médecine*, MM. Charcot et Marie attiraient l'attention sur une forme particulière d'atrophie musculaire, souvent familiale, débutant par les pieds et les jambes, atteignant plus tard les mains, respectant la face et le tronc, et débutant dans l'enfance ou à un âge peu avancé.

Après avoir réuni cinq observations personnelles de cette forme particulière d'atrophie musculaire, ces auteurs ont rassemblé les observations analogues déjà publiées, à savoir : 1° celles de deux frères jumeaux, les comtes H..., publiées par Eulenburg en 1856 (*Deutsche Klinik*, 131 et *Virchow's Arch.*, LIII, 1871, 361); 2° celles de dix personnes de la même famille rapportées par Eichorst (*Berlin. klin. Woch.*, 1873); 3° les huit cas de la famille des *Wetherbee*, observés par Hammond (*Maladies du système nerveux*, traduction française, p. 611); 4° deux cas observés chez le frère et la sœur, publiés par Ormerod (*Brain*, 1884, VII, 334); et 5° trois cas observés chez trois enfants, un garçon et deux filles, frère et sœurs, par Schultze (d'Heidelberg) (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1884, n° 41); soit, en tout, trente observations, y compris les cas observés par MM. Charcot et Marie.

Ces auteurs s'étonnent qu'en présence de cas déjà si nombreux, présentant entre eux les plus grandes similitudes, un type aussi original de l'atrophie musculaire ne soit pas encore nettement individualisé : aussi ont-ils résumé dans une vue d'ensemble les caractères fondamentaux de cette variété d'amyotrophie.

Il s'agit d'une atrophie musculaire commençant par les pieds et les jambes, et y restant localisée pendant un temps plus ou moins long. Plus tard, l'atrophie se montre dans les mains et les avant-bras.

Les cuisses sont généralement intéressées dans leur partie inférieure, mais d'une façon générale la racine des membres n'est pas atteinte.

On constate toujours, et c'est là un caractère bien important, l'intégrité des muscles de la face et du tronc.

On observe des troubles vaso-moteurs dans les extrémités atteintes.

Les muscles sont atrophiés et présentent les réactions électriques indiquant la dégénérescence musculaire.

On n'observe pas de rétractions tendineuses notables du côté des articulations dont les muscles sont atrophiés.

Il se produit des contractions fibrillaires dans les muscles en voie d'atrophie, souvent aussi des crampes.

L'affection débute généralement dans l'enfance; elle atteint fréquemment plusieurs personnes de la même famille, avec une prédilection marquée pour le sexe masculin.

Tels sont les traits principaux de cette maladie qui ont frappé la plupart des observateurs, et notamment Eichorst, qui a recueilli dix cas dans la même famille. MM. Charcot et Marie ont mis ces caractères en évidence et justifié de la sorte la création d'une variété bien nette de l'atrophie musculaire. Nous sommes convaincu maintenant que l'attention est appelée d'une manière autorisée sur cette affection, que les observations ne tarderont pas à se multiplier. Nous allons commencer la série en publiant l'histoire d'une jeune fille que nous observons depuis le mois de juin 1884, et dont nous avions toujours retardé la publication, afin de donner d'une manière plus complète l'histoire de la malade.

Obs. — Mlle X... est actuellement âgée de treize ans. Je l'observe depuis deux ans; à cette époque elle me fut adressée par mon collègue et ami le docteur Hanot, parce que depuis quelques semaines ses mains s'atrophiaient et devenaient impuissantes.

Cette malade a été également observée par M. Charcot, qui l'a vue deux fois en consultation.

était grecque presque autant que l'Asie Mineure et les îles de l'Hellespont; les émigrés hellènes avaient été peu nombreux; il n'y avait eu ni destruction des premiers occupants, ni expropriation du sol. Aujourd'hui des habitants noirs instruits de Free-Town parlent avec enthousiasme de leurs victoires du commencement du siècle; il n'y avait peut-être pas un seul soldat nègre dans les armées britanniques à cette époque; peu importe, les naturels sont devenus d'éducation et de cœur si bien Anglais qu'ils considèrent comme la leur l'histoire de la mère patrie. La République indépendante des Antilles est restée française à bien des points de vue; elle a presque conservé nos lois; on est trop disposé, quand on parle de Haïti, à tout prendre à la légère, à considérer ses institutions comme une parodie les Nègres haïtiens travaillent, contribuent au progrès général : ils sont inconstants, et aiment tant les changements politiques qu'ils ont passé en moins d'un siècle d'indépendance par dix formes de gouvernement. Sommes-nous bien autorisés à leur en faire un reproche? Un livre publié par un de nos confrères, le docteur Louis Janvier (1), renferme des détails intéressants sur ce sujet : c'est une véritable histoire de la République antilléenne. L'auteur connaît admirablement son pays; il expose avec une vivacité pittoresque les désidérata des régimes qu'il a choisis ou subis, et s'efforce de rectifier des erreurs et des légendes. De tous les personnages qui ont été à la tête des affaires, un seul, Soulouque, un peu connu chez nous; mais sa notoriété n'est nullement enviable : on nous l'a représenté tantôt comme un despote féroce, tantôt comme un fantoche de la famille de Barbe-Bleue ou du roi Dagobert, se rapprochant plus ou moins de l'un ou l'autre, suivant le point de vue auquel on l'envisage. Soulouque singeait Napoléon, il voulut une garde, comme lui, une cour, des dignitaires, une noblesse territoriale; il eut tout cela. Un voyageur assistant à une grande

(1) *La Constitution d'Haïti*, 1801-1885. Paris. Marpon et Flammarion, 1886.

Voici son observation :

Depuis trois générations il n'a existé dans la famille ni aliéné, ni hystérique, et l'on n'a noté aucun accident nerveux important. En particulier, il n'y a aucun exemple d'atrophie musculaire.

Venue à terme, cette enfant s'éleva facilement; elle a marché à un an et commencé à parler à la même époque.

Sa santé fut excellente jusqu'à l'âge de cinq ans, mais alors elle eut la scarlatine, et c'est six ou huit mois plus tard que l'on remarqua que la marche devenait gênée; la pointe des pieds se tournait en dedans, et progressivement il se produisit un pied équin pour lequel on pratiqua deux ans plus tard la section du tendon d'Achille des deux côtés. Ensuite les pieds furent maintenus par des appareils orthopédiques, avec lesquels la malade marcha à peu près comme avant l'opération. Elle les remplaça ensuite par de forts brodequins, mais aussi bien avec les appareils qu'avec les brodequins la marche était lente et défectueuse. La malade lance en avant le pied soulevé par un double mouvement de flexion et d'abduction de la cuisse, elle steppe. L'équilibre est assez bien conservé pour permettre la marche sans aucun appui, mais il est assez diminué pour que, dans les jeux, les chutes soient plus faciles et par conséquent beaucoup plus fréquentes que chez les autres enfants. La station debout, immobile, est possible pendant quelques instants; mais, si on veut la prolonger, la malade est obligée de piétiner sur place.

L'occlusion des yeux ne modifie ni la marche, ni la station debout.

Lorsqu'on assied la malade, les jambes et les pieds pendants, les pieds entraînés par leur poids tombent inertes, dans la position de l'équin varus. La voûte est un peu aplatie, les orteils sont légèrement fléchis, mais très peu. Le pied n'est pas très amaigri.

Il n'en est pas de même de la jambe, qui est petite, avec disparition très marquée du mollet. Cette atrophie de la jambe est d'autant plus marquée que le volume des cuisses est assez fortement accusé, excepté toutefois au-dessus du genou, où l'on note une diminution appréciable, mais moindre que dans la plupart des faits qui ont été publiés jusqu'alors.

La circonférence des membres inférieurs est de 16 à 17 centimètres au-dessus des malléoles, de 21 et 22 centimètres au niveau du mollet, de 24 centimètres au-dessous du genou, de 25 centimètres au-dessus du genou, de 28 centimètres à 10 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, et de 35 centimètres à 15 centimètres au-dessus de la rotule.

Ajoutons qu'aux extrémités inférieures, la peau est rouge, et qu'en hiver elle prend facilement une teinte plus foncée, en même temps que les pieds et les orteils se couvrent d'une sueur froide et visqueuse.

En outre, il se produit chaque année, à cette époque, des engelures non seulement sur les orteils, mais encore sur la face externe de la jambe gauche, qui a toujours été plus atteinte que la droite. A part cette prédominance, les accidents sont symétriques.

La sensibilité est normale ou à peine diminuée. Les jambes et les pieds ne sont le siège ni de douleurs, ni de fourmillements, ni d'engourdissements. Il n'y a ni crampes, ni contractions fibrillaires.

L'excitabilité mécanique des muscles atteints est nulle.

La contractilité volontaire est également nulle pour les muscles des pieds et des jambes, elle est normale ou à peu près pour les muscles de la cuisse, de la fesse et du bassin. Lorsque la malade est assise les pieds pendants, elle ne peut remuer ni les orteils, ni le pied, mais elle imprime aux articulations du genou et de la hanche tous les mouvements normaux.

Quand la malade est couchée sur le dos, elle ne parvient à s'asseoir qu'en prenant pendant quelques instants un point d'appui avec la main ou le coude, ce qui paraît tenir uniquement à l'affaiblissement du triceps fémoral.

La contractilité faradique est nulle avec un courant très fort, correspondant à une longueur de bobine trois fois plus grande que celle qui est nécessaire pour déterminer une contraction moyenne. A la cuisse, la contractilité faradique se retrouve, mais elle est affaiblie dans le triceps fémoral et surtout dans le droit antérieur.

La contractilité galvanique est nulle aux pieds et à la jambe (60 éléments au sulfate de cuivre), elle se retrouve à la cuisse, diminuée, surtout dans le droit antérieur, où l'on trouve une contraction appréciable à 40 éléments : KSZ > ASZ.

Les réflexes cutanés persistent, les réflexes tendineux sont abolis.

Les articulations sont souples, on peut à peu près imprimer aux membres paralysés tous les mouvements normaux. Il n'y a pas de rétractions tendineuses, du moins à un degré notable.

Le sens musculaire est parfaitement conservé.

Je viens de relater le résultat de mon examen, pratiqué chez la malade âgée de dix ans et demi, mais au dire des parents la situation était stationnaire depuis quatre ou cinq ans.

Après cette accalmie, et sans aucune cause appréciable, sans qu'aucun autre symptôme attirât l'attention, on s'aperçut que les mains se fatiguaient plus vite qu'à l'ordinaire. Cette remarque fut faite par la maîtresse de piano, qui était obligée d'abréger la leçon, dont la durée habituelle était d'une heure. Puis assez rapidement, en quelques semaines, la force diminua, les mains s'amaigrirent et se déformèrent en griffe. En moins de trois mois, les espaces interosseux se sont creusés, surtout le premier; les éminences thénar et hypothénar se sont affaissées; les deux dernières phalanges se sont fléchies pendant que les premières phalanges conservaient en partie leur puissance d'extension et même se relevaient d'une manière exagérée.

Les avant-bras conservaient à peu près leur volume, mais la flexion et surtout l'extension des poignets s'affaiblissaient et se limitaient.

Cette atrophie assez rapide des muscles des mains et des avant-bras ne s'est accompagnée ni de douleurs, ni de crampes, ni d'engourdissements, ni d'aucun trouble notable de la sensibilité. Seulement il se produisait facilement un léger tremblement pendant les mouvements volontaires, et de temps en temps on constata des contractions fibrillaires ou même des contractions plus étendues qui déterminaient, contre la volonté de la malade, de petits mouvements des doigts.

Dans les premiers temps, malgré cet affaiblissement et la déformation des mains, la petite malade continuait encore ses leçons de piano et d'écriture, mais bientôt elle dut y renoncer; il lui a toujours été possible d'écrire lisiblement; mais, dès qu'elle avait tracé quelques mots, la fatigue l'empêchait de continuer.

Comme aux membres inférieurs, les symptômes sont symétriques, avec prédominance du côté gauche.

Le refroidissement des extrémités atteintes est bien moins

---

revue à Port-au-Prince admirait la belle prestance des grenadiers impérieux, la précision de leurs manœuvres, le brillant des plaques de cuivre de leur bonnet à poils, il s'approcha de l'un d'eux pour voir le nom du régiment, et lut sur la plaque :

SARDINES A L'HUILE.

L'empereur, en faisant la commande d'uniformes en Europe, avait oublié de spécifier quelle mention porteraient les accessoires. Le traitant peu scrupuleux expédia de petits morceaux de métal à dimension réglementaire qu'il se procura de tous côtés au meilleur marché possible. Les nobles prirent le titre de leurs propriétés, il y eut le duc de la Pierre qui vire et le comte du Numéro deux. Voilà le Soulouque que nous connaissons. M. Janvier démontre que ces légendes ont été répandues en Europe dans un but intéressé par les adversaires politiques du souverain, c'est-à-dire par les mulâtres. Les querelles de races qu'on ne s'attendait guère à rencontrer dans une République fondée au nom du principe de l'égalité humaine, y sont plus vives que partout. Faustin I[er] était un nègre, et pour les mulâtres un nègre est un être frappé d'une infériorité native propre à payer les impôts, à exercer des emplois subalternes, mais non à gouverner : si c'était là le seul souvenir que la domination française eût laissé dans notre ancienne colonie, nous n'aurions guère à nous en féliciter ; de tous les préjugés dont l'humanité arrrive si péniblement à se débarrasser, celui de la couleur est un des plus vivaces. Il y a par-ci par-là dans l'Asie centrale des hordes de bandits dangereux, presque aussi ignorants que les Hottentots ou les Boschimans, habiles seulement pour le vol ou le massacre; ces individus sont de race caucasique pure, leur crâne, la couleur de leur peau, l'ensemble de leur physionomie sont peu éloignés de ceux des compagnons d'Alexandre. Quelle supériorité ont donc ces sauvages sur l'ingénieur ou le médecin de la Martinique et d'Haïti

marqué qu'aux membres inférieurs, mais les mains deviennent facilement froides et cyanosées sous l'influence du froid.

Ici encore on ne constate pas de rétractions fibreuses, et les articulations sont parfaitement souples, surtout depuis l'usage des bains chauds, du massage et de l'extension méthodique.

Les mouvements vololontaires existent pour la plupart des muscles de l'avant-bras et de la main. Le poignet est habituellement en flexion légère, mais la malade le relève jusqu'à l'horizontale; elle étend l'index complètement, le médius très incomplètement. Elle étend volontairement et même d'une façon un peu exagérée, la première phalange des quatrième et cinquième doigts, dont les deuxième et troisième phalanges restent fléchies.

Les mouvements d'opposition sont très limités, ainsi que les mouvements d'écartement des doigts.

La flexion de la main sur le poignet est incomplète, celle des deuxième et troisième phalanges sur la première se fait bien, mais la flexion des premières phalanges sur la paume de la main est presque nulle, de sorte que la malade peut fermer les doigts, mais non la main.

La contractilité faradique persiste dans les muscles de l'avant-bras, mais exige un courant environ trois fois plus fort que celui qui détermine des contractions de même étendue dans des muscles normaux.

Avec le même courant, on n'a de contractions appréciables ni à l'éminence thénar ni à l'éminence hypothénar, non plus que dans les lombricaux, tandis qu'on obtient de légères contractions des interosseux, en particulier du second.

La contractilité galvanique est non seulement diminuée, mais elle présente des modifications importantes; elle est en général appréciable avec 30 ou 35 éléments, mais elle se montre soit égale, soit plus forte au pôle positif qu'au négatif pour les extenseurs de la main, les radiaux, les muscles de l'éminence hypothénar, et les interosseux; pour les autres muscles de l'avant-bras et de la main la contractilité galvanique est diminuée, mais la réaction est plus forte au pôle négatif qu'au positif.

L'état de la malade s'est aggravé rapidement pendant trois mois à partir du moment où l'on s'est aperçu de l'affaiblissement des mains. On institua alors un traitement électrique. Il se produisit un arrêt d'abord, puis un peu d'amélioration et ensuite une période stationnaire de près d'une année. Dans les six derniers mois, à l'électricité j'ai fait adjoindre les bains d'avant-bras très chauds, le massage dans le bain, et le redressement des jointures pendant la nuit au moyen d'une planchette et d'une bande de flanelle. On vit alors se produire une nouvelle période d'amélioration dont on peut donner une idée assez exacte en disant que la malade écrit lisiblement jusqu'à dix pages d'écriture par jour, et qu'elle parvient même de nouveau à jouer du piano.

La santé générale de la malade est excellente.

Le frère aîné de la malade a aujourd'hui dix-huit ans et n'a jamais été sérieusement malade.

La sœur aînée a vingt-trois ans. Elle a été atteinte de chlorose pendant deux ans.

On ne constate d'atrophie ou d'affaiblissement des membres inférieurs ni chez le frère, ni chez la sœur, ni chez aucun parent, au moment où cette observation est publiée.

L'observation précédente est un véritable type de cette forme originale de l'atrophie musculaire à laquelle il y a lieu, comme le réclame M. Charcot, de donner une place à part en nosologie.

Chez une enfant bien portante, à l'âge de cinq ans, quelques mois après une scarlatine sans gravité, apparaît l'atrophie des pieds et des jambes déterminant des troubles de la marche et de la station debout. La maladie s'arrête, aucun retour ne semble plus à craindre lorsque à onze ans les mains et les avant-bras sont le siège d'accidents semblables à ceux observés six ans auparavant dans les extrémités inférieures.

Il y a eu deux étapes bien distinctes dans le processus morbide : à cinq ans les extrémités inférieures, à onze ans les extrémités supérieures se sont atrophiées. Dans l'intervalle il y a eu une pause complète, et aujourd'hui, si l'on en juge par les faits connus, on peut espérer que la maladie est arrivée au terme de son évolution.

Ainsi donc la maladie a toujours le même début, la même marche, la même terminaison; elle frappe d'abord les extrémités inférieures, s'arrête pendant un temps plus ou moins long et frappe en dernier lieu les extrémités supérieures. Les muscles de la face, du tronc et de la racine des membres sont indemnes.

La similitude entre les différents cas peut être poussée plus loin, on la retrouve en particulier dans la déformation des pieds, mais surtout dans celle des mains et d'une façon générale dans l'attitude du malade. Mais il me semble inutile d'insister sur des points de détail pour vous démontrer la nécessité de décrire désormais à part cette forme d'atrophie que l'on pourrait dénommer *atrophie musculaire juvénile des extrémités*.

Pour appartenir à cette variété clinique les malades devront non seulement commencer par présenter une atrophie des membres inférieurs, mais la marche et la terminaison de l'affection devront être les mêmes que dans les cas d'Eulenburg, d'Eichorst, d'Hammond, d'Ormerod, de Schultze, de Charcot et Marie, et que dans celui que je viens de vous rapporter.

Si j'insiste sur ce point, c'est que je ne crois pas que l'on puisse souscrire aux conclusions de la thèse, d'ailleurs fort intéressante, présentée au commencement de cette année par un interne distingué des hôpitaux, M. Brossard, sous le titre suivant : *Etude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant par les membres inférieurs*. Les observations personnelles à l'auteur, observées dans la même famille, sont au nombre de trois; chez tous le début s'est fait par les membres inférieurs. Mais là se borne la ressemblance avec les cas dont je viens de parler, comme on peut en juger par les conclusions suivantes que nous copions textuellement dans la thèse précitée :

---

appartenant à la race noire? Les aristocraties traditionnelles avaient leur raison d'être, les nobles étaient les descendants d'une race victorieuse et conquérante. Le préjugé de la couleur est absurde à tous points de vue, et M. Janvier a mille fois raison de lui faire la guerre. Son livre est attrayant, bien écrit, nous regrettons seulement que l'auteur se soit borné aux questions de haute politique et n'ait pas insisté sur les institutions médicales, sur les écoles actuelles et leur origine, sur les lois sanitaires : il aurait certainement donné là des renseignements qu'il est fort difficile de se procurer.

Dr L. Thomas.

Société française d'ophthalmologie. — Le quatrième Congrès de cette Société a ouvert ses séances dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, le mardi 27 avril, à neuf heures du matin. On y a entendu des communications sur divers sujets d'ophthalmologie par MM. les docteurs Dianoux (de Nantes), Badal (de Bordeaux), Landolt (de Paris), Boucheron (de Paris), L. de Wecker (de Paris), Javal (de Paris), Dufour (de Lausanne), Georges Martin (de Bordeaux), Ch. Abadie (de Paris), Darier (de Paris), Coursserant (de Paris), Parinaud (de Paris), Tscherning (de Paris), Armaignac (de Bordeaux), Poncet (de Paris), Gillet de Grandmont (de Paris), Prouff (de Limoges), Trousseau (de Paris), Hubert (de Paris), Fieuzal (de Paris), Dehenne (de Paris), Chibret (de Clermont-Ferrand), Debierre (de Paris), Vacher (d'Orléans), Redard (de Paris), Motais (d'Angers), Haensell (de Paris), Galezowski (de Paris), Teillais (de Nantes), Critchett (de Londres), Dransart (de Somain), Masselon (de Paris), Meyer (de Paris).

Médecins de l'armée territoriale. — L'appel des médecins de l'armée territoriale en 1886 portera sur 108 médecins aides-majors de 2e classe, qui seront convoqués du 3 au 15 mai. Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée sur le territoire desquels ils sont domiciliés. Aucune dispense d'appel ne sera accordée, sauf pour des cas de force majeure ou quand l'intérêt des populations l'exigera absolument.

« Les muscles de la partie inférieure du tronc sont toujours atteints de bonne heure, et principalement les grands droits de l'abdomen, d'où ensellure lombaire toute spéciale. »

Et plus loin :

« Lors de la généralisation de l'atrophie, qui se produit toujours, les muscles des épaules et du bras sont plus atrophiés que ceux des mains et des avant-bras.

. . . .

» Les muscles atrophiés sont le siège d'une rétraction qui peut produire des déformations fixes et s'opposer aux mouvements des différents segments des membres inférieurs.

» Le pronostic est grave, puisque la maladie ne s'arrête pas dans sa marche. »

En résumé, chez les malades observés par M. Brossard, la maladie a débuté par les membres inférieurs, comme dans la forme que je décris, mais elle n'a pas présenté la même marche. Les muscles du tronc sont envahis, et, lorsque l'atrophie atteint les membres supérieurs, elle envahit d'abord les muscles des épaules et des bras, laissant presque intacts les avant-bras et les mains. Enfin elle est nettement progressive, puisque « la maladie ne s'arrête pas dans sa marche».

On ne peut donc se baser pour établir une forme nouvelle de l'atrophie musculaire sur ce fait unique que la maladie débute par les membres inférieurs. Trop d'affections atrophiques peuvent avoir ce début.

On ne saurait davantage se baser sur l'hérédité, car d'une part les atrophies musculaires héréditaires appartiennent à des types variés, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, et d'autre part on peut retrouver en dehors de toute condition d'hérédité les formes qui, dans une même famille, donnent les plus longues séries.

Le cas dont je viens de vous entretenir en est un exemple frappant, puisque dans cette famille les grands-parents paternels et maternels, les oncles et les tantes, le frère et la sœur, tous deux plus âgés, non seulement ne présentent rien de semblable, mais n'ont jamais éprouvé aucun accident nerveux de quelque gravité.

Nous conclurons donc en disant que les cas rapportés par M. Brossard doivent être distraits de la forme que nous cherchons à établir avec MM. Charcot et Marie, ce sont des faits fort instructifs, mais qui ne rentrent pas dans le cadre que nous avons tracé.

Nous terminerons par quelques considérations sur le traitement.

L'électricité a été employée dans ce cas, avec raison, je crois. Sous l'influence des secousses musculaires provoquées par l'emploi d'un courant galvanique, non seulement l'atrophie s'est arrêtée, ce qui tient sans doute à la marche naturelle de la maladie, mais il s'est produit une certaine amélioration, ce qui est peut-être imputable au traitement. Les choses en étaient à ce point et la maladie semblait stationnaire depuis de longs mois, lorsqu'à l'électricité nous avons adjoint l'usage d'un bain d'avant-bras, d'un quart d'heure de durée, à une température aussi élevée que possible, avec massage des mains et des avant-bras atrophiés. En outre nous avons employé des appareils de nuit consistant dans une planchette sur laquelle on maintenait étendus, à l'aide d'une bande de flanelle, le poignet et les doigts. Sous l'influence de ces moyens, la déformation a un peu diminué, mais surtout les mouvements volontaires sont devenus plus faciles et je n'en donnerai qu'une preuve, c'est qu'aujourd'hui la petite malade, âgée de treize ans et demi, suit des cours, prend des notes et arrive à écrire très lisiblement sous la dictée comme ses jeunes camarades.

Messieurs, j'aurais voulu vous présenter ma malade, mais elle appartient à la clientèle de la ville et je n'ai pu la décider à venir ici. Je dois à l'obligeance de M. Charcot de vous présenter à sa place le jeune X..., dont l'histoire est relatée dans le travail auquel j'ai fait plusieurs fois allusion. Vous retrouverez chez lui très exactement les symptômes que j'ai signalés dans mon observation, vous jugerez vous-mêmes de la sorte combien ces cas sont semblables entre eux et combien il est juste d'accorder une place à part en nosologie à l'*atrophie musculaire juvénile des extrémités.*

Pathologie interne.

Paralysie hystérique d'origine traumatique chez un homme. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 avril 1886, par M. Troisier, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Je désire vous présenter une troisième fois (voyez les séances du 27 mars et du 24 juillet 1885, *Gaz. hebd.*, p. 222 et 501) le nommé Porcz..., qui était atteint de paralysie hystérique du bras. Vous vous rappelez que cette monoplégie s'était montrée à la suite d'une chute sur l'épaule. On avait d'abord émis quelques doutes sur la nature de cette monoplégie brachiale; nous n'étions pas alors familiarisés avec l'histoire de l'hystérie chez l'homme. M. Charcot voulut bien étudier ce malade, et dans ma seconde communication je vous affirmai en son nom qu'il s'agissait bien d'une paralysie hystérique. L'issue de cette affection est venue confirmer ce diagnostic. La paralysie, après quinze mois de durée, disparut pour ainsi dire subitement à la suite d'une violente colère. Notre homme jouait aux dominos avec un camarade qui trichait, paraît-il; il s'emporta contre lui, et une fois la querelle terminée, il s'aperçut qu'il pouvait faire quelques mouvements, avec son bras paralysé; mais ce n'est que le lendemain que la guérison fut complète. Elle s'est faite en deux temps, et comme le dit M. Charcot précisément à propos de ce malade : « C'est intéressant à noter, car cela prouve une fois de plus qu'il y a une histoire naturelle de ces guérisons miraculeuses. » Et plus loin : « Ces guérisons soudaines, qui passent pour miraculeuses, ne sont jamais aussi complètes d'emblée qu'on le croit » (*Semaine médicale*, 1886, n° 13).

Porcz... a donc recouvré les mouvements du bras droit, il a aussi recouvré la force musculaire. Mais il conserve l'anesthésie cutanée et l'insensibilité des parties profondes, ainsi que la perte du sens musculaire et de la notion de position. Il peut se servir de sa main ; mais, lorsque les yeux sont fermés, il ignore où elle est placée, et même lorsqu'il a les yeux ouverts il lui arrive quelquefois de laisser tomber les objets. De plus il a toujours les stigmates hystériques, hémianesthésie sensitive et sensorielle du côté droit (diminution du goût, de l'odorat, de l'ouïe, rétrécissement du champ visuel).

Il est donc encore en puissance d'hystérie, et le moindre choc nerveux pourra le faire retomber dans un des accidents de l'hystérie (Charcot, *loc. cit.*), ainsi que l'a dit M. Charcot dans la leçon clinique que je viens de citer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 27 avril 1886. — Présidence de M. Blanchard.

Propagation de la sensation lumineuse aux zones rétiniennes non excitées. Note de M. *Aug. Charpentier*. — Après avoir exposé, dans sa communication du 12 de ce mois (voy. la *Gazette hebdomadaire* du 16 avril 1886), le résultat de ses expériences sur l'induction lumineuse *simultanée* ou contraste *simultané*, l'auteur étudie aujourd'hui l'induction lumineuse *successive*, phénomène qui consiste

en ceci : quand on fixe un objet éclairé dans un champ visuel obscur, la clarté de cet objet, au bout d'un certain temps, semble diminuer, tandis que celle de ses environs augmente sensiblement. Si la fixation dure assez longtemps, on peut voir toute l'étendue du champ visuel, y compris l'objet, revêtue d'une lumière uniforme. Dans ces conditions, y a-t-il réellement une diffusion, une propagation à distance de la sensation lumineuse, ou bien a-t-on affaire, comme le voulait Helmholtz, à une erreur de jugement basée sur la fatigue de la partie rétinienne excitée? Les observations de M. Charpentier le conduisent à cette conclusion que, dans la zone rétinienne qui a subi l'induction lumineuse, mais qui n'a pas reçu de lumière objective, la sensibilité aux excitations extérieures est *plus faible* que dans la zone inductrice, qui, longtemps excitée directement, devrait être, au contraire, beaucoup plus fatiguée. En même temps, du reste, la zone induite paraît éclairée dans l'obscurité, et la zone inductrice paraît sombre.

En résumé donc, dans le fait de l'induction lumineuse *successive*, l'action nerveuse qui donne lieu à la sensation se transporte réellement aux parties du centre percepteur voisines de la partie excitée.

MOYENS A EMPLOYER POUR TENDRE OU DÉTENDRE LES CORDES VOCALES. Note de M. *Sandras* (de Paris). — Ce travail, dont le titre seul est communiqué, est renvoyé à la commission précédemment nommée pour une note antérieure de l'auteur sur le même sujet.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Ossian Bonnet* (à Rio-de-Janeiro) se porte candidat au titre de correspondant.

M. le docteur *Ferras* envoie une brochure sur *le traitement de la laryngite chronique arthritique aux Thermes de Luchon.*

M. le docteur *Gerbault*, médecin-major de 2e classe, adresse un Rapport manuscrit sur les vaccinations au 18e régiment de chasseurs en 1885; M. le docteur *Mackiéwickz*, médecin-major de 2e classe, envoie un mémoire sur les vaccinations dans la garnison de Toul en 1885; M. le docteur *Huguenard*, médecin-major de 2e classe, adresse le Compte rendu des vaccinations à Ninh-Binh (Tonkin) en 1885; Mme *Gassin*, sage-femme à Toulon, envoie un travail sur les vaccinations qu'elle a pratiquées en 1885. (*Commission de vaccine.*)

M. *Proust* présente une *Note* manuscrite de M. le docteur *Cazalis* sur l'*hémi-rhumatisme.*

M. *Marjolin* offre le dernier *Bulletin de la Société protectrice de l'enfance.*

PTOMAÏNES, LEUCOMAÏNES ET LA THÉORIE MICROBIENNE. — M. *Cornil* répond aux critiques que lui a adressées M. Béchamp dans sa dernière communication ; il prend surtout à partie les opinions professées par celui-ci sur l'origine et la morphologie des micro-organismes. D'après M. Béchamp, il y aurait assimilation complète entre les granulations élémentaires répandues partout, auxquelles il donne le nom de microzymas, et les micro-organismes ; ces granulations deviendraient par évolution des microcoques, des bâtonnets, des filaments, etc.; or la preuve de cette transformation n'a pas été donnée, aucun caractère des microzymas n'a été étudié de la façon dont on étudie aujourd'hui les êtres microscopiques, tandis que nous savons au contraire que les tissus normaux d'un animal sain pris pendant sa vie ou immédiatement après sa mort, mis avec toutes les précautions recommandées par M. Pasteur dans un liquide de culture stérilisé, ne donnent lieu à aucune végétation microbienne. Comme des expériences de ce genre, reproduites de tous côtés, prouvent qu'il n'y a ni dans les cellules, ni dans le sang, des granulations capables de donner naissance à une végétation de microbe, elles suffisent à ruiner la conception de M. Béchamp. Examinant ensuite les expériences sur lesquelles celui-ci appuie ses théories, M. Cornil démontre qu'il n'apporte en réalité aucune preuve directe à la doctrine des microzymas; elle est en contradiction formelle avec toute l'œuvre de ces dernières années par laquelle on a spécifié les espèces des bactéries et avec les idées générales qui dominent l'histoire naturelle des êtres organisés; soutenir la transformation rapide, en un ou deux jours, de tant d'espèces de microbes distinctes les unes dans les autres semble une assertion aussi étrange que la métamorphose instantanée d'un ver de terre en serpent ?

M. *Béchamp* répliquera dans la prochaine séance.

SURMENAGE INTELLECTUEL ET SÉDENTARITÉ DANS LES ÉCOLES. — M. *G. Lagneau* communique un mémoire sur ce sujet, qu'il a déjà développé devant l'Académie des sciences morales et politiques. Il énumère, d'après les observations de nombreux auteurs tant français qu'étrangers, les diverses affections qu'on peut attribuer à cette cause, myopie, céphalalgie, altérations dentaire, anémie, scoliose, etc., par suite de l'insuffisance de l'éclairage, d'une trop longue assiduité quotidienne, du manque d'exercice, de travaux trop prolongés et prématurés, et il estime qu'il est nécessaire que, dès l'école, les jeunes gens s'exercent à la gymnastique, s'instruisent aux manœuvres des soldats, afin qu'une fois arrivés à l'armée des inspections annuelles, semestrielles, permettent de les renvoyer d'autant plus promptement dans leurs foyers qu'ils auront été plus vite reconnus assez instruits pour concourir efficacement à la défense du pays.

COLORANTS DE LA HOUILLE. — M. *Cazeneuve* (de Lyon), correspondant national, rend compte des recherches expérimentales qu'il a poursuivies avec M. le docteur *Lépine* sur quelques-uns des colorants de la houille les plus employés dans les vins. Il estime qu'il faut faire des distinctions entre les colorants de la houille, dont les uns sont toxiques, les autres inoffensifs ; aussi ne doute-t-il pas qu'en France on admette comme colorants non nuisibles quelques-uns de ces produits destinés à colorer les denrées alimentaires artificielles, bonbons et liqueurs de fantaisie, lorsque le Comité consultatif d'hygiène sera saisi à nouveau de cette question. En Allemagne, on tolère ainsi le bleu d'aniline, le vert d'aniline, le vert malachite, et plusieurs rouges de nature analogue. D'ailleurs, la coloration artificielle des vins, qui ouvre la porte à la consommation indistincte de tous les colorants de la houille nuisibles ou non nuisibles, constituant un danger sérieux pour la santé publique, devrait être condamnée sévèrement par une loi spéciale.

POULS VEINEUX PRÉSYSTOLIQUE DANS LA CHLORO-ANÉMIE. — D'après M. *Duroziez*, dans la chloro-anémie, l'affaissement de la jugulaire a lieu pendant la systole et non pendant la présystole, tandis que le pouls veineux est présystolique ; il suffit de tenir la carotide et de regarder le pouls veineux, on voit alors le pouls jugulaire précéder le pouls carotidien et la veine s'affaisser en même temps que la carotide bat. Quant aux souffles, ils sont d'autant plus intenses que les mouvements sont bien dessinés ; après la présystole, le sang descend en effet dans l'oreillette, un souffle se forme ; puis le ventricule se dilate et un second souffle apparaît. Pour les mouvements, la présystole rejette le sang en arrière et produit le pouls veineux ; puis la veine s'affaisse quand l'oreillette se dilate. Le souffle du deuxième temps peut s'entendre aussi bien au-dessous qu'au-dessus de la clavicule ; on a l'explication de ces souffles extra-cardiaques qui ne sont que des souffles anémiques ; pourquoi ne pas faire des souffles veineux du cou des souffles extra-cardiaques?

DÉSINFECTION. — M. le docteur *Gibier* présente une étuve à désinfection par la vapeur d'eau, destinée à pratiquer la désinfection des matelas, linges et objets de literie dans la chambre même du malade ; d'après ses recherches, cette étuve détruirait tous les micro-organismes pathogènes qui peuvent être contenus dans les objets qu'on y place.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos de la tuberculose infantile : MM. Damaschino, Landouzy, Troisier. — Paralysie atrophique juvénile des extrémités : M. Joffroy. (Discussion : MM. Cadet de Gassicourt, Hervieux.) — Paralysie hystérique d'origine traumatique chez l'homme : M. Troisier. (Discussion : MM. Bucquoy, Du Castel, Joffroy, Chauffard, Brault.) — De la fièvre hystérique : M. Debove. (Discussion : MM. Du Castel, Desnos.)

M. *Damaschino* désire affirmer, ainsi que l'a fait M. Landouzy dans la précédente séance, la grande fréquence de la tuberculose infantile. Il fait remarquer que cette fréquence pouvait être reconnue même avant la découverte du bacille de Koch et qu'il a, pour sa part, bien souvent attiré l'attention des élèves de son service sur ce point spécial, depuis 1878. La dissémination des lésions morbides sous forme de granulations grises à la surface des viscères, et en particulier du foie, des reins et de la rate, permet en pareil cas d'établir la nature tuberculeuse de la maladie pulmonaire : cette dissémination, fréquente chez l'adulte, est la règle dans l'enfance. On peut rencontrer, dès la première enfance, la phthisie pulmonaire ulcéreuse à marche lente ; elle est rare cependant et serait bien difficilement distinguée de la bronchite purulente chronique, dont la prognose est toute différente, si l'examen des mucosités bronchiques, obtenues à l'aide d'un vomitif, ne décelait la présence des bacilles de la tuberculose.

M. *Landouzy* est heureux d'entendre M. Damaschino appuyer de son autorité les conclusions qu'il a formulées contrairement à l'opinion si répandue de la rareté de la tuberculose infantile. Il reconnaît parfaitement que dans un grand nombre de cas l'existence de granulations grises surajoutées aux lésions catarrhales et caséeuses suffit à caractériser la nature tuberculeuse de la maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à la recherche des bacilles ; mais on rencontre des faits dans lesquels il n'y a pas de granulations grises et dès lors cette détermination tuberculeuse *prægranulique* ne peut être démontrée, ainsi qu'il l'a dit, que par l'examen bactériologique. La présence du bacille permet d'affirmer la tuberculose, qui pouvait être seulement soupçonnée en présence de lésions broncho-pneumoniques, simples en apparence, ou ganglionnaires. Sans ce moyen de contrôle plus d'un diagnostic pourrait être erroné et certains cas de tuberculose du premier âge seraient rapportés à des broncho-pneumonies *a frigore* ou rubéoliques. Le coup de froid paraît être la cause occasionnelle, mais non la cause vraie, efficiente ; celle-ci, pour M. Landouzy, dans tous les cas qu'il a observés avec contrôle nécroscopique, n'est autre que la tuberculose.

M. *Troisier* possède toutes les observations manuscrites recueillies par Parrot ; il dépouillera ce dossier et ne doute pas que les résultats de cette recherche ne viennent confirmer les assertions émises par M. Landouzy.

M. *Landouzy*, qui a été aussi l'élève de Parrot, pense que le nombre des faits probants contenus dans les observations de ce maître regretté sera sans doute moindre que ne le pense M. Troisier, car on n'avait pas, dans le service de Parrot, l'habitude de rechercher les granulations disséminées sur le foie et la rate, en particulier, ainsi qu'il a toujours soin de le faire lui-même. Il a pu par ce moyen reconnaître, tout dernièrement, au simple examen macroscopique la nature tuberculeuse, diagnostiquée pendant la vie, d'une broncho-pneumonie infantile qui sans cela aurait paru banale au premier aspect.

— M. *Joffroy* donne lecture d'un intéressant mémoire sur la *paralysie atrophique juvénile des extrémités*. Il présente un petit malade atteint de cette affection (voy. p. 290).

M. *Cadet de Gassicourt* a observé deux cas analogues chez les deux frères. L'atrophie a débuté chez l'aîné par les membres inférieurs, puis a gagné les membres supérieurs sans atteindre le tronc ; elle s'est montrée un peu plus tard chez le cadet et a suivi la même marche. Il a fallu environ deux ans et demi pour que les quatre membres fussent atteints. L'aîné de ces enfants a succombé à la diphthérie alors qu'il était déjà complètement impotent ; les pièces anatomiques ont été remises à M. Cornil pour en pratiquer l'examen. M. Cadet de Gassicourt s'était trouvé fort embarrassé pour poser un diagnostic précis dans ce cas, les faits de M. Charcot n'étant pas encore connus ; il s'était rallié à une atrophie musculaire progressive à marche anormale, puisque Duchenne a montré que cette affection débute d'ordinaire chez l'enfant par la face.

M. *Hervieux* demande si l'on a relevé une notion étiologique de quelque importance dans les cas où il n'y a pas d'hérédité, où la maladie n'est pas familiale.

M. *Joffroy* n'a trouvé chez son petit malade aucun antécédent héréditaire. Cet enfant, bien portant tout d'abord, a eu seulement une scarlatine à l'âge de cinq ans ; ce fait est à rapprocher d'une observation d'Eichhorst où se trouve notée également la scarlatine dans les antécédents pathologiques du petit malade.

— M. *Troisier* lit une note sur *la paralysie hystérique d'origine traumatique chez l'homme* (Suite d'observation. Présentation de malade) [Voy. p. 293].

M. *Bucquoy* a reçu dernièrement ce malade dans son service. Cet individu, facile à reconnaître par suite de sa déformation rachidienne, a prétendu n'être atteint de monoplégie que depuis six jours, n'avoir jamais été soigné dans un hôpital, et s'est donné comme charretier et non comme cocher de fiacre. Il avait été précédemment dans le service de M. Vulpian, qui l'a parfaitement reconnu, et l'a regardé comme un simulateur. M. Bucquoy a dû le renvoyer, dès le lendemain, pour des raisons d'ordre ; il n'a donc pu l'examiner à loisir, mais il le soupçonne fortement de n'être qu'un farceur.

M. *Du Castel* a soigné cet individu, en 1882, à l'hôpital des Tournelles, pour des accidents de paraplégie bizarre, incomplète, ayant fait songer au début d'un mal de Pott. La parésie des membres inférieurs ayant disparu, le malade fut alors atteint de congestion pulmonaire, si bien que l'on redouta l'évolution d'une tuberculose. Tous ces accidents rétrocédèrent sans laisser de traces. Cet individu, pour M. Du Castel, est bien un hystérique ; il a été atteint de paraplégie et de congestion pulmonaire, d'origine hystérique ; ce diagnostic ne lui paraît plus douteux. Il ne nie pas, d'ailleurs, que cet homme ne cherche à se rendre intéressant, ce qui est un argument de plus en faveur de l'hystérie.

M. *Joffroy* est absolument de cet avis ; il le considère comme un hystérique qui cherche à tromper les divers médecins qui l'observent et veut rendre son cas plus curieux : c'est là le propre de tout bon hystérique. Du reste, M. Joffroy rappelle qu'il a affirmé ce diagnostic dès la première fois que cet individu a été amené devant la Société par M. Troisier ; il présentait, en effet, une anesthésie complète du pharynx et de l'épiglotte, phénomène hystérique impossible à simuler.

M. *Chauffard* fait remarquer que les cas de monoplégie hystérique ne sont pas rares en ville chez des personnes qui n'ont aucun intérêt à simuler. Il compte apporter devant la Société une observation de ce genre, avec atrophie du membre, persistant après la disparition de la paralysie.

M. *Brault* a vu récemment le malade de M. Troisier à l'hôpital Beaujon. Il simulait alors à coup sûr sa monoplégie, dès ce moment disparue, car il a cessé de jouer la comédie

devant une menace de renvoi immédiat et a pu mouvoir son membre avec grande facilité.

M. *Troisier* ne pense pas que M. Charcot et lui aient été dupes d'un vulgaire simulateur. Cet homme cherche à se rendre intéressant : il n'en disconvient pas; mais pourquoi ne continuerait-il plus à simuler une monoplégie lui assurant un séjour à l'hôpital ? Du reste, on ne peut simuler l'anesthésie sensitivo-sensorielle et l'anesthésie profonde que présente ce malade. C'est bien un *hystérique* dans le sens qu'on attribue aujourd'hui à ce mot.

— M. *Debove* donne lecture d'une note sur *la fièvre hystérique*. (*Sera publiée.*)

M. *Du Castel* demande à quelle occasion M. Debove a été conduit à prendre la température de sa malade avec le thermomètre. Offrait-elle quelque affection antérieure ?

M. *Debove* fait observer qu'une température de 40 et 41 degrés ne peut passer inaperçue, et qu'en pareil cas il est de règle de prendre la température au thermomètre. Du reste, ainsi qu'il l'a dit, cette femme ne présentait aucune maladie ; c'est simplement une hystérique.

M. *Desnos* ne doute nullement du soin apporté par M. Debove dans son observation, mais s'est-il mis en garde contre cette supercherie, signalée par M. Du Castel, qui consiste à percuter l'extrémité de la tige thermométrique et à faire ainsi monter la colonne mercurielle.

M. *Debove* peut affirmer qu'il ne s'est rien passé de semblable ; la température a été relevée avec le plus grand soin.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Méningocèle chez une femme de cinquante-trois ans : M. Kirmisson (Discussion : MM. Monod, Poncet, Trélat, Berger, Guéniot). — Instrumentation nouvelle pour l'extraction de la cataracte ; rapport : M. Chauvel. — Résection de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse ; rapport : M. Chauvel. — Laparotomie sous-péritonéale : M. Pozzi. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.

M. *le Président* annonce la perte que vient de faire la Société dans la personne de M. Amédée Forget.

— M. *Kirmisson* communique l'observation d'une volumineuse tumeur de la région fessière, qu'il a opérée à la fin de l'année 1885 dans le service de M. Verneuil. La malade, qui en était porteur, était une femme de cinquante-trois ans, ayant toujours eu, dit-elle, une petite tumeur bilobée en forme de cœur à cheval sur la partie initiale du pli interfessier. Cette tumeur, longtemps stationnaire, s'est mise à croître il y a quelques années et a acquis un volume considérable depuis la ménopause. Elle a, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, le volume d'une tête de fœtus. Il y a trois mois elle s'est ulcérée au centre et il s'en est écoulé un liquide limpide et clair comme de l'eau de roche ; l'ouverture s'est ensuite spontanément cicatrisée. La tumeur est fluctuante, mais on sent des parties solides, de consistance lipomateuse dans un de ses points. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide limpide, comme celui qui s'est déjà échappé. Trois hypothèses furent faites sur la nature de l'affection : kyste hydatique, kyste dermoïde, tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne ; cette dernière hypothèse paraissant la plus probable. Quelle que fût d'ailleurs la nature de la tumeur, il était indiqué d'en faire l'ablation. C'est ce que fit M. Kirmisson, qui l'énucléa sans beaucoup de peine et lui trouva un pédicule s'enfonçant dans le canal rachidien par son extrémité inférieure entre le sacrum et le coccyx. Un fil fut jeté sur ce pédicule. Les suites opératoires furent des plus simples et la guérison était complète en trois semaines. L'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'examen de la pièce. Elle se composait de deux tumeurs superposées, séparées par un léger étranglement : l'une était solide, d'apparence lipomateuse, l'autre formée par une poche remplie de liquide. Il est probable que la première tumeur était la plus ancienne, celle dont les parois épaissies formaient la grosseur que le malade accusait depuis son enfance ; la seconde n'était qu'accidentelle et due à la rupture de la première. En un mot, il s'agissait d'une méningocèle, mais cette méningocèle était loin de se présenter avec ses caractères ordinaires. Une première particularité, c'est d'abord l'âge avancé de la malade chez laquelle elle se présentait. Vient ensuite son siège sur les parties latérales de la fesse, les méningocèles étant ordinairement médianes. Enfin il est bien remarquable qu'il n'existât aucune fissure du canal rachidien et que la tumeur sortit par l'extrémité inférieure même de ce canal.

M. *Monod* croit difficilement que la tumeur observée par M. Kirmisson fut une méningocèle, il pencherait plutôt vers l'idée d'une tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne. Au sujet de l'origine si controversée de ces tumeurs, il fait remarquer qu'on peut leur attribuer la genèse invoquée si ingénieusement par Conheim pour les néoplasmes, à savoir le développement anormal et excessif de matériaux des phases embryogéniques non utilisées.

M. *Poncet* répond que cette idée de la genèse des tumeurs n'appartient pas à Conheim, mais à un professeur de l'Ecole de médecine de Marseille, dont le nom lui échappe. Ce professeur, dans un travail remarquable, a démontré que tous les tissus morbides qu'on observe chez l'homme ont, au début de la vie embryonnaire, leur analogue dans l'organisme, et représentent les tissus que l'on retrouve dans la série zoologique.

M. *Trélat* a eu occasion de voir un jeune boucher de vingt-six ans portant une tumeur de la région de la fesse avec fistule se dirigeant dans la profondeur, vers le sacrum. Après réflexion, M. Trélat pensa avoir affaire à un kyste dermoïde ; il l'extirpa, et eut la démonstration de l'exactitude de son hypothèse. Depuis il a vu un autre malade, chez lequel il crut devoir faire le même diagnostic, mais cette fois il s'agissait d'une gomme tuberculeuse.

M. *Berger* estime que toutes les tumeurs sacro-coccygiennes n'ont pas la même origine. Il pense que, dans le cas de M. Kirmisson, il s'agissait bien d'une méningocèle.

M. *Guéniot* rapproche de l'observation de M. Kirmisson le fait d'une tumeur de la même région observée, il y a une vingtaine d'années, par M. Ball, et que l'examen histologique montra être constituée par la prolifération énorme des cellules grises de la moelle.

M. *Kirmisson* répond à M. Monod que la théorie de Conheim est contestée par Ranvier, et d'ailleurs il ne voit pas aux dépens de quels éléments se serait développée sa tumeur. Ses connexions, son pédicule plongeant dans le canal médullaire, et son contenu, qui, fait regrettable, n'a pu être analysé, s'accordent tout à fait avec l'idée d'une méningocèle.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur divers instruments employés par M. Vacher pour l'extraction de la cataracte. Ce sont une pince fixatrice à branches croisées, sans taquet ni verrou, et se fermant d'elle-même ; un kystitome double à écartement variable, et un décoiffeur du cristallin. N'ayant pas eu occasion d'employer ces instruments, M. Chauvel ne pourrait que leur faire des reproches ou des éloges théoriques. Il se contente de les déclarer, à priori, simples et ingénieux.

— M. *Chauvel* fait un second rapport sur deux observations de résection de l'os iliaque atteint d'ostéite tuberculeuse, adressées par M. Delorme. Chez le premier malade, M. Delorme a réséqué une partie de la table externe de l'os iliaque au niveau de sa fosse. Malgré une grande perte de substance, l'opéré a très rapidement guéri. M. Delorme a été moins heureux chez son second malade, qui a succombé non aux suites de l'opération elle-même, mais à des lésions méconnues et qu'il n'était pas permis de soupçonner : tuberculisation rachidienne et intestinale.

— M. *Pozzi,* pour arriver sur les collections situées profondément dans le petit bassin, propose de suivre la voie que l'on suit pour aller à la recherche de la ligature de l'iliaque externe. Par cette laparotomie sous-péritonéale, il est facile en décollant le péritoine d'arriver dans la cavité du petit bassin. Par ce moyen il a pu, chez une première femme, évacuer une hématocèle rétro-utérine et la drainer; chez une seconde, donner issue au contenu d'un abcès pelvien; dans une troisième, il a ainsi extirpé de gros ganglions lymphatiques formant tumeur dans les culs-de-sac du vagin; deux fois enfin il s'est servi de cette voie pour explorer la cavité du petit bassin. Ces cinq malades ont subi cette opération sans aucun accident; les deux premières ont guéri, les trois autres ont été notablement soulagées. M. Pozzi appelle donc l'attention sur ce mode d'accès dans la cavité pelvienne. Son emploi donnera d'excellents résultats, particulièrement dans les hématocèles rétro-utérines, qui ne se vident pas toujours bien par l'incision et le drainage vaginal seuls. Cette laparotomie sous-péritonéale est évidemment moins grave que la laparotomie intra-péritonéale conseillée par Lawson Tait et autres.

— M. *le Président* déclare vacante une place de membre titulaire. MM. les candidats ont un délai d'un mois pour envoyer leurs titres.

Alfred Pousson.

REVUE DES TRAVAUX DES CONGRÈS

Cinquième Congrès de médecine interne de Wiesbaden.

(Fin. — Voyez les nos 16 et 17.)

SÉANCE DU VENDREDI 16 AVRIL 1886 (MATIN). PRÉSIDENCE DE M. LEYDEN.

M. *Kaposi* (de Vienne) donne lecture de son exposé général sur *le traitement de la syphilis.* Après avoir tracé l'historique de ce traitement, M. Kaposi a formulé une série de questions devant servir de thème à une discussion. Ces questions se réduisent aux points suivants :

1° Existe-t-il un traitement déterminé des accidents primitifs de la syphilis, capable de prévenir l'infection générale de l'organisme? En fait de traitements de ce genre, il y a lieu de prendre en considération la destruction sur place du virus, à sa porte d'entrée dans l'organisme, soit par une cautérisation énergique, soit par l'excision des parties qui ont servi de voie d'entrée, soit par l'oblitération des voies d'absorption du virus, des vaisseaux lymphatiques. Pour M. Kaposi, aucune de ces tentatives ne permet d'atteindre le but voulu. D'autre part, le médecin de Vienne considère qu'il est dangereux de recourir à un traitement général préventif, car cette manière d'agir n'a d'autre résultat que de faire traîner en longueur l'évolution de la syphilis et de provoquer le développement prématuré d'accidents graves.

2° Quels avantages respectifs offrent les différentes médications dont l'efficacité contre la syphilis est reconnue, et contre quelles formes de la maladie conviennent-elles spécialement? Pour M. Kaposi, il y a lieu de distinguer les médications curatives proprement dites, et les médications complémentaires, dont l'emploi est indiqué à la suite des premières. En tête des médications curatives, M. Kaposi place le traitement par les frictions mercurielles. Le mercure est, d'autre part, un topique de premier ordre pour combattre les accidents locaux, lorsqu'il est employé sous forme d'emplâtres bien adhésifs, ou sous forme de bains de sublimé. Il n'est pas encore possible d'émettre un jugement définitif sur la valeur comparative des différentes préparations préconisées pour le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées. Cependant M. Kaposi se rallie à l'opinion qui veut que les préparations sous la forme desquelles le mercure séjourne le plus longtemps dans l'organisme du malade, aient aussi une action à plus longue portée. Ce sont les médicaments antisyphilitiques administrés à l'intérieur, qui ont la plus courte durée d'action.

3° Quelles sont les formes de la syphilis, quelles sont les périodes de la maladie qui se prêtent le mieux à l'emploi du traitement mercuriel? D'après l'expérience qu'il a acquise, M. Kaposi opine que le traitement mercuriel convient à toutes les manifestations, précoces ou tardives, de la syphilis, à toutes les affections syphilitiques des os et des organes parenchymateux, du système cérébro-spinal pendant la phase aiguë, tandis que, à une période avancée, les déterminations ou les localisations cérébro-spinales de la syphilis, de même que les affections articulaires, sont justiciables des préparations iodées.

4° Quelles sont les règles qui doivent présider au choix de la préparation mercurielle à employer dans un cas déterminé? M. Kaposi est d'avis que plus le traitement institué à la période initiale de la maladie sera énergique et poursuivi avec persévérance, plus il y a de chances de prévenir les récidives et d'empêcher l'évolution de la syphilis de traîner en longueur. C'est pourquoi le traitement devra être inauguré par les frictions mercurielles, et ce n'est que quand il y a un empêchement absolu à l'emploi de ces dernières, qu'on devra recourir à l'emploi des injections sous-cutanées de préparations sous la forme desquelles le mercure séjourne le plus longtemps dans l'organisme (sublimé, calomel, peptonate de mercure). Pour les périodes ultérieures, lorsqu'il n'y a pas de danger imminent, on emploiera de préférence des préparations dont l'action est plus lente.

5° Quels inconvénients présente le traitement mercuriel? M. Kaposi, autant qu'il peut s'en rapporter à son expérience, affirme que ces inconvénients sont nuls, lorsque le traitement est institué avec toute la prudence voulue.

6° Les cures, dites complémentaires, sont-elles douées d'une action spécifique contre la syphilis? M. Kaposi répond par la négative, pour ce qui concerne les traitements par les bains sulfureux, par les bains de mer, par l'hydrothérapie, par les médications évacuatrices.

7° Pendant combien de temps faut-il poursuivre le traitement antisyphilitique, et combien de cures faut-il instituer? La première cure devra avoir une durée très longue et être surveillée avec le plus grand soin. On ne reviendra, dans la suite, au traitement spécifique que lorsque viendront à éclore de nouvelles manifestations de la syphilis.

8° Quelle valeur faut-il accorder au traitement topique des accidents locaux? Ce traitement a une utilité de premier ordre contre les manifestations ulcéreuses qui siègent à la face, etc., parce qu'il est doué d'une efficacité locale beaucoup plus considérable.

M. *Neisser,* le second coréférendaire, fait d'abord une courte incursion dans le domaine de la pathologie de la syphilis. Abordant ensuite la question du traitement, il émet une opinion contraire à celle de M. Kaposi sur la valeur du traitement préventif des accidents primitifs; selon lui, la cautérisation, surtout quand elle est pratiquée avec de l'acide phénique concentré, et l'excision du chancre sont des tenta-

tives qui valent la peine d'être faites, quoiqu'elles ne soient couronnées de succès que dans un nombre de cas relativement faible. Pour ce qui concerne le traitement proprement dit de la syphilis constitutionnelle, M. Neisser a déclaré qu'il se ralliait entièrement aux vues et à la manière de faire de Fournier: le traitement antisyphilitique doit avoir une durée très longue, qu'il existe, ou non, des manifestations extérieures de la maladie. M. Neisser est partisan du traitement dit intermittent : première cure énergique et longue, répétée annuellement trois ou quatre fois de suite; ces cures annuelles, énergiques, seront reliées entre elles par des cures d'une intensité et d'une durée moindres. Le traitement régional des manifestations syphilitiques ne doit pas être négligé; c'est pourquoi les injections sous-cutanées de préparations mercurielles, et le traitement interne trouvent place à côté des frictions. M. Neisser est d'accord avec M. Kaposi sur la nécessité de recourir, dans certaines circonstances, à un traitement topique des accidents locaux.

Dans la discussion qui a suivi, MM. *Weber* (New-York), von *Ziemssen* (Munich), *Schuster* (Aix-la-Chapelle), *Ziemssen* (Wiesbaden), *Leube* (Tübingue), *Edlefsen* (Kiel), *Bäumler* (Fribourg), *Doutrelepont* (Bonn), *Schumacher* (Aix-la-Chapelle), ont émis des vues personnelles sur certains points spéciaux de la question traitée.

SÉANCE DU VENDREDI 16 AVRIL (SOIR).

M. *Demme* (Berne) a fait une communication sur le *pemphigus aigu*. Dans un cas bien net de pemphigus aigu, l'auteur a découvert, dans le contenu des bulles, trois espèces de micro-organismes, dont l'une, constituée par des diplocoques, se rencontrait également à l'état de culture pure dans le sang et l'urine du malade. M. Demme a réussi à cultiver ce coccus, et à inoculer des cultures à des cobayes. Ces inoculations ont développé des pneumonies lobulaires dont l'exsudat renfermait les mêmes diplococcus. Une nouvelle série d'inoculations, faites avec cet exsudat, a de nouveau abouti à dévevelopper de la pneumonie lobulaire.

— M. *Rehn* (Francfort-sur-le-Mein) a présenté un sujet chez lequel il a obtenu la guérison d'*une hydrocéphalie intraméningée et ventriculaire*, au moyen d'une ponction.

— M. *Heubner* (Leipzig) a parlé sur le traitement de la *diphthérie scarlatineuse*. Dans une série de cas de cette forme de diphthérie, l'auteur a obtenu des résultats extrêmement favorables, en injectant une solution d'acide phénique à 3 pour 100 dans les deux amygdales. De 35,6 pour 100 il a vu la mortalité s'abaisser à 13,8 pour 100.

— M. *Kahler* (Prague) a parlé sur le *développement expérimental de la polyurie durable*. Pour accroître la durée de la polyurie consécutive à la piqûre du quatrième ventricule, l'auteur a eu l'idée de substituer à la simple piqûre l'injection de quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. Dans ces conditions, il s'établissait une polyurie de plusieurs semaines de durée, avec des oscillations d'intensité d'une semaine à l'autre.

— M. *Stein* (Francfort-sur-le-Mein) a lu un travail sur *l'action physique que l'électrisation localisée exerce sur le corps humain*.

— M. *Rabl* a fait une communication sur *la syphilis congénitale tardive*, basée sur une statistique personnelle de 112 cas. Les manifestations de la syphilis congénitale ne se sont jamais montrées avant l'âge de deux ans et se répartissent ainsi : affections osseuses, chez 62 sujets; ozène, chez 42 sujets; affections des yeux, chez 36 sujets.

— M. *Friedlander* (Leipzig), dans une communication sur *la marche typique du rhumatisme articulaire aigu*, cherche à démontrer que l'évolution normale du rhumatisme polyarticulaire aigu embrasse, suivant les cas, une durée maxima de sept jours ou de treize jours.

— M. *Schumacher* (Aix-la-Chapelle) a lu le travail annoncé sur *l'hydrargyrose localisée et sur son diagnostic à l'aide du laryngoscope*.

SÉANCE DU 17 AVRIL.

La plus grande partie de cette séance a été consacrée à des questions touchant à l'organisation intérieure du Congrès. L'assemblée décide que sa prochaine réunion aura de nouveau lieu à Wiesbaden.

M. *Litten* (Berlin) a fait une communication sur le *pyopneumothorax* et *sur la présence de cercomonas dans le tissu pulmonaire*. Il a relaté une observation relative à un malade qui présentait le phénomène de la succussion hippocratique avec les signes d'un épanchement pleural. Le liquide évacué par la ponction n'était point septique, mais contenait un grand nombre de cercomonas, considérés jusqu'ici comme appartenant en propre à la gangrène.

— M. *Blœbaum* (Coblentz) a lu, sur *le traitement de la diphthérie par la galvanocaustique*, un travail qui avait déjà fait l'objet d'une publication antérieure dans un journal de médecine (*Deutsche medicinal Zeitung*, n° 6, 1886).

— M. *Franz* (Liebenstein) a soutenu cette thèse que la *cure d'Œrtel*, basée sur le rationnement des liquides et l'emploi d'une gymnastique méthodique, *est le meilleur mode de traitement de la chlorose*.

— M. *Pfeiffer* (Wiesbaden) a fait une communication sur l'étiologie des calculs uratiques, pour conclure que les eaux bicarbonatées simples communiquent à l'urine des propriétés dissolvantes.

— M. *Schulze* (Heidelberg) a présenté des *préparations anatomiques relatives à un cas de syringomyélie*.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches sur la malaria, par MM. E. Marchiafava et A. Celli. — Dans un premier mémoire (*Fortschritte der Medicin*, 1883, n° 24), les auteurs ont cherché à établir que la mélanémie liée à la malaria est due à la formation dans le sang et surtout dans les globules rouges d'un pigment qui se développe au sein de masses homogènes susceptibles de se colorer par certaines couleurs d'aniline (bleu de méthylène, vésuvine, etc.); mais avant que le pigment se développe, on voit apparaître dans les globules rouges, en même temps que les masses homogènes, des corpuscules semblables à des micrococcus.

Dans un deuxième mémoire (*ibid.*, 1885, n° 11), ils démontrèrent que les globules rouges du sang frais renferment fréquemment des corpuscules doués de mouvements amiboïdes très vifs, susceptibles de se colorer par les mêmes couleurs d'aniline que ci-dessus; que les petites masses pigmentées sont munies, rarement il est vrai (dans 4 cas sur 42), de cils que Laveran a décrits le premier; qu'enfin ces masses pigmentées se divisent en corpuscules. Ils constatèrent en outre que la malaria est transmissible d'homme à homme par inoculation du sang malarien.

De nouvelles recherches, faites pendant l'épidémie de malaria qui a été très violente à Rome et dans le voisinage des marais Pontins, pendant l'année 1885, leur ont permis d'établir les faits suivants :

1° *Dans les globules rouges* du sang des individus infectés récemment par la malaria, se voient *de petits organismes*,

formés d'un petit amas de protoplasma, doués de mouvements amiboïdes très vifs et se laissant distinctement colorer. Ces organismes sont absolument particuliers à la malaria, existent toujours dans les cas d'infection malarienne récente et ne se rencontrent dans aucune autre circonstance, d'où le nom spécifique de *plasmodies* ou d'*hémoplasmodies de la malaria* que les auteurs leur ont donné.

2° Ces hémoplasmodies renferment souvent un pigment rougeâtre ou noir qui ne fait point partie constituante de celles-ci, mais résulte de la transformation en mélanine de l'hémoglobine que les plasmodies ont soustraite aux globules rouges. Le degré de mélanémie dans la malaria dépend de l'activité plus ou moins grande de cette transformation.

3° Les hémoplasmodies se transforment par segmentation en amas de corpuscules qui, quoique privés de mouvements amiboïdes, se comportent exactement comme les plasmodies incolores aux réactifs colorants. Cette segmentation a lieu aussi bien dans les plasmodies pigmentées que dans les incolores. Elle constitue probablement le mode de multiplication des plasmodies dans l'organisme humain.

4° La malaria est transmissible à l'homme par l'injection intraveineuse du sang malarien. La marche clinique de l'affection engendrée, la multiplication des plasmodies dans le nouvel organisme infecté le démontrent péremptoirement. A un moment donné, les plasmodies deviennent immobiles, puis disparaissent, soit par l'atténuation progressive de l'infection, soit sous l'influence du traitement spécifique.

A la suite du mémoire de Marchiafava et Celli, Friedländer fait ressortir ce fait, unique dans la science, de la présence d'un parasite dans les globules rouges du sang, caractérisant une maladie infectieuse déterminée. Il est évident qu'en présence de ces nouvelles découvertes il ne saurait plus être question du bacille attribué à la malaria par Klebs et Tommasi-Crudeli. (*Fortschritte der Medicin*, 1885, n° 24.)

Cas d'hyperthermie après la mort, par M. T. E. Underhill. — On sait qu'à la suite de certaines maladies telles que le tétanos, l'épilepsie, l'hystérie, la température continue à s'élever après la mort, atteignant de 41 à 44 degrés; ce phénomène s'observe généralement dans les cas où le système nerveux central est intéressé; mais il peut encore dépendre d'une autre cause, de la suppression de l'action réfrigérante de l'air introduit par la respiration et la continuation des oxydations intra-organiques, sans compter la chaleur produite par les modifications que subit le tissu musculaire (Wunderlich); de la chaleur se dégage par le fait de la coagulation de la myosine lors de la production de la rigidité cadavérique (Huppert, Fick, etc.); la chaleur se perd moins vite, se transmettant d'une couche à l'autre du corps par conductibilité, sans l'intervention de la circulation comme pendant la vie.

Le cas observé par M. Underhill est intéressant en ce qu'il n'y avait point d'affection des centres nerveux ni d'aucun organe interne pouvant expliquer l'hyperthermie. La malade, âgée de trente-quatre ans, avait accouché depuis peu et souffrait d'un abcès du sein, qu'elle refusa de laisser ouvrir. Pendant les deux jours qui précédèrent la mort, elle se plaignit de chaleur intense; la température ne fut pas prise pendant la vie, mais peu après la mort; le mercure monta dans l'aisselle à 43°,4. Il est fâcheux que M. Underhill n'ait pas pris la température avant la mort. (*The Lancet*, 1886, t. I, p. 103.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie pathologique, par M. E. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine. T. III, 1re partie. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette première partie du tome troisième, que M. le docteur Lancereaux vient de publier, comprend l'anatomie pathologique du système locomoteur. Abordant ensuite l'étude pathologique des appareils, l'auteur nous expose l'anatomie pathologique de l'appareil de l'innervation : Nerfs, moelle et ganglions.

L'étude des maladies osseuses comprend les anomalies de formation et de développement dans lesquelles se rangent le rachitisme et les vices de nutrition (hypertrophie et atrophie). Le rachitisme consiste pour l'auteur dans « l'accélération morbide du processus de transformation du cartilage des os ». C'est tout à la fois un désordre de nutrition et de développement des parties qui concourent à l'ossification. Il diffère de l'ostéomalacie, qui est une hypoplasie caractérisée par la résorption des sels calcaires. Il refuse à la syphilis héréditaire le rôle que lui a fait jouer Parrot dans l'étiologie du rachitisme.

Les anomalies de nutrition : hypertrophies, atrophies, fournissent matière à d'intéressantes études sur l'étiologie de ces maladies, et sur le rôle qu'y jouent les troubles généraux de la circulation, et les affections des centres cérébro-spinaux.

Le chapitre des ostéites et de leurs différentes variétés est fort développé. L'auteur s'y préoccupe particulièrement de rattacher ces différentes formes aux maladies générales sous la dépendance desquelles elles se produisent.

Cette tendance se retrouve de nouveau dans le chapitre des maladies des articulations : les arthrites infectieuses, herpétiques, trophiques, tuberculeuses, etc., y sont étudiées avec soin et de nombreuses planches en montrent les différents aspects et variétés.

Au chapitre des maladies des muscles figurent les anomalies de nutrition : hypertrophies et atrophies musculaires, les myosites, les néoplasies. Toutes ces descriptions sont riches en faits curieux et observations inédites. On ne saurait trop reconnaître le soin avec lequel tous les recueils, tous les traités relatifs au sujet ont été consultés. L'anatomie pathologique du système locomoteur se termine par l'étude des lésions des tendons, des aponévroses et des ligaments.

Le livre Ier de l'étude anatomopathologique des *appareils* est consacré à l'appareil de l'innervation : les nerfs sont d'abord examinés. La méthode est la même. On s'occupe en premier lieu des anomalies de formation et de développement; viennent ensuite les phlegmasies, les néoplasies, les traumatismes, etc. La difficulté était surtout ici de classer les matériaux considérables qu'on avait à sa disposition. On sait combien les études anatomiques se sont dirigées de ce côté sous l'élan qui leur a été surtout imprimé par l'école dite de la Salpêtrière. Ce n'était qu'à l'aide d'une méthode sûre qu'on pouvait arriver à une exposition complète et claire.

Les mêmes difficultés se reproduisaient en face des lésions de la moelle épinière, à l'étude desquelles est consacrée la deuxième partie du volume. L'auteur divise les myélites en trois classes : les myélites exsudatives ou parenchymateuses ; les myélites suppuratives; les myélites prolifératives ou scléreuses. Ce sont là des genres qu'il faudrait pouvoir subdiviser en espèces basées sur la connaissance des causes; malheureusement cette connaissance fait le plus souvent défaut et on est obligé de se diriger d'après des divisions purement anatomiques, en se basant tantôt sur la nature des lésions, tantôt sur leur localisation aux différents éléments, tantôt sur leur disposition topographique.

On voit à quelles difficultés on se heurte à chaque pas, même quand on est soutenu par une vaste érudition et par des recherches personnelles poursuivies depuis de longues années.

Le livre se termine par une étude des lésions pathologiques des ganglions nerveux. Cette étude n'est pas encore faite malgré l'intérêt qu'elle présente et les résultats de premier ordre auxquelles elle doit probablement conduire. On sait le parti qu'on en a déjà tiré pour l'intelligence de certaines dermatoses. M. Lancereaux a fait une bibliographie aussi complète que possible des travaux, presque tous assez récents, qui ont été publiés sur la matière.

Blachez.

VARIÉTÉS

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz (1er octobre 1886). — M. le ministre du commerce et de l'industrie, par une lettre en date du 27 février, a informé le président du Congrès de Biarritz que :

1° Il reconnaît l'utilité qui s'attache à cette réunion au point de vue des intérêts français, et que pour lui donner un témoignage du très légitime intérêt qu'il lui porte, il confirme l'acceptation de la présidence d'honneur faite par son prédécesseur;

2° Qu'il allouera au Congrès une subvention aussi élevée que le permettra la situation des crédits inscrits au budget de son ministère;

3° Qu'il vient de demander à M. le président du conseil d'inviter les gouvernements étrangers à désigner des délégués chargés de les représenter au Congrès de Biarritz.

Des comités, composés des climatologistes et des hydrologues les plus éminents de chaque pays. ont été organisés et fonctionnent régulièrement en Autriche, Italie, Angleterre, Espagne, aux Etats-Unis d'Amérique, en Russie, etc. De nombreux comités locaux sont également installés depuis longtemps dans toute la région. L'importante situation des membres qui les composent et leur activité contribueront au succès de cette œuvre patriotique.

Répondant aux très nombreuses demandes de renseignements qui lui parviennent tous les jours, le comité rappelle que, pour faire partie du Congrès, il suffit d'adresser une adhésion accompagnée d'un mandat sur la poste de 12 francs à M. le vicomte de Chasteignier, trésorier général du Congrès, à Biarritz. — Les compagnies des chemins de fer français et des chemins de fer du nord de l'Espagne exigeant que la liste des adhérents au Congrès, auxquels la réduction de 50 pour 100 sera accordée, leur soit soumise le 1er *septembre au plus tard*, les adhésions parvenues ultérieurement ne pourraient jouir du même avantage.

Conférences de clinique thérapeutique. — Le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de thérapeutique le mercredi 5 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin, et les continuera les lundis, mercredis, vendredis suivants, à la même beure. Il traitera cette année de l'hygiène thérapeutique. Visite et interrogatoire au lit du malade tous les matins à neuf heures et demie.

Collège de France. — M. Brown-Séquard commencera son cours mercredi prochain, 5 mai, à quatre heures, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. Il traitera *de la physiologie et de la pathologie des diverses parties de la base de l'encéphale.*

La rage a Paris. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine vient d'adresser au préfet de police son rapport sur les maladies contagieuses des animaux observées en 1885. On y remarque que, durant cette année, 518 animaux ont été reconnus atteints de rage (503 chiens, 13 chats, 2 chevaux), et 527 animaux ont été déclarés suspects.

64 morsures d'animaux enragés ont été officiellement constatées, et 19 personnes ont succombé à la rage. On fait remarquer, à ce sujet, qu'en 1884 on n'avait constaté que 301 cas de rage au lieu de 518 en 1885.

Les maladies épidémiques a Paris. — M. le docteur Lagneau vient de lire au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine un rapport sur la marche des épidémies à Paris en 1884. Il y est constaté que la fièvre typhoïde, la variole et la coqueluche ont été en diminution. La fièvre typhoïde compte 1619 décès en 1884, au lieu de 3352 en 1883; la variole, 91 au lieu de 1182; et la coqueluche, 538 au lieu de 810 (en 1883). Par contre, la diphthérie augmente (2592 décès), et la rougeole atteint le chiffre considérable de 1742 décès. Nous devons insister surtout sur l'aggravation de ces deux dernières maladies. L'atténuation de la fièvre typhoïde peut n'être que transitoire; l'aggravation de la rougeole doit préoccuper l'administration, en raison des dangers de la contagion dans les écoles, et des inconvénients que présentent, au point de vue du traitement de la maladie, dans les classes pauvres, l'insuffisance de l'assistance médicale à domicile, et l'ignorance des parents, qui persistent à considérer la rougeole comme une maladie bénigne.

Corps de santé de l'armée et de la marine. — Au moment où le corps de santé de l'armée de terre traverse une crise des plus pénibles, et, par l'aveuglement désespérant de quelques-uns de ses chefs, risque de perdre prochainement tous les avantages qu'il avait si laborieusement obtenus, voici que le corps de santé de la marine se trouve frappé à son tour. On annonce que M. le docteur Rochard, inspecteur général, ne sera point remplacé, et que, par mesure d'économie, une réduction de cadres et diverses mutations qui n'aboutiraient qu'à annihiler l'autorité et le prestige du conseil supérieur de santé, ont été brusquement décidées par le ministre de la marine. Il est triste de penser que les fautes des uns et l'inaction des autres rendent le Parlement de plus en plus indifférent à ces questions, qui intéressent à un si haut degré l'avenir du corps de santé de terre et de mer !

Nécrologie. — *La Enciclopedia*, revue mensuelle de la Havane, nous annonce la mort du docteur José Planellas Llanos, professeur de la Faculté des sciences et directeur du Jardin botanique, et du docteur Joaquim Barnet y Ruiz, professeur de l'Université et membre de l'Académie des sciences, mort à la suite d'un accident de laboratoire. Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur E. Habillon (de Blacie, Haute-Marne); du professeur Ed. Solly (de Sutton); du docteur F. Wulff (de Saint-Pétersbourg); du docteur Ch.-B. Cooper (de Liverpool); du docteur Thomas Pennington (de Liverpool); du docteur Frédéric Tickell Prince (de Londres)

Mortalité a Paris (16e semaine, du 18 au 24 avril 1886). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 5. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 16. — Coqueluche, 18. — Diphthérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 48. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 55. — Autres affections générales, 69. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 112. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 47; au sein et mixte, 21; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 98; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 72; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 18. — Total : 1102.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Éléments de pathologie, par M. Ed. Rindfleisch, traduit de l'allemand et annoté par M. le docteur J. Schmitt. 1 vol. in-8 de 400 pages. Paris. J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Manuel de technique des autopsies, par MM. Bourneville et Bricon. 1 vol. in-32 raisin de XII-240 pages, orné de 16 figures et de 5 plans. Paris, Librairie du Progrès médical. 2 fr. 50
— Cartonné. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5364. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Le microzyma et la doctrine parasitaire.

L'intervention de M. Pasteur dans le grand débat qui, depuis plusieurs séances, occupe l'Académie de médecine, a été, comme il était facile de le prévoir, aussi nette que décisive. Aux objections si précises de M. Cornil, M. Béchamp venait de répondre par une série d'allégations que nous avions déjà entendues pour la plupart mais qui ne s'appuyaient point, il faut le reconnaître, sur des faits positifs. M. Pasteur n'avait pu écouter cette argumentation sans traduire à diverses reprises, par ses interruptions, le sentiment à peu près unanime de ceux qui assistaient à la séance académique. Lorsqu'il s'est levé pour prendre la parole à son tour, chacun a compris qu'une conclusion définitive devait clore cette discussion et c'est avec un vrai soulagement que l'on a entendu et applaudi la parole si lucide et si sincère de l'illustre maître. La doctrine du microzyma ne s'appuie sur aucune expérience positive ; c'est de la fantaisie pure ; telle est l'affirmation que M. Pasteur oppose aux assertions de M. Béchamp et, pour bien montrer qu'il est prêt à prouver ce qu'il avance, M. Pasteur propose aussitôt — et l'Académie accepte par acclamation — la nomination d'une Commission devant laquelle M. Béchamp sera invité à reproduire une expérience quelconque prouvant la transformation des microzymas en bactéries. Mieux encore que les plus longs discours, les quelques mots de M. Pasteur auront eu pour résultat, nous n'en avions jamais douté, d'assurer la conviction de tous les esprits non prévenus et M. Béchamp s'honorera en acceptant la lutte courtoise qui lui est offerte sur le terrain scientifique. Il était juste, il était nécessaire de ne pas répondre par une fin de non-recevoir aux allégations d'un savant qui défend avec tant de conviction et de ténacité une doctrine qui peut paraître séduisante, mais qui doit s'appuyer sur des faits indéniables. Ces faits, M. Béchamp les invoque à l'appui de ses affirmations ; il s'est toujours déclaré en mesure d'en démontrer l'exactitude. A plusieurs reprises il s'est plaint des critiques qu'on lui adressait, soutenant que ses expé-

FEUILLETON

Lettres médicales.

La Société protectrice de l'Enfance. — L'Association générale. — Le projet d'assurances mutuelles en cas de maladie.

Je ne puis être que profondément touché, mon cher confrère, de l'insistance avec laquelle vous me demandez de reprendre, dans la *Gazette*, les lettres médicales auxquelles vous étiez habitué depuis tant d'années. Vous avez bien compris pourquoi et comment elles avaient été interrompues, et vous m'encouragez cependant à écrire de nouveau ces correspondances, dont le but, me dites-vous, doit être de vous tenir au courant d'un certain nombre de sujets difficiles à traiter dans nos Bulletins. Je ne vous dissimulerai point que je cède, sinon à regret, du moins avec quelque appréhension, aux bonnes raisons que vous voulez bien me donner. Le souvenir des lettres que vous adressait notre cher et regretté Dechambre, est encore si présent à la mémoire de tous ! Il est si difficile non pas d'égaler, mais même d'imiter la douce ironie, la bonhomie railleuse avec lesquelles il savait écarter de sa route les questions épineuses ou les résoudre en quelques mots pleins de tact et de bon sens ! Mais vous voulez bien ajouter, et je ne saurais le nier, que toutes ces lettres n'étaient pas de lui, et que, dans chacune d'elles, se trouvaient intercalés de longs passages dus à ses collaborateurs les plus aimés. Je reconnais donc que j'aurais mauvaise grâce à résister plus longtemps à des sollicitations dont j'apprécie la bienveillante indulgence, et je veux commencer cette première lettre — sauvons-nous par la charité — en vous recommandant une œuvre à laquelle M. Dechambre portait le plus vif intérêt et qu'il se proposait lui-même de soutenir et de défendre. Il me semblera, en vous parlant de la *Société protectrice de l'Enfance*, que j'écris encore, comme autrefois, sous l'inspiration de mon vénéré maître. Aussi bien eût-il, j'en ai l'assurance, applaudi de tout son cœur à cette *réclame* que je veux faire en faveur d'une So-

riences avaient été faites dans les conditions les plus rigoureuses, adjurant ses adversaires de les reproduire. On ne peut lire ses ouvrages ou écouter ses discours sans désirer vivement que la question du microzyma soit enfin résolue. Nous espérons donc qu'il sera aisé de s'entendre sur un programme expérimental acceptable et facile à réaliser. Le vœu que nous exprimons ici nous semble d'autant plus légitime que le jour où, en désaccord avec tous les physiologistes, Bouillaud proposa lui-même de reproduire à Alfort les observations sur lesquelles il fondait sa théorie des mouvements et des bruits du cœur, aucun rapport officiel ne rendit compte du résultat de cette enquête. On dira qu'il s'agissait alors d'un savant aussi illustre que respecté et d'une doctrine physiologique impossible à défendre. Il n'en est pas moins vrai que le public médical espère toujours voir sortir des discussions aussi vastes, aussi prolongées de conclusions précises. Or, en ce qui concerne la doctrine parasitaire, l'intérêt des conclusions qui en découlent est non seulement théorique, mais encore et surtout pratique. Il importe donc que l'on sache s'il faut croire que la plupart des maladies zymotiques proviennent de l'action exercée sur l'organisme par des germes venus du dehors ou si, au contraire, ces maladies naissent en nous, les microbes n'étant dus qu'à l'évolution de granulations qui font partie intégrante de l'organisme.

Aux granulations que les histologistes connaissent depuis longtemps, qu'ils ont distinguées en granulations graisseuses, minérales, pigmentaires, etc., M. Béchamp a cru, en effet, devoir ajouter une classe d'éléments auxquels il a donné le nom de *microzyma*. D'après lui ces éléments ont une vie propre; ils continuent à vivre après la mort des éléments qui les contenaient, ils sécrètent des zymases; ils évoluent en bactéries et peuvent par leur association et leur fusion donner naissance à toutes les formes de micro-organismes. La cellule, son protoplasma et son noyau, le globule sanguin, etc., ne sont qu'une agglomération de microzymas. L'être vivant est donc réductible au microzyma et porte en lui-même tous les éléments les plus essentiels de la vie, de la maladie et de la mort. L'action physiologique ou pathologique de ces éléments dépendrait exclusivement du terrain sur lequel ils évoluent et, de même que l'on arrive à atténuer le virus charbonneux ou le virus rabique, de même on arrivera à rendre typhique ou varioleux le microzyma, jusqu'alors indifférent, d'un individu placé dans de mauvaises conditions de réceptivité.

Telle nous paraît être, allégée de considérations chimiques ou philosophiques, toute la doctrine de M. Béchamp. Nous avons souvent dit qu'elle pouvait paraître séduisante et, en effet, elle ne tend à rien moins qu'à rendre compte de certains faits que la doctrine parasitaire n'a pu encore expliquer clairement. Si l'on admet que les organismes microscopiques dont on constate la présence dans les tissus morbides sont l'effet et non la cause de la maladie, on comprend la genèse en apparence spontanée du typhus des camps ou de la fièvre typhoïde; on explique la variabilité morphologique des microbes qui s'observent dans les diverses formes de la septicohémie; on concilie la doctrine des maladies virulentes conférant l'immunité à ceux qui ont été atteints avec celle des maladies parasitaires qui récidivent si souvent.

Mais sur quels faits positifs s'appuie cette doctrine et quels sont les faits que lui oppose la doctrine microbienne? Telle est la question que M. Cornil a si bien posée il y a huit jours, et que M. Pasteur a reprise mardi dernier. M. Béchamp affirme que les granulations qu'il désigne sous le nom de microzymas peuvent évoluer en bactéries alors qu'elles ont été recueillies à l'abri du contact de l'air. M. Cornil lui objecte que les expériences qu'il a faites sont insuffisantes et sans rigueur scientifique et M. Pasteur lui propose de les reproduire devant une commission académique et d'après un programme fixé à l'avance. Rien ne paraît plus simple ni plus juste. Si les expériences faites par M. Béchamp prouvent ce qu'il avance, il pourra convaincre ses confrères de l'Académie. Si une cause d'erreur lui a échappé, elle lui sera montrée. De toute façon il importe que la Commission académique soit mise à même de juger le point de départ de la discussion. Mais M. Béchamp va plus loin. Il nie la spécificité morphologique aussi bien que la spécificité fonctionnelle des microbes. Un même microzyma pourrait, d'après lui, donner naissance à toutes les formes anatomiques décrites dans tous les traités de micrographie. A cette assertion M. Cornil a répondu en termes qui ne laissaient rien à désirer. Il ne lui sera point difficile de montrer à M. Béchamp, que grâce aux progrès de la technique histologique, on peut aujourd'hui colorer, cultiver dans des milieux divers et par conséquent reconnaître toujours les diverses formes de schizomycètes que l'on a bien étudiées dans ces dernières années. Aussi est-on en droit d'espérer qu'après quelques heures de travaux contrôlés par des savants aussi expérimentés que sincères, cette longue discussion pourra enfin aboutir à un résultat vraiment utile.

---

ciété qui depuis vingt ans a déjà réalisé tant de bien. Je viens de parcourir les comptes rendus des dernières années et de relire les discours prononcés à chacune des séances annuelles par les hommes éminents appelés à l'honneur de les présider. On y retrouve non seulement la preuve de la marche progressivement ascendante de la Société, l'éloquent exposé des bienfaits qu'elle répand autour d'elle, mais encore et surtout l'influence moralisatrice qu'elle exerce. Fondée en 1865, reconnue comme établissement d'utilité publique en 1869, la Société protectrice de l'Enfance compte aujourd'hui plus de 3000 membres et secourait l'année dernière 1305 familles. C'est beaucoup, diront ceux qui ne considèrent que le capital (115064 fr. 30) dont elle peut disposer. C'est peu si l'on songe que 1558 familles méritantes ont dû être écartées l'année dernière. C'est peu surtout si l'on réfléchit aux efforts tentés depuis de si longues années avec un zèle et une activité admirables par le vénéré président de la Société, M. Marjolin. « S'il n'est pas donné à tous d'illustrer son nom, son pays, son siècle, par une de ces découvertes inespérées qui sont un bienfait pour l'humanité, il n'est interdit à personne de consacrer son existence au bien et au soulagement de toutes les misères », disait M. Marjolin en parlant de ses dévoués collaborateurs, les médecins de campagne. De lui-même on doit répéter qu'il a été non seulement le directeur et le bienfaiteur de la Société protectrice de l'Enfance, mais que cette œuvre est devenue sienne et que, sans son infatigable dévouement, les ressources, et par conséquent les bienfaits de la Société, seraient restés bien insuffisants. On ne saurait trop honorer ceux de nos confrères qui, à son exemple, se donnent tout entiers aux devoirs philanthropiques dont ils ont assumé la tâche, et puisqu'il faut conclure, je n'éprouve, cher confrère, aucun scrupule à vous rappeler qu'il suffit d'adresser 10 francs par an au secrétaire général de la Société, 4, rue des Beaux-Arts, pour devenir membre titulaire, et que les enfants âgés d'un jour à seize ans peuvent en devenir bienfaiteurs, moyennant un versement

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Bromure de potassium et calomel.

Lorsqu'on ajoute quelques gouttes d'une solution concentrée d'iodure de potassium sur du calomel, ce dernier corps devient vert, c'est-à-dire passe en grande partie à l'état de proto-iodure de mercure. Cette incompatibilité est très connue, et l'on se garde bien de faire rencontrer ces sels dans l'organisme.

Les mêmes précautions doivent être prises lorsqu'il s'agit du bromure de potassium.

La réaction entre le bromure et le calomel, pour être moins vive qu'avec l'iodure, n'en existe pas moins, et ces deux agents doivent être classés parmi les incompatibles.

Il ne viendra certainement pas à l'esprit d'un médecin de les prescrire ensemble; il mettra toujours un intervalle de cinq à six heures dans leur administration; mais il peut se présenter des cas, ceux de convulsions des jeunes enfants par exemple, où deux médecins soient appelés successivement, et où le premier ayant ordonné le calomel, l'autre viendrait à prescrire le bromure de potassium. On conçoit dès lors que d'assez sérieux accidents puissent être le résultat de cette médication. C'est pourquoi nous avons cru devoir rappeler ce petit point de pratique.

Pierre Vigier.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur le précepte de l'extraction ou de l'abandon des corps étrangers en chirurgie de guerre.

(Fin. — Voyez le numéro 18.)

A présent, nous allons étudier les faits.

Les *Mémoires* de l'Académie royale de chirurgie nous en fourniront d'abord quelques-uns.

Le Vacher relate l'observation d'un capitaine au régiment d'Enghien, le chevalier de la More, atteint d'une balle au-dessus du pubis. Quand Le Vacher fut consulté, huit mois après le moment de la blessure, qui, restée ouverte, avait provoqué des accidents constants, il constata de la douleur, du gonflement, de l'œdème dans la cuisse et la fesse droites. En pressant sur la cuisse, on faisait sortir du pus par un abcès au ventre. Le Vacher fit une incision à la fesse, et retira deux esquilles angulaires et la balle ; puis, par la plaie du ventre, des lambeaux de vêtements. Peu de temps après, le chevalier de la More, parfaitement guéri, rejoignit le quartier général, et de là son régiment.

Dans un mémoire de Boucher, on trouve l'exemple suivant : Un lieutenant du régiment de Hainaut fut blessé au pied d'un coup de fusil. La balle, enclavée dans le calcanéum, ne put être retirée. La plaie se ferma cependant au bout de cinq ou six mois; mais elle se rouvrit deux ans après pour donner issue à la balle, moyennant quoi le sujet a été complètement guéri.

Larrey, dans sa *Chronique chirurgicale*, nous présente aussi des faits très instructifs. A la bataille d'Eslingen, un soldat fut atteint d'une balle qui, traversant en les déchirant, la bouche et le pharynx, vint se loger dans l'espace des apophyses transverses des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Un traitement ordinaire fut institué d'abord, et les plaies extérieures arrivèrent à la cicatrisation. Cependant le blessé accusait de vives douleurs et présenta bientôt des accidents nerveux très inquiétants. Le danger imminent où se trouvait ce blessé décida Larrey à aller à la difficile recherche de la balle, qu'il eut le bonheur d'extraire. Le malade fut immédiatement soulagé et arriva à une guérison complète.

Un soldat fut atteint d'un coup de feu à la poitrine au combat de Moilow, en Russie. Le projectile resta dans l'intérieur du thorax. Revenu des premiers accidents, ce soldat traîna pendant quatre ans une existence misérable, dans un état continuel de souffrances et d'épuisement. Larrey reconnut la balle dans le fond de la cavité droite de la poitrine, et il put l'extraire par une incision extérieure et l'abrasion d'une côte. Après cette heureuse opération, le malade s'est parfaitement guéri et a longtemps joui d'une fort bonne santé.

Je prends un autre exemple dans la clinique de Dupuytren. Roquet (Jean), âgé de dix-neuf ans, fut blessé le 11 février 1814 par une balle qui vint frapper la partie supérieure et externe de la jambe gauche, et resta dans la plaie. Il y eut des accidents de diverses sortes jusqu'au 3 avril de la même année, date de l'entrée du blessé à l'Hôtel-Dieu. Dupuytren put saisir et extraire la balle, qui était aplatie sur un de ses côtés. A partir de ce moment les accidents inflammatoires se calmèrent, et consécutivement le malade guérit.

---

annuel de 3 francs. Pourquoi rougir de faire du prosélytisme en faveur d'une œuvre dont les besoins sont si grands et les résultats si utiles, alors surtout qu'on y est convié par un discours de M. Bergeron, et que M. Marjolin vous prie d'enrôler sous sa direction tous ceux qui ont pitié des enfants qui souffrent et qui meurent faute de soins?

Puisque j'ai commencé par vous convier à une bonne œuvre en vous parlant de la Société protectrice de l'Enfance, laissez-moi continuer en vous entretenant de l'Association générale des médecins de France, dont la réunion annuelle a été, vous le verrez par le compte rendu que nous donnons aux *Variétés*, plus brillante et plus encourageante que jamais. L'assemblée avait à enregistrer un vote qui ne faisait doute pour personne. C'est à la presque unanimité des voix que M. Roger a été réélu Président. Vous n'ignorez pas quelle a toujours été sa générosité envers l'Association. Vous savez qu'avec l'assistance du plus actif, du plus intègre et du plus dévoué des trésoriers, il a fait mieux encore qu'il n'était possible d'espérer. Vos applaudissements, cher confrère, ont donc prouvé, dimanche dernier, combien vous vous intéressiez à la prospérité de l'œuvre qu'il dirige.

Eh bien, c'est précisément parce que je songe souvent moi-même à l'avenir de cette grande et utile Société de secours mutuels qu'il m'est difficile de voir sans chagrin s'éparpiller les efforts de confrères fort bien intentionnés, j'en conviens, très aptes à faire réussir les entreprises qu'ils patronnent, je le reconnais aussi, mais essayant, à côté de l'Association générale, des œuvres qui auraient grand profit à se fondre avec elle. En parlant ainsi, je ne veux nullement combattre une entreprise dont le but est très louable ni surtout contrister un excellent confrère. Mais, en rendant justice à ses intentions, je lui soumettrai cependant quelques objections. Il s'agit, vous l'avez deviné, du projet d'assurance mutuelle en cas de maladie proposé par M. le docteur Gallet-Lagoguey et dont la plupart de nos confrères de la presse médicale vous ont déjà parlé. L'idée qui a guidé notre con-

Après ces observations de nos anciens, je vais en reproduire quelques-unes des chirurgiens contemporains.

S. Marks a donné ses soins à un officier qui avait été blessé en 1864 à la bataille de Wilverness. Une balle l'avait frappé en pleine poitrine. A l'ambulance on crut à une plaie par balle morte. Les douleurs étaient cependant fort vives, les troubles respiratoires très marqués. Au quatrième jour, issue d'une grande quantité de pus; puis soulagement progressif. Depuis lors un écoulement a persisté. En 1870, Marks fut consulté et reconnut, à l'aide du stylet en porcelaine, par la fistule osseuse, la présence de la balle en arrière du sternum. Pour extraire le projectile, il fallut trépaner l'os. Par ce moyen la guérison complète fut obtenue.

Un homme de trente et un ans reçoit un coup de revolver dans l'oreille droite; le projectile, de 6 millimètres, demeure dans le rocher. Quatre mois et demi après, il consulte M. Terrillon, qui constate à l'entrée du conduit auditif une fistule osseuse par laquelle s'écoule constamment du pus séreux et fétide. M. Terrillon reconnaît la présence du projectile et il en fait l'extraction au moyen de la trépanation du rocher. La guérison fut entière.

Voici une autre observation, quelque peu différente des précédentes, mais très instructive aussi. Hollevort rapporte qu'il a donné ses soins à un homme atteint d'un coup de feu à la face externe du bras gauche. La balle avait broyé l'os produisant une fracture oblique à deux larges esquilles, et était ressortie à la même hauteur par la face interne. On fit un pansement phéniqué, puis on appliqua un appareil plâtré. Au début il n'y eut pas d'accidents, et au bout de quatre semaines le col commença à s'ossifier. Tout à coup le blessé fut pris du tétanos et il succomba en dix-huit jours. A l'autopsie, on trouva sur le nerf médian, au niveau du trajet de la balle, une parcelle de plomb aplatie et à bords tranchants; le nerf était fortement congestionné au-dessus et au-dessous de ce point.

Voici un exemple qui me paraît bien démonstratif. Il est dû au chirurgien russe Szydlowki. Je le trouve dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*. Je transcris : « La blessure date du 17 septembre 1855 (premier assaut de Kars); la balle avait pénétré entre la troisième et la quatrième côte gauche, au ras du sternum, et était allée se perdre dans la région axillaire droite. L'exploration ne permit pas de la retrouver; on la crut sortie, quoique le blessé ait présenté des phénomènes de pneumonie traumatique. Vingt ans après, le malade commença à souffrir de crises douloureuses assez analogues à l'angor pectoris, qui durèrent plusieurs années et purent être observées par l'auteur. Ces crises, dont la description est navrante, étaient dues sans doute à la compression des faisceaux nerveux de l'aisselle. Une palpation attentive fit reconnaître au-dessous du grand pectoral une masse confuse, allongée, très résistante, qui fut soupçonnée contenir le projectile. Une opération très simple permit d'enlever au bout de vingt-huit ans la balle encastrée dans l'os comme un diamant dans sa monture. »

Ainsi, pendant vingt ans la balle abandonnée se laisse oublier dans le trou qu'elle s'était creusé; on devait la croire endormie pour toujours, quand tout à coup elle révèle sa présence par l'explosion de crises douloureuses dont la description seule est navrante.

Je ne résiste pas au désir de raconter encore un fait, non pas tant, peut-être, à cause de l'intérêt qu'il présente, que parce qu'il s'agit d'un patient pour lequel, comme disait le bon chirurgien Roux, je professe la plus indulgente bienveillance. Un collégien de onze ans se blesse à la paume de la main droite avec un morceau de verre de vitre. Vif admirateur des Spartiates, dont il étudiait l'histoire, il cherche à imiter ses héros en ne se plaignant à personne de l'accident qui lui est arrivé, en dérobant sa blessure à toutes les investigations. La plaie se ferme et pendant six années il mène la vie de collège, un peu gêné par les suites du mal qu'il s'était fait, et ressentant très vivement la douleur d'une piqûre interne lorsqu'il appuyait sur la cicatrice que conservait sa main. Obligé d'abandonner les exercices de gymnastique, si chers à ses modèles de l'antiquité, à cause de la violente souffrance que ressentait cette main quand elle embrassait le bâton d'un trapèze ou la corde d'une suspension, il se décida à parler de son ancienne aventure. Le chirurgien consulté, son oncle, a laissé le souvenir d'un admirable praticien et d'un opérateur hors ligne, de la grande école lyonnaise, c'était Gensoul. Le corps étranger fut reconnu, l'extraction fut décidée et exécutée séance tenante. Il fallut pour cela étendre une assez belle et assez profonde incision dans la paume de la main, trop riche en filets nerveux, et manœuvrer quelque peu avec l'acier dans cette sensible région. Bonne occasion pour évoquer les souvenirs des Spartiates, car le chloroforme était alors bien inconnu.

Néanmoins la pince triomphante amena bientôt un petit éclat de vitre, qui, enlevé plus tôt, n'aurait pas provoqué pendant six ans une gêne constante et des souffrances in-

---

frère est excellente. Assurer, en cas de maladie, une rémunération au travailleur, lui garantir durant toute une année, s'il est atteint de maladie chronique, une pension honorable, c'est lui rendre un réel service. Les Sociétés de secours mutuel ont fait leur preuve à cet égard, et c'est après avoir longuement et sérieusement étudié leurs statuts que M. le docteur Gallet-Lagoguey a établi les bases du projet que la Société médicale du Xe arrondissement a adopté. Il s'agit donc d'assurer à tout médecin atteint d'une affection aiguë ou chronique, professionnelle ou résultant d'un accident quelconque, une somme de 10 francs par jour. Pour faire partie de l'Association et avoir droit à cette subvention, il faudra adhérer aux statuts que nous avons sous les yeux, être admis par un comité spécial et verser une cotisation mensuelle de 10 francs. Or, je n'hésite pas à le déclarer, malgré les bonnes intentions des promoteurs de cette œuvre, j'hésite à croire qu'elle puisse recueillir un nombre d'adhérents bien considérable. Et tout d'abord il ne s'agit nullement d'une assurance contre les accidents. C'est une Société de secours mutuels que l'on veut fonder. Or, pour entrer dans la Société, il faudra (art. 8) signer une déclaration attestant qu'on n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité et, *ensuite*, subir l'examen d'une commission médicale, c'est-à-dire se soumettre à une formalité qui n'est exigée par aucune Compagnie d'assurance contre les accidents. Je ne dis pas que la visite médicale préalable ne soit pas utile. Je crois même que les Compagnies d'assurances contre les accidents feraient très bien, dans leur intérêt, de l'exiger; mais je crains que dans une société de secours mutuels entre médecins, cette visite préalable faite par un conseil de santé ne soit l'occasion de bien des désagréments. Les membres de l'Association devront, en outre, verser leur cotisation mensuelle avant le 10 de chaque mois, faute de quoi ils seront soumis à une amende de 2 francs pour chaque cotisation versée en retard (art. 2, 3). S'ils ont négligé de payer leur cotisation pendant trois mois, ils seront rayés de l'Association (art. 12),

termittentes, n'aurait pas nécessité enfin une délicate et très douloureuse opération.

Je me borne volontairement, et non que la matière soit épuisée, à ce petit nombre d'observations, qui me semble suffisant.

Aujourd'hui même j'en trouverais à côté de moi dans le service de mon collègue et ami Chauvel. Deux officiers blessés au Tonkin pourraient présenter les balles, causes de constantes inquiétudes et de longues souffrances, que Chauvel est allé chercher au milieu des os de la face dans lesquels elles étaient demeurées. Je pourrais emprunter au mémoire bien connu de Hutin, porté et discuté à l'Académie de médecine en 1852, 104 observations de blessés chez lesquels des accidents consécutifs furent causés par la présence de corps étrangers dans des plaies cicatrisées et après un temps de séjour allant de deux mois jusqu'à quarante-deux ans. Gimelle, rapporteur de ce mémoire, disait : « S'il existe douze invalides qui portent encore les projectiles dont ils ont été atteints, M. Hutin en citerait plus de deux cents chez lesquels ces corps étrangers ont produit des accidents graves et quelquefois des mutilations qu'on aurait pu éviter en les enlevant dans un temps plus opportun. »

Arrivé ainsi au terme de mon étude, je dois chercher les enseignements qu'elle a fournis.

Les grandes données chirurgicales rappellent, indiquent aux praticiens que la présence des corps étrangers est très généralement fâcheuse, pernicieuse pour les tissus qui les renferment. Les chirurgiens célèbres, ceux qui font autorité, jusqu'à nos jours, ont été les partisans résolus de l'exploration des plaies par armes à feu et de l'extraction des projectiles. Un très grand nombre de faits ayant le caractère de ceux qu'on appelle positifs, je n'insiste pas sur leur profonde différence avec les faits négatifs, un très grand nombre de faits, dis-je, démontrent les accidents qui résultent du contact avec les tissus des projectiles abandonnés dans les blessures, accidents immédiats ou à éclosion plus ou moins éloignée, et nous démontrent aussi que le soulagement, la guérison, sont obtenus par leur extraction.

J'estime donc que la doctrine de l'abstention est erronée, que son application grosse de menaces serait funeste à un grand nombre de blessés, et préparerait de bien durs mécomptes aux honnêtes chirurgiens qu'elle aurait su séduire.

Dois-je rappeler les arguments invoqués en faveur de l'abandon des projectiles dans les blessures? La douleur de l'exploration. — Eh ! mon Dieu, ce n'est pas aux chirurgiens qu'il faut apprendre que la douleur n'est un mal que si elle est inutile, et que trop souvent le soulagement, la guérison durable s'achètent au prix d'une souffrance momentanée. Un seul argument est nouveau, c'est le contage possible de la plaie par le doigt explorateur. Eh bien, cela, c'est affaire de propreté. Tant qu'il y aura de l'eau pour laver les blessures, il y en aura aussi pour laver les doigts des chirurgiens; tant qu'il y aura des antiseptiques pour appliquer sur les plaies, il y en aura aussi pour asepsier les mains des chirurgiens. Et puis que de plaies se sont guéries malgré les microbes ambiants, et que d'autres se sont rouvertes sur la balle qu'elles tenaient renfermée. Il y a autre chose dans la pratique chirurgicale que l'antisepsie pure. N'oublions pas les immenses services qu'elle a rendus et qu'elle rend tous les jours, mais ne nous laissons pas aller à croire que dans la pathologie des blessures il n'y ait pas d'autres facteurs que la présence des microbes. Ne demandons à l'antisepsie que ce qu'elle peut donner; agir autrement serait déconsidérer cette précieuse méthode.

La conviction raisonnée que l'étude de la pathologie, des auteurs, des faits et des exemples a amenée dans mon esprit sera-t-elle partagée par les esprits des autres, surtout des jeunes chirurgiens de l'armée? Je le désire, sans ambition, mais par honnêteté, pour le salut de nos blessés et aussi pour l'honneur, le bon renom de la chère médecine militaire de notre pays.

Je redoute dans l'idée nouvelle la séduction d'une pratique facile, débarrassée des recherches anxieuses du diagnostic, de la nécessité d'une décision éclairée, et des difficultés des manœuvres opératoires, pratique qu'on croira justifiée par les grands noms qui la patronnent.

Aujourd'hui n'est-on pas en droit de craindre que la doctrine de l'abstention ne serve d'excuse à la paresse de quelques-uns, à l'ignorance de quelques autres. Percy, notre grand maître, a dit la chose en termes bien précis, à ceux qui présentaient les raisons spécieuses de leur retenue devant une plaie ouverte : « Ces motifs dont j'ai tant vu de chirurgiens colorer leur pusillanimité méritent d'être pesés à la balance de l'expérience et de la raison. Aucun ne peut excuser l'homme qui se rebute trop légèrement; aucun ne peut justifier celui qui ne sait jamais s'arrêter... (p. 76), temporisateurs indécis qui ne savent rien oser, et dont les ménagements coûtent quelquefois si cher aux blessés » (p. 249).

Je redoute un engouement emporté pour la méthode antiseptique, inspirant une confiance aveugle, un mépris en-

---

à moins qu'ils n'obtiennent un sursis qui ne pourra jamais excéder trois mois. Encore ce retard dans le payement de la cotisation entraîne-t-il (art. 13) la suppression immédiate de l'indemnité en cas de maladie.

J'avoue, cher confrère, que la lecture de ces articles m'a singulièrement refroidi. Quels que puissent être les adoucissements apportés à ce règlement, surtout en ce qui concerne le mode de perception des cotisations, je dois déclarer que je considère les prescriptions du règlement comme singulièrement dures. A qui peut et doit profiter une association de ce genre? Evidemment aux médecins relativement pauvres, à ceux qui ont besoin, *pour vivre*, de cette somme de 10 fr. par jour de maladie, c'est-à-dire (art. 28) en cas d'*incapacité absolue* d'exercer leur profession. Un médecin tant soit peu fortuné hésiterait avant de réclamer à l'Association une somme aussi minime, alors surtout que, pour l'obtenir, il lui faudrait déclarer par écrit la nature de la maladie dont il est atteint, et, après cette déclaration, se soumettre à la visite, par conséquent au contrôle d'une commission médicale choisie parmi ses confrères. Il s'agit donc d'un médecin — il en est encore malheureusement, même à Paris — à qui une subvention journalière de 10 francs deviendra nécessaire. Mais ce médecin sera-t-il dès lors en état de verser tous les mois à la caisse de l'Association une somme de 10 francs? Et, s'il le peut, sera-t-il en mesure d'attendre dix ou quinze jours, s'il tombe malade, avant de rien toucher. Enfin, s'il est infirme, s'il n'a pour vivre que la maigre allocation que lui fait la Société, devra-t-il prélever chaque mois un jour de solde pour payer sa cotisation ?

Toutes ces objections me font craindre pour le succès de cette œuvre. Aussi j'en reviens à ce que je vous disais tout à l'heure. Pourquoi ne pas demander à l'Association générale ce que l'on cherche à obtenir par une Société de secours mutuels? On répondra sans doute que l'Association générale donne un secours, et que la Société de secours mutuels, en cas de maladie, fournit une subvention qui est *de droit;* que

tété de tout ce qui n'est pas elle, la conviction radicale qu'elle doit suffire à tout et que hors d'elle il n'y a que choses négligeables.

Est-ce à dire qu'il faille toujours, partout, quelle que soit la région qu'ils occupent, quel que soit leur volume, rechercher, poursuivre, et coûte que coûte extraire les projectiles des blessures qu'ils ont faites? Personne ne me fera l'injure de croire que je puisse donner un semblable conseil.

Je termine par une phrase que j'emprunte, à M. Legouest et où je trouve la meilleure et plus précise formule de ma pensée: « Il y a tout autant d'imprudence à vouloir retirer toujours et à tout prix les corps étrangers qu'à les abandonner de propos délibéré sans tenter de les extraire. »

SERVIER.

Professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médiale.

DE LA FIÈVRE HYSTÉRIQUE, communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 23 avril 1886, par M. le docteur M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Dans une communication faite au mois de février 1885, j'avais l'honneur d'attirer l'attention de la Société sur un exemple de fièvre hystérique. Depuis cette époque j'ai toujours observé chez la même malade, presque toutes les semaines, des élévations de température brusques et considérables qui paraissent ne devoir reconnaître d'autre cause que sa névrose. En outre, pendant les mois de novembre, décembre et janvier, il s'est produit une fièvre continue également d'origine nerveuse, qui mérite d'être signalée à cause des hautes températures constatées.

Au commencement du mois de novembre notre malade présenta tous les jours, matin et soir, une température de 39°,5; au mois de décembre cette température s'élevait à 40 degrés et atteignait 41 degrés le 24 décembre, puis dépassait ce chiffre. — Je reproduis ici les chiffres de températures axillaires observées à partir du 17 janvier :

17	janvier.	Matin,	41°,2.	—	Soir,	41°,2.
18	—	—	41°,3.	—	—	41°,3.
19	—	—	41°,2.	—	—	41°,4.
20	—	—	41°,3.	—	—	41°,3.
21	—	—	41°,3.	—	—	41°,3.
22	—	—	41°,3.	—	—	41°,3.
23	—	—	41°,3.	—	—	41°,4.
24	Janvier.	Matin.	41°,3.	—	—	41°,4.
25	—	—	39°,8.	—	—	39°,5.
26	—	—	38°,7.	—	—	38°,5.
27	—	—	38°,8.	—	—	38°,0.
28	—	—	38°,8.	—	—	37°,5.
29	—	—	37°,4.	—	—	37°,4.
30	—	—	37°,5.	—	—	37°,5.

Cette fièvre hystérique a été remarquable par son type, par sa longue durée, par son intensité.

La fièvre était à peu près le matin ce qu'elle était le soir, il n'y avait pas d'exacerbation vespérale, du moins elle était à peine sensible, contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des affections fébriles.

Ces accidents ont duré trois mois et n'ont été accompagnés d'aucun trouble d'aucun appareil, ni de l'appareil digestif (la malade a continué à se nourrir de lait, sa nourriture ordinaire), ni d'aucun organe, mais tous les soirs, vers sept heures, survenaient de grandes attaques de nerfs qui se prolongeaient sans interruption jusque vers une heure du matin.

En dehors d'une sensation de vive chaleur, il n'y avait d'autre souffrance accusée qu'un sentiment continuel de brisement, de courbature des membres.

Lorsque la guérison est survenue, elle a été pour ainsi dire instantanée, sans aucune convalescence, l'amaigrissement et la perte des forces étant très peu prononcés, si on les compare à ce que nous observons dans les diverses affections fébriles, et cependant, pendant un mois, la température avait dépassé 41 degrés. Ceci tendrait à démontrer que l'hyperthermie ne constitue pas un aussi grand danger que bien des médecins le soutiennent, et que, si elle est si redoutée dans les fièvres, c'est qu'elle n'existe pas seule, mais se produit chez des sujets dont les humeurs sont profondément altérées. Je sais bien que, suivant l'habitude, on nous objectera qu'il s'agit ici d'une hystérique. Mais c'est justement pour cela que notre observation est plus intéressante puisqu'elle portait sur une malade qui n'avait aucune altération d'organe. Les viscères d'une hystérique ne doivent pas être plus résistants que les organes des autres malades.

Le contraire serait aussi peu soutenable que d'affirmer que la peau d'une hystérique résiste à des actions thermiques qui amèneraient des cautérisations chez d'autres sujets. Pour notre compte, plus nous avançons dans l'étude de l'hystérie, plus nous sommes convaincu que cette névrose ne confère aucune immunité.

Le fait que nous rapportons nous a paru intéressant :

1° Parce que c'est un nouvel exemple de fièvre hystérique ;

2° Parce qu'il montre que dans la fièvre hystérique des températures très élevées peuvent être observées pendant

---

l'on peut sans rougir accepter cette subvention alors qu'il est pénible de demander un secours, etc., etc. Je l'ai entendu dire; mais je ne veux pas l'admettre. Un médecin honnête ne doit pas rougir, s'il est pauvre, de recevoir un secours de ses confrères. D'ailleurs j'ai peine à croire qu'une subvention de 10 francs, payable après dix jours de maladie, soit considérée par un médecin comme suffisante pour le faire vivre lui et sa famille. Je crois donc qu'il reculera dès lors devant les difficultés et les ennuis qu'exigera la constatation officielle de la maladie, et que de plus, espérant bien ne jamais être sérieusement malade, il ne s'assurera pas, en cas de maladie. Je me résume donc en exprimant un simple doute. Je crains que, malgré ses excellentes intentions, son désintéressement et son dévouement absolu, notre excellent confrère, M. Gallet-Lagoguey, ne se fasse des illusions sur le nombre des adhérents dont il pourra obtenir l'appui et le concours. Je crains que l'Association qu'il veut fonder ne puisse vivre sans éprouver bien des déboires. Ne vaut-il pas mieux le dire tout de suite au lieu de se contenter d'enregistrer les statuts de l'Association et de protester de ses sentiments d'estime pour un confrère honorable et plein de bonnes intentions? Si je me suis trompé, si l'Association prospère, je m'engage à en faire partie, à la condition de ne jamais avoir besoin de faire appel à sa caisse. Mais je persiste à recommander la caisse des retraites de l'Association générale au bon vouloir et à la charité de tous ceux qui pensent quelquefois à leurs confrères malades ou infirmes. En attendant qu'ils puissent être largement subventionnés, sachons faire en sorte qu'ils ne meurent pas de faim!

longtemps sans qu'elles occasionnent d'altération viscérale grave;

3° Parce qu'il prouve que l'hyperthermie ne suffit probablement pas seule à produire les altérations d'organes constatées chez les fiévreux, car la brusquerie de la convalescence chez notre malade semble exclure toute idée d'altération viscérale profonde.

Pathologie externe.

Note sur le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée et la compression, par le docteur Edmond Wickham, ancien aide d'anatomie de la Faculté.

Le lavage iodé de la tunique vaginale pratiqué à la suite de la ponction de l'hydrocèle donne lieu généralement à une réaction inflammatoire violente. « Vingt-quatre heures après l'opération, dit le professeur Duplay dans son *Traité de pathologie externe*, on voit survenir un gonflement plus ou moins considérable du scrotum avec rougeur et œdème de la peau; ce gonflement, dû en grande partie à la sécrétion de la vaginale enflammée par l'injection, après avoir augmenté pendant deux ou trois jours, se résorbe peu à peu et a complètement disparu en général du quinzième au vingtième jour après la ponction. » Curling admet que le plus souvent la résorption complète a lieu au bout de trois semaines; mais, lorsque l'inflammation a été plus intense qu'à l'ordinaire, la guérison, suivant lui, ne survient qu'au bout de deux ou trois mois. Cette différence dans le temps écoulé entre l'opération et la guérison tiendrait plus à l'individu qu'au liquide injecté : on serait donc exposé à de grandes déceptions, d'après le chirurgien anglais, en se servant du manuel opératoire classique.

D'autre part, dans le cas d'hydrocèle double, où le chirurgien a fait une double ponction et un double lavage, la résorption est toujours lente. Chez les vieillards il en est de même, puisque dans les cas heureux cinq semaines s'écoulent avant la guérison.

Chez les enfants, le gonflement inflammatoire se résout assez rapidement, mais il s'accompagne souvent de douleurs vives et de symptômes fébriles.

Dans un mémoire lu à la Société de chirurgie en 1870, le docteur Horteloup a démontré que la compression des bourses faite après l'injection iodée empêchait le développement exagéré de l'inflammation et hâtait la guérison de l'hydrocèle. Peu de temps après cette lecture, M. Horteloup était nommé membre titulaire; le mémoire resta entre les mains du rapporteur et ne fut jamais publié. Pendant nos deux années d'internat à l'hôpital du Midi, nous avons souvent mis en usage cette méthode thérapeutique et nous en avons constaté par nous-même les heureux effets; nous croyons donc combler une véritable lacune en donnant la description du manuel opératoire suivi par le docteur Horteloup et en faisant ressortir les avantages que l'on peut tirer de la compression.

La ponction et l'injection iodées sont faites suivant les règles classiques : M. Horteloup se sert d'une solution de teinture d'iode iodurée et d'eau mélangées en parties égales; le liquide injecté est maintenu dans la vaginale pendant six ou sept minutes environ. Un point sur lequel nous devons insister, c'est sur la profondeur à laquelle on enfoncera toujours la canule du trocart: le bec de la canule sera mis en rapport avec la portion testiculaire de la vaginale. En effet, la séreuse, en se vidant, se rétracte et s'éloigne quelquefois beaucoup du scrotum. Lorsqu'on retire la canule du trocart, après avoir fait l'injection iodée, la surface de l'instrument se trouve divisée en trois zones : une zone extérieure qui a la coloration d'un trocart propre, une zone intérieure qui est noircie par l'iode et enfin une zone intermédiaire, qui est ternie, parce qu'elle répond à l'espace compris entre la peau et la séreuse : cette dernière zone est assez étendue, ce qui explique la possibilité de l'irruption du liquide injecté en dehors de la vaginale lorsque l'instrument n'a pas pénétré suffisamment dans la cavité séreuse. M. Horteloup recommande aussi de bien exprimer la séreuse avant de retirer la canule; sans ces précautions, le liquide irritant pourrait fuser en dehors de la vaginale, et par suite serait susceptible de causer la gangrène du tissu cellulaire et la mortification de toutes les enveloppes du testicule; ces complications post-opératoires, toutefois sont beaucoup moins à redouter grâce à la compression.

L'injection une fois terminée, on applique deux couches de coton de forme rectangulaire, percées vers l'un de leurs bords d'un orifice destiné à laisser passer la verge et assez étendues pour couvrir la région sus-pubienne, le scrotum, ainsi que le périnée antérieur. Un suspensoir ordinaire avec sous-cuisses maintient le coton contre les bourses qui se trouvent ainsi complètement englobées. Cependant le suspensoir ordinaire sera avantageusement remplacé par le suspensoir Horand. Ce dernier est triangulaire et légèrement concave. L'orifice réservé au passage de la verge est situé à peu de distance de la base du triangle, à chaque extrémité de laquelle est attaché un large lacet concourant à la formation de la ceinture. Au sommet sont fixés deux autres lacets de largeur moindre, qui sont les sous-cuisses. Les bords latéraux du triangle sont échancrés vers leur partie moyenne sur une profondeur de deux à trois centimètres; les extrémités réciproques de ces deux échancrures sont reliées l'une à l'autre par des cordons qui permettent d'adapter le suspensoir à la conformation individuelle. Le bord supérieur ou base mesure 22 centimètres; les bords latéraux (échancrures ouvertes), chacun 17 centimètres; la courbe médiane (suspensoir fermé), 24 centimètres. Avec ce suspensoir les bourses sont très bien relevées contre les anneaux inguinaux externes.

Trois nouvelles couches de coton de même forme que les deux premières sont appliquées par-dessus le suspensoir; puis on recouvre l'ouate de trois doubles de tarlatane ordinaire, rectangulaires et percés d'un orifice près de l'un des bords. Tout cet appareil est destiné à protéger les bourses contre la compression énergique qui sera établie au moyen de bandes en tarlatane de 7 centimètres de large environ; on fera un double spica, en ayant soin de disposer le trajet des bandes de telle sorte que dans leur ensemble elles constituent un véritable suspensoir. Pendant que le chirurgien appliquera les tours de bande, un aide enduira de silicate leurs portions sus-pubiennes et scrotales.

On aura soin d'enlever avec de l'eau chaude le silicate qui aura jailli sur la peau du malade, puis quelques heures après on incisera l'appareil dans toute son épaisseur sur une étendue de 2 centimètres environ au niveau de la face dorsale de la verge. Nous avons remarqué en effet que sans cet évidement la verge s'œdématie par suite de la constriction opérée par le bandage.

En résumé le bandage compressif scrotal de M. Horteloup est analogue au bandage compressif du genou qui donne de si beaux résultats dans le cas d'hydarthrose.

Les suites ont constamment été des plus simples; jamais les malades ne se plaignent d'aucune douleur, jamais ils ne présentent de symptômes fébriles, ni même de malaise. Le huitième ou le neuvième jour l'appareil est enlevé : la tunique vaginale ne présente pas d'engorgement; le testicule est facilement isolable de l'épididyme, le scrotum est ridé et revenu sur lui-même.

Pendant le traitement les malades ne sont empêchés ni de se lever ni de marcher.

M. Horteloup a pu suivre plusieurs années quelques-uns de ses opérés; il n'a pas constaté chez eux de récidive. Sans

prétendre que la récidive soit impossible, on peut dire que la compression ne la favorise pas.

Assurément le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée et la compression ne constitue pas un moyen thérapeutique nouveau; mais il faut reconnaître que, par suite des procédés de compression employés, la méthode n'a pas fait fortune.

Dans le cours de plusieurs discussions qui eurent lieu à l'Académie de médecine en 1854, à propos de la cure de l'orchite aiguë par l'emploi du collodion, Ricord, Velpeau et d'autres chirurgiens déclarèrent qu'ils avaient fait usage du même procédé après avoir injecté avec de la teinture d'iode des hydrocèles préalablement ponctionnées et que le suspensoir en collodion n'avait pas donné entre leurs mains d'excellents résultats. D'après eux c'est un bandage compressif infidèle, incapable de prévenir le développement de l'engorgement et de hâter la guérison. Il présente de plus d'autres graves inconvénients : son application est douloureuse pendant une heure au moins; dans un cas cité par le professeur Richet, la douleur fut atroce et on eut des difficultés inouïes à enlever le collodion.

La compression ne peut être faite ni méthodiquement, ni uniformément, aussi l'appareil devient-il assez facilement intolérable. Ricord a constaté presque chaque fois une vésication généralisée ou partielle du scrotum. Velpeau a observé plusieurs cas d'inflammation eczémateuse accompagnée de phénomènes douloureux très intenses; ce dernier chirurgien rapporte que chez un malade il dut enlever le pansement compressif une heure après son application, la verge étant tuméfiée et la gangrène de cet organe devenant imminente.

Avec le sparadrap la plupart de ces accidents ne sont pas à craindre : on fait un suspensoir compressif avec des bandes de diachylon en suivant les préceptes de White, ce qui constituerait un excellent bandage s'il était possible de le maintenir tel qu'on l'a appliqué. Mais la compression devient rapidement inégale, et par suite douloureuse.

Le docteur de Saint-Germain, dans son savant article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1874), ne signale que ces deux procédés de compression; et bien qu'il reconnaisse que par l'un d'eux « la durée du traitement est abrégée à cause de la moindre abondance de l'épanchement plastique », il n'en recommande pas l'emploi; les inconvénients nombreux qu'ils présentent sont évidemment plus graves que ceux qu'ils sont destinés à prévenir. Le bandage compressif de M. Horteloup a donc réalisé un véritable progrès. Nous pourrions multiplier nos observations pour démontrer à quel point la compression change la marche de l'hydrocèle traitée par l'injection iodée, mais ayant eu la bonne fortune de suivre récemment quatre malades dont l'histoire ne saurait rentrer dans celle des cas favorables, nous croyons inutile de relater d'autres faits; nous rapporterons cependant une cinquième observation très intéressante dont M. Horteloup a bien voulu nous communiquer le résumé.

Obs. I. (communiquée par mon collègue et ami Delagenière). — X..., trente-quatre ans, entre à la maison Dubois, service du docteur Horteloup, le 3 février 1886, pour une double hydrocèle dont le début remonte à un an environ. Le scrotum présente dans son ensemble le volume de deux poings. De l'anneau inguinal à la partie déclive des bourses on constate à droite une longueur de 11 centimètres et demie, à gauche une longueur de 13 centimètres. Le diamètre transversal du scrotum est de 13 centimètres; le diamètre antéro-postérieur est à droite de 7 centimètres et à gauche de 8 centimètres; la circonférence maxima des bourses est 36 centimètres.

Le malade est opéré de ses deux hydrocèles, le 4 février; à cause de sa pusillanimité, l'opération est faite sous le chloroforme.

Le 5 février, on constate des symptômes d'embarras gastrique dus à l'anesthésie; le malade se plaignant d'une légère douleur au niveau de la face dorsale de la verge, on pratique une échancrure à cet endroit de l'appareil, ce qui amène une suppression immédiate des phénomènes douloureux.

Le 14 février, on enlève le bandage compressif. Les bourses sont pendantes et dépassent notablement les testicules. On n'observe pas d'inflammation. Le testicule droit présente son volume normal, mais on constate un petit noyau au niveau de la queue de l'épididyme. Le testicule gauche est volumineux et dur; l'épididyme le déborde dans tous les sens.

Obs. II. — X..., soixante-dix ans, entre à la maison Dubois, service de M. le docteur Horteloup, le 23 mars 1886. Il n'a eu ni syphilis ni orchite. Double hydrocèle. Hydrocèle gauche, début décembre 1885. Diamètre vertical de la tumeur, 13 centimètres; diamètre antéro-postérieur, 8 centimètres; circonférence maxima, 25 centimètres. Hydrocèle droite, de volume moindre; début un mois.

Le malade est opéré le 24 mars. On retire par la ponction : à gauche, 210 centimètres cubes d'un liquide transparent et citrin; à droite, 40 centimètres cubes d'un liquide sanguinolent.

Le 26 mars, on ne constate ni fièvre ni douleur.

Le 2 avril, on enlève l'appareil. Le testicule avec la vaginale présente à gauche le volume d'un œuf de poule, à droite celui d'un œuf de pigeon. A gauche, le diamètre vertical de la tumeur est de 7 centimètres et demie, l'antéro-postérieur de 7 centimètres, et la circonférence maxima de 19 centimètres.

Obs. III. — X..., soixante-sept ans, entre à la maison Dubois, service du docteur Horteloup, le 25 mars 1886 pour une hydrocèle double. Le malade n'a eu ni syphilis, ni orchite; il aurait eu la blennorrhagie en 1846.

Le début de l'épanchement vaginal remonte du côté droit à deux ans, et du côté gauche à six mois.

Dimensions de l'hydrocèle droite : diamètre vertical, 15 centimètres; diamètre transversal, 10 centimètres; circonférence maxima, 29 centimètres.

Dimensions de l'hydrocèle gauche : diamètre vertical, 10 centimètres; diamètre transversal, 8 centimètres; la circonférence maxima ne peut être prise par suite du volume de l'hydrocèle droite.

La verge disparaît à la partie supérieure des bourses.

Le malade est opéré le 26 mars. Par la ponction on retire à droite 475 centimètres cubes d'un liquide transparent et citrin, et à gauche 125 centimètres cubes d'un liquide louche. On injecte 100 grammes de solution iodée à droite et 60 grammes à gauche.

La ponction une fois faite, on constate une diminution de volume du testicule droit avec augmentation de volume de l'épididyme; à gauche, l'épididyme est plus volumineux que normalement.

Le 3 avril, on enlève l'appareil; le malade n'a présenté ni fièvre, ni douleur. Les bourses ne sont pas douloureuses à la pression.

Dimensions de la tumeur droite : diamètre vertical, 11 centimètres; diamètre transversal, 7 centimètres.

Dimensions de la tumeur gauche : diamètre vertical, 7 centimètres; diamètre transversal, 5 centimètres et demi.

Obs. IV. — X..., soixante-seize ans, entre le 2 avril 1886 à la maison Dubois, service du docteur Horteloup, pour une hydrocèle unilatérale dont le début remonterait à quatre mois. Le malade n'a eu ni syphilis, ni orchite.

Dimensions de l'hydrocèle droite : diamètre vertical, 14 centimètres; diamètre antéro-postérieur, 9 centimètres; circonférence maxima, 22 centimètres.

Le malade est opéré le 3 avril; on retire par la ponction 220 centimètres cubes d'un liquide citron et transparent. On injecte 90 grammes de solution iodée. Après la ponction nous constatons que le testicule est légèrement atrophié.

On lève l'appareil le 10 avril; le malade n'a nullement été incommodé par le port du bandage; il s'est levé et a marché sans douleur. On n'a observé aucun symptôme fébrile.

Dimensions de la tumeur : diamètre vertical, 11 centimètres; diamètre antéro-postérieur, 5 centimètres et demie; circonférence maxima, 17 centimètres.

Le 18 avril, l'état du malade n'a pas changé.

Obs. V (communiquée par M. Horteloup). — X..., âgé de six ans, pâle et délicat, est amené chez M. Horteloup pour une hydrocèle vaginale du côté gauche, dont le début remonte à six mois. Il n'y a pas de communication avec le péritoine.

L'opération est faite sous le chloroforme le 2 janvier 1886, la ponction donne issue à un demi-verre à bordeaux d'un liquide citrin. M. Horteloup injecte 15 grammmes environ de solution iodée. Le bandage compressif est appliqué.

3 janvier. Sauf quelques vomissements dus au chloroforme, il n'y a aucun accident; l'enfant ne souffre nullement et se plaint seulement de la dureté de l'appareil qui l'empêche de rapprocher les jambes.

6 janvier. L'appareil ayant été sali par l'urine est enlevé.

Le scrotum est tout à fait rétracté sur le testicule; il n'y a plus trace de liquide.

9 janvier. Le malade se lève et prend un bain.

M. Horteloup lui fait porter par prudence un suspensoir.

L'enfant a été revu au mois d'avril; l'hydrocèle était complètement guérie.

Nous concluons : 1° que la compression des bourses dans le cas d'hydrocèle traitée par l'injection iodée, diminue considérablement l'intensité de la réaction inflammatoire et abrège par cela même la durée du traitement ;

2° Que le bandage silicaté du docteur Horteloup est préférable aux autres procédés de compression, puisqu'il ne produit aucune douleur et permet d'obtenir une compression efficace, constante, méthodique et uniforme.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Sur l'évolution et les transformations du champignon du pityriasis.

Les résultats des recherches de MM. Duguet et Héricourt, sur la nature du champignon du pityriasis, nous ont engagé à répéter leurs expériences.

Les nombreux tuberculeux qui sont en traitement à l'Hôtel-Dieu de Caen et plusieurs soldats de la garnison atteints de pityriasis nous ont fourni les éléments nécessaires.

Le peu de temps qui s'est écoulé depuis la communication de MM. Duguet et Héricourt, ne nous permet aujourd'hui que de nous occuper de la recherche du microsporon dans les produits d'expectoration et dans les tuberculos humains et expérimentaux. Dans une prochaine communication nous donnerons le résultat de nos recherches sur l'évolution, la morphologie et l'inoculation du champignon du pityriasis.

Nos premiers examens ont porté sur les crachats de 23 tuberculeux arrivés à la deuxième ou troisième période.

Après avoir été recueillis avec soin, les produits d'expectoration ont été traités suivant le procédé indiqué par M. Duguet, c'est-à-dire par une solution de potasse de 10 à 40 pour 100, et examiné avec un grossissement variant de 500 à 1200 diamètres.

Malgré l'examen le plus attentif, dans aucun cas nous n'avons constaté la présence d'un champignon ayant une certaine analogie avec le *microsporon furfur*. Nous avons vu, deux fois, il est vrai, quelques mycéliums et spores, mais qui ne pouvaient être confondus avec ceux qu'on rencontre dans le pityriasis.

Nous devons ajouter que dans ces deux cas les crachats avaient été recueillis dans des crachoirs où ils séjournaient exposés à toutes les poussières d'une salle d'hôpital, depuis deux jours.

Des examens faits sur les mucosités et produits de raclage de cavernes pulmonaires n'ont pas été plus heureux. Une fois seulement nous avons trouvé un champignon ressemblant quelque peu au *microsporon furfur*, mais s'en différenciant par un mycélium moins développé et des spores plus petites.

Les crachats de chacun de nos tuberculeux ont été examinés à plusieurs reprises et traités par des réactifs autres que ceux indiqués plus bas. On ne peut donc objecter que les résultats obtenus sont la conséquence d'un hasard de préparation.

Une seconde série d'examens a été faite sur les tubercules recueillis à l'autopsie de 8 sujets morts dans le service de clinique interne de l'Hotel-Dieu, et d'autre part, sur ceux pris à l'autopsie de 11 lapins et 14 cobayes devenus tuberculeux à la suite d'inoculations expérimentales.

Une partie des pièces qui nous ont servi étaient conservées dans l'alcool depuis un mois.

Dans ces 33 cas, en employant tant le procédé indiqué par MM. Duguet et Héricourt que ceux qui sont indiqués pour les recherches des bactéries, nous n'avons pas découvert de *microsporon furfur*. Par contre, aussi bien dans les crachats que dans les tubercules, nous avons toujours constaté la présence du bacille de Koch, sauf trois fois.

Ces résultats sont donc absolument en désaccord avec ceux de MM. Duguet et Héricourt.

Il est regrettable que ces savants observateurs n'aient pas indiqué la méthode qu'ils ont suivie pour recueillir, conserver et durcir leurs pièces.

Voici pourquoi : toutes les pièces qui nous ont servi ont été détachées avec un couteau flambé et plongées immédiatement dans l'alcool. Comme durcissant nous avons constamment employé l'alcool absolu.

Par curiosité nous avons examiné neuf fragments de poumons tuberculeux provenant des mêmes sujets qui nous avaient servi pour nos autres recherches, mais conservés dans la liqueur de Müller (le durcissement était obtenu par une solution de gomme). Cinq fois nous avons trouvé dans les alvéoles pulmonaires des champignons ayant une grande analogie avec le *microsporon furfur* qui formaient par l'entrelacement de leurs rameaux mycéliens un véritable feutre.

Ajoutons que la liqueur de Müller contenait elle-même un grand nombre de ces champignons, il en est de même des vieilles solutions de gomme qui ne renferment pas une substance antiseptique.

Ce fait d'observation nous a paru avoir une certaine importance, c'est ce qui nous a engagé à le signaler, et à supposer que les conclusions de MM. Duguet et Héricourt doivent être la conséquence de la méthode suivie dans leurs recherches.

Dr Gosselin,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Caen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Le suc pancréatique après son arrivée dans la circulation par la voie stomacale. Note de M. *Defresne*. — Dans un précédent mémoire, l'auteur avait établi que le suc pancréatique introduit dans l'estomac, après la chymification des aliments, se trouvait dans un milieu acide, il est vrai, mais dont l'acidité était due surtout à des acides organiques mis en liberté par l'acide chlorhydrique du suc gastrique agissant sur les combinaisons salines des aliments chymifiés.

Aujourd'hui il fait connaître le résultat des nouvelles expériences qu'il a entreprises pour savoir ce qu'il adviendrait du suc pancréatique introduit dans l'estomac au commencement d'un repas, alors que l'acidité du suc gastrique est le résultat de l'acide chlorhydrique qu'il contient. De ces recherches il résulterait que le suc pancréatique introduit dans le suc gastrique au commencement d'un repas, voit les ferments diastasiques qu'il contient absorbés *in situ* et passer à l'état de zymogène dans la circulation; celui-ci en est séparé par le foie, la parotide et la rate. Ainsi isolé, il devient : 1° dans le foie, une zymase hépatique capable de saccharifier le glycogène; 2° dans la parotide, une zymase ptyalique, capable de saccharifier l'amidon dans la bouche, et 3° dans la rate, une zymase qui, transmise au pancréas, communique au suc de cette glande la propriété de saccharifier l'amidon dans le duodénum.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Pamard* (d'Avignon) se porte candidat au titre de correspondant national dans la deuxième division (*Chirurgie*).

M. le docteur *Rondot* (de Bordeaux) envoie une brochure ayant pour titre : *L'essence de térébenthine dans le traitement de l'empoisonnement par le phosphore*, pour le concours du Prix Desportes en 1886. (Inscrit sous le n° 3.)

M. *Alcan*, éditeur, offre le 46e *Annuaire de thérapeutique de M. Bouchardat*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *A. Bourgeois*, médecin-major, un mémoire intitulé : *Considérations pratiques sur l'inoculation par injection sous-épidermique, par scarification et par vaccination*, et la traduction, en langue espagnole, de son *Manuel d'hygiène et d'éducation de la première enfance*, par M. le docteur *Gonzalez Alvarez* (de Madrid) ; 2° de la part de M. Brièle, archiviste de l'Assistance publique, une brochure ayant pour titre : *Une bienfaitrice de l'Hôtel-Dieu de Paris, la marquise de Lionne* (1689-1759); 3° au nom de M. le docteur *Harrisson* (*Reginald*) (de Liverpool), deux ouvrages sur *la chirurgie des voies urinaires*.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre : 1° au nom de MM. les docteurs *Éloy* et *Huchard*, un travail sur *l'écorce de Quebracho blanco et ses principes actifs* ; 2° de la part de MM. les docteurs *Bardet* et *Égasse*, un *Formulaire des nouveaux remèdes*.

M. *Leblanc* dépose une note manuscrite de M. *Cagny*, vétérinaire, sur *les épizooties dans l'arrondissement de Senlis en 1885*. (*Commission des épidémies*.)

M. *de Villiers* présente une note manuscrite de M. le docteur *Sagnier* sur *le fonctionnement de la loi Roussel à la Grand'Combe* (*Gard*). (*Commission de l'hygiène de l'enfance*.)

Déclaration de vacance. — L'Académie décide la vacance d'une place de membre titulaire dans la deuxième section (*Pathologie médicale*), en remplacement de M. Jules Guérin, décédé.

Sulfate de quinine. — Poursuivant ses remarquables études sur le sulfate de quinine, M. *de Vrij* (de La Haye), correspondant étranger, fait remarquer que le *Codex* de 1884 déclare que « le sulfate de quinine basique, dit officinal, ne doit contenir aucun des autres alcaloïdes du quinquina », c'est-à-dire que le sulfate de quinine doit être pur. Or, il n'existe pas plus en France qu'à l'étranger aucun sulfate de quinine qui ne contienne plus ou moins de cinchonidine, toutes les écorces actuellement employées à sa fabrication renfermant des quantités considérables de ce sel. Ce fait est d'ailleurs la conséquence de l'impossibilité où l'on est aujourd'hui de préparer un sulfate de quinine basique exempt de cinchonidine, tandis que, selon cette même loi, un sulfate de quinine neutre, fabriqué des mêmes écorces, en est nécessairement exempt; d'où la nécessité de prescrire du sulfate de quinine neutre. Il fait aussi remarquer que l'on préfère généralement, dans le commerce, le sulfate le plus léger, qui est précisément le moins pur. On pourrait aussi prescrire de préférence le chlorhydrate de quinine, qui ne peut contenir de cinchonidine, à moins de falsification.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'il y aurait intérêt, à l'exemple des médecins russes, à n'employer jamais que le chlorhydrate de quinine, dont la solubilité est plus grande, et qui contient, à poids égal, beaucoup plus de quinine que le sulfate Tel est aussi l'avis de M. *Hardy*. Quant à M. *Armand Gautier*, il estime que le bromhydrate, bien que contenant moins de quinine, est plus facilement supporté par l'estomac, et partant doit être préféré.

Rage. — M. *Pasteur*, en offrant à l'Académie la note complémentaire qu'il a lue à l'Institut le 12 avril dernier (voy. le compte rendu de cette séance) sur les résultats de l'application de la méthode de prophylaxie de la rage, fait remarquer que le nombre des personnes traitées est aujourd'hui de 950. Parmi elles, 6 seulement ont succombé, dont 5 Russes profondément mordus par un loup, 1 vieille femme russe mordue très gravement par un chien et traitée un mois après ses blessures, et la petite Lepelletier, décédée trente-sept jours après des morsures effroyables à la tête et au creux de l'aisselle. Ces résultats n'infirment en rien la confiance qu'on doit avoir dans cette méthode de prophylaxie.

Microbes et microzymas. — L'incident qui a suivi la réponse que M. *Béchamp* a faite à M. Cornil a laissé loin derrière lui cette réponse, nouvel exposé de la doctrine des microzymas. Quelque temps après que M. *Alphonse Guérin* eut déjà protesté contre certaines assertions de M. Béchamp à l'égard de l'existence des microzymas dans le pus des blessés traités par le pansement ouaté, M. *Pasteur* s'est en effet levé pour prier M. Béchamp de répéter, devant une commission de l'Académie, une seule expérience démontrant nettement la transformation des microzymas en bactéries, vibrioniens, etc. M. Pasteur nie que cette métamorphose soit possible dans des conditions d'observation rigoureuse, qu'elle ait jamais pu être produite expérimentalement, et il en conclut que le microzyma, analogue à la molécule organique de Buffon, est un être purement imaginaire. M. Béchamp se borne à en appeler, à cet égard, aux expériences mêmes de M. Pasteur. L'Académie approuve la proposition de ce dernier, et décide qu'une commission sera nommée dans la prochaine séance, afin de se mettre en rapport avec les deux adversaires et d'aviser à instituer avec eux la réglementation d'expériences décisives, dont les résultats lui seront communiqués.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Origine des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne : M. Larger. (Discussion : MM. Trélat, Kirmisson, Tillaux) — Rétrécissement uréthral d'origine syphilitique, rapport : M. Humbert. — Sarcome vasculaire de l'utérus : M. Thomas. (Discussion : MM. Lucas-Championnière, Auger, Polaillon, Marchand.) — Palatoplastie et rhinoplastie ; lecture : M. Delorme.

M. *Larger* prend la parole au sujet de la communication de M. Kirmisson dans la dernière séance. Pour lui la tumeur enlevée par M. Kirmisson n'est pas une méningocèle ; l'aspect physique du liquide est de nulle valeur, car il a les mêmes caractères dans les tumeurs kystiques congénitales de la région sacro-coccygienne; le point d'implantation n'a non plus rien qui soit caractéristique. D'ailleurs les méningocèles dans cette région sont extrêmement rares et M. Larger n'en connaît qu'un cas bien authentique. Il se rangerait plutôt, en présence des caractères de la tumeur de M. Kirmisson, à l'idée d'un kyste congénital probablement dermoïde, comme sont toutes les tumeurs de cette région. Ces kystes dermoïdes ne seraient pas dus à l'inclusion, mais au travail particulier, qui se fait en certaines régions, par exemple au niveau des fentes branchiales.

M. *Trélat* s'élève contre l'idée de vouloir expliquer toutes les tumeurs de la région sacro-coccygienne, à l'aide d'une théorie unique. Il ne voit pas qu'il existe une bien grande différence entre l'explication de la formation des kystes dermoïdes, donnée par M. Larger, et la théorie actuelle de l'inclusion.

M. *Kirmisson* ne comprend pas la raison pour laquelle M. Larger nie l'existence des méningocèles de la région sacro-coccygienne, il y a dans la science des exemples qui ne peuvent laisser aucun doute.

M. *Tillaux* pense qu'il est logique de ne désigner sous le nom de kystes dermoïdes que ceux dont la paroi a la structure de la peau. Ils se différencient par leur pathogénie des kystes branchiaux et des kystes par inclusion fœtale, que l'on trouve dans le testicule, l'ovaire ou leur voisinage.

— M. *Humbert* fait un rapport sur une observation intitulée : *Rétrécissement uréthral d'origine syphilitique*, envoyée par M. de Santi. Il s'agit d'un militaire observé au Tonkin qui, ayant été atteint de rétention d'urine, vit se former au périnée à la partie postérieure de l'urèthre une tumeur dure, médiane, en forme de crosse de pistolet. Une bougie fine ne pouvait aller au delà d'un point situé à 14 centimètres du méat. Pensant être en présence d'un phlegmon

péri-uréthral, M. de Santi fit une incision par laquelle s'écoula une petite quantité de liquide louche et épais. Le diagnostic de syphilome de la région bulbaire fut alors porté, bien que le malade n'eût aucun signe de syphilis, et l'iodure de potassium administré. L'induration diminua très vite, l'incision se cicatrisa, le malade put uriner et quelques jours plus tard une bougie parcourait sans difficulté tout l'urèthre. M. le rapporteur fait les plus grandes réserves sur la nature syphilitique de la tumeur en question ; il serait bien plutôt disposé à n'y voir qu'un tumeur urineuse, car, il ne faut pas l'oublier, la rétention d'urine avait précédé l'apparition de la tuméfaction.

M. *Bouilly* a eu l'occasion de voir, il n'y a pas longtemps, un malade, qui présentait tous les symptômes de l'infiltration d'urine. L'examen ultérieur et le résultat du traitement spécifique ne sauraient laisser aucun doute sur la nature de la tumeur que ce malade portait au périnée ; il s'agissait bien évidemment d'une gomme.

— M. *Thomas* (de Tours) communique l'observation suivante. Un jeune homme de dix-neuf ans a eu une fracture du bras au mois de février 1885. La consolidation était parfaite, lorsque quelque temps après il fait une chute sur le membre malade. Appelé à subir le conseil de revision, il est déclaré impropre au service militaire en raison de l'atrophie et de la faiblesse de son bras. Peu après il entre dans le service de M. Thomas. A ce moment on constate l'existence d'une tumeur fluctuante et mobile à la partie moyenne du bras. Cette tumeur n'offre ni battements, ni souffle ; elle n'est pas réductible. M. Thomas, croyant avoir affaire à un abcès sous-périosté, fait une ponction exploratrice. 500 grammes environ de liquide sanguinolent s'écoulent et on porte le diagnostic de tumeur vasculaire de l'humérus. Après quinze jours de compression sur le membre malade, le liquide s'est reproduit, et il s'en écoule environ 600 grammes par une nouvelle ponction, qu'on est obligé de renouveler une troisième fois peu après. M. Thomas, constatant, après chacune de ces ponctions, la diminution, l'atrophie progressive de l'os, propose au malade la désarticulation de l'épaule. L'opération a été faite ; le malade s'est rétabli et jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

L'examen de la pièce a montré que la tumeur est indépendante des vaisseaux de la région ; les muscles, vaisseaux et nerfs sont indemnes. La paroi de la tumeur est constituée par le périoste, dont la face interne est réticulée et rappelle l'aspect de la face interne du cœur. En un point elle est formée par l'os, qui semble s'être raréfié des parties centrales vers la périphérie; les portions avoisinantes de l'humérus paraissent saines. L'examen histologique des parties malades, pratiqué par M. Latteux, a montré qu'elles étaient formées de sarcome fasciculé.

M. *Lucas-Championnière* n'hésite pas à penser que ce malade est atteint de sarcome à marche extrêmement rapide, qui ne tardera pas à se généraliser et à emporter le patient. On relève dans les antécédents de cette tumeur, comme dans la majorité des faits de ce genre, l'existence d'un traumatisme. Entre autres exemples de l'influence du traumatisme sur la pathogénie de ces tumeurs, il cite celui d'un enfant qui, après être tombé d'un arbre, ressentit des douleurs violentes dans le fémur et eut un gonflement de l'os. M. de Saint-Germain pensa avec M. Championnière qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite et la trépanation de l'os fut conseillée. L'incision des parties molles ayant donné lieu à une hémorrhagie extrêmement abondante et l'os paraissant suspect, on pratiqua l'amputation de la cuisse. L'examen de la pièce, où l'on voyait un os nouveau entourant le fémur, fit revenir au diagnostic d'ostéomyélite. L'enfant pendant quelque temps alla à merveille, mais au bout de deux mois le néoplasme récidiva dans le moignon, les ganglions se prirent et l'enfant succomba à un cancer des poumons. M. Lucas-Championnière, d'après ce qu'il a vu, est peu disposé à admettre l'existence des tumeurs vasculaires simples des os ; ce sont très vraisemblablement des sarcomes et on doit les traiter par la désarticulation de l'os.

M. *Anger* rappelle qu'il a communiqué à la Société un cas, dans lequel l'examen le plus minutieux ne put révéler la présence de tissu sarcomateux et pour lequel la nature anévrysmatique de la tumeur osseuse ne peut laisser subsister aucun doute.

M. *Polaillon* a enlevé les trois quarts de la clavicule atteinte de tumeur sarcomateuse à un jeune homme de dix-huit ans; deux mois après récidive, nouvelle opération et troisième récidive. Un an après le malade succombait à la généralisation sarcomateuse. Par contre il a désarticulé l'épaule d'un homme de cinquante-sept ans, atteint d'un sarcome du coude : le malade vit encore et ne présente aucune trace de généralisation.

M. *Marchand* observe en ce moment un homme de trente-quatre ans, qui n'a pas eu de récidive depuis deux ans qu'il est opéré.

— M. *Delorme* communique deux observations de restauration partielle de la voûte palatine et de rhinoplastie.

Séance du 28 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Présentation d'une pièce anatomique à propos des sarcomes vasculaires des os : M. Lucas-Championnière. — Luxation de la phalangette du pouce sur la phalange, rapport : M. Berger. — Périostite externe du fémur, rapport : M. Berger. — Blessure d'un fœtus dans la cavité utérine, rapport : M. Berger. — Hypertrophie lipomateuse congénitale : M. Duplouy (de Rochefort). — Tuméfaction à la suite d'une kélotomie : M. Pamard (d'Avignon). — Traitement des kystes hydatiques du foie : M. Polaillon. — Curisuss plais par arrachement du doigt : M. Thomas (de Tours).

M. *Lucas-Championnière* présente une pièce anatomique provenant d'un enfant, dont il a rapporté l'observation dans la dernière séance. C'est un fémur, qui offre toutes les lésions de l'ostéite juxta-épiphysaire et dans lequel l'examen histologique à l'état frais n'a révélé aucune trace de tissu sarcomateux, ce qui n'a pas empêché l'enfant, on le sait, de succomber quelques mois après à une généralisation de sarcome.

M. *Terrillon* a vu, il y a deux ans, une jeune fille de dix-sept ans, qui portait une tumeur pulsatile à l'extrémité inférieure du radial. Il porta le diagnostic sarcome, et après avoir fait une ponction exploratrice il amputa l'avant-bras. La tumeur présentait macroscopiquement deux portions distinctes : une cavité rappelant une poche anévrysmatique et une partie solide d'aspect charnu. L'examen histologique fait par M. Ranvier montra qu'il s'agissait d'un sarcome. Voilà trois ans que la malade a été opérée et il n'y a pas trace de récidive.

M. *Poulet* a examiné la tumeur présentée par M. Thomas. On y trouve des cellules à myéloplaxes.

— M. *Berger* fait un rapport sur une observation envoyée par M. Dubar (de Lille). Il s'agit d'une luxation de la phalangette sur la phalange du pouce, compliquée de plaie et de rotation de la phalangette, dont la face palmaire regardait en dehors et en avant. La réduction fut très laborieuse et on n'y arriva qu'en faisant éprouver à la phalangette un mouvement de torsion en sens inverse de celui qu'elle avait suivi pour se luxer.

— M. *Berger* rend compte d'une autre observation de M. Dubar. Un homme de cinquante ans présente une fièvre vive et des accidents typhoïdes, qui font croire à une granulie. Bientôt cependant la cuisse devient tuméfiée et œdémateuse, et au bout de quelques jours, on constate tous les

symptômes d'une volumineuse collection purulente. M. Dubar l'ouvre et donne issue à un litre de pus, et constate ensuite au fond de la poche l'existence d'une énorme hyperostose avec épaississement du périoste. En raison de l'âge du malade, qui doit faire exclure le diagnostic ostéomyélite, de même d'ailleurs que la marche de la maladie, M. Dubar croit qu'il s'agit d'une périostite externe du fémur.

— M. *Berger* rend compte encore d'une observation adressée par M. Guelliot (de Reims). Une femme, grosse de huit mois, reçoit un coup de couteau dans la fesse et perd une quantité de liquide sanguinolent, qu'on peut évaluer à deux litres et demi. Le lendemain elle accouche d'un enfant mort, qui porte sur le pariétal gauche une plaie pénétrante du crâne. L'enfant avait donc été atteint dans l'utérus par l'instrument tranchant et on s'attendait à voir se déclarer chez la mère de la péritonite. Il n'en fut rien et la mère se rétablit sans incident. C'est là une observation des plus intéressantes. M. Guelliot a pu reproduire sur le cadavre, la plaie dont sa malade avait été victime. Il a reconnu que le péritoine peut ne pas être intéressé, mais que le nerf sciatique et l'artère ischiatique sont atteints et de fait la malade de M. Guelliot a présenté de l'anesthésie dans la zone innervée par le sciatique.

— M. *Duplouy* (de Rochefort) a observé chez une petite fille de cinq ans une hypertrophie congénitale de nature lipomateuse de la plante du pied. La marche étant devenue absolument impossible, M. Duplouy dut pratiquer l'amputation de Lisfranc et enlever de plus les deux premiers cunéiformes. Les faits de ce genre sont très rares. M. Péan a eu occasion d'en voir un analogue : la masse lipomateuse n'était pas diffuse comme dans le cas de M. Duplouy, mais circonscrite.

M. *Trélat* a vu un cas semblable, mais à la main; la tumeur siégeait au niveau du médius. Ces néoplasies ne sont pas des lipomes vrais, ce sont plutôt des hypertrophies graisseuses diffuses, et dans un travail fait en 1871, en collaboration avec M. Monod, M. Trélat a fait ressortir la différence qui sépare ces tumeurs congénitales d'origine télangiectasique des vrais lipomes.

M. *Polaillon* partage l'opinion de MM. Trélat et Monod sur l'origine télangiectasique de ces singulières hypertrophies lipomateuses. On doit, lorsqu'on y touche, enlever tout le mal, ou alors on s'expose à la récidive. Il y a quelques années M. Polaillon a enlevé, chez une femme de quarante ans, un volumineux lipome occupant un siège insolite, à savoir le trajet du tendon du long extenseur du gros orteil.

M. *Gayet* (de Lyon) a réuni cinq observations de ces hypertrophies lipomateuses congénitales, observées par lui sur les membres supérieurs, les membres inférieurs et dans un cas à la tête, et il en a fait l'objet d'un mémoire en 1865. Plus tard deux de ces malades sont morts de sarcome développé du reste en dehors des parties hypertrophiées. Pour M. Gayet il n'est pas prouvé que ces tumeurs aient une origine télangiectasique.

M. *Duplouy* regrette de n'avoir pas pratiqué l'examen histologique de sa tumeur, mais à l'œil nu elle avait tout à fait l'aspect des tumeurs graisseuses.

M. *Terrillon* a relevé dans le dernier numéro du *Britsh medical* deux faits analogues. L'examen microscopique a montré que les tumeurs étaient constituées par du tissu graisseux pur.

— M. *Pamard* (d'Avignon) communique une observation d'auto-infection à la suite d'une opération de hernie étranglée. Au cours d'une kélotomie, faite selon toutes les règles de l'antisepsie, on observe sur la face interne du sac quelques vésicules contenant un liquide noirâtre. L'opération s'achève sans incident. Quarante-huit heures après le malade était mort. A l'autopsie on trouve un phlegmon gangreneux. M. Pamard pense devoir accuser de l'auto-infection le liquide constaté dans les vésicules pendant l'opération, et, s'il fait une autre fois pareille constatation, il n'hésitera pas à enlever tout le sac et à faire une cautérisation énergique au fer rouge.

M. *Desprès*, qui n'emploie pas le pansement de Lister, n'a jamais eu d'accident semblable. Récemment encore il opérait un homme de quatre-vingts ans d'une entéro-épiplocèle, dont l'épiploon était gangrené ; après avoir ouvert le sac, il se garda bien de rechercher la réunion par première intention, et aujourd'hui, vingt et unième jour, sans antisepsie, le malade est guéri. M. Desprès se demande si la solution phéniquée forte, employée par M. Pamard, n'était pas trop caustique et si elle n'a pas provoqué la septicémie aiguë qui a emporté son malade.

— M. *Polaillon* vient de traiter avec un plein succès un kyste hydatique du foie par la simple ponction avec le gros trocart et le gros tube. Le traitement a duré trois mois, sans donner lieu au moindre accident. M. Polaillon préfère ce mode de traitement simple et sans danger à l'incision abdominale.

— M. *Thomas* (de Tours) a eu occasion d'observer la curieuse lésion suivante. Un monsieur ayant oublié la clef de sa porte, voulut entrer chez lui en escaladant une grille en fer de lance. Une bague chevalière, qu'il portait au doigt annulaire, s'accrocha à un des fers de lance et détermina l'arrachement complet des parties molles, qui se retournèrent en doigt de gant. Le blessé éprouva une assez vive douleur, mais il ne s'aperçut de l'accident qu'une fois rentré chez lui. M. Thomas, appelé une heure après, réintégra le squelette resté en place dans sa gaine arrachée, le réunit par deux points de suture et fit un pansement approprié. Les parties ne reprirent pas complètement; l'extrémité du doigt se sphacéla, mais le malade conserva à peu près une phalange et demie du doigt.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Sur les effets de l'excitation du pneumogastrique gauche intact : M. François-Franck. — Le favus des poules : M. Neumann. — Sur le sao laryngé de l'orang-outang : M. Boulart. — Procédé de dosage de l'oxyde de carbone : M. Œschner de Conink. — Action physiologique de la pipéridine : M. Pinet. — Sur les paralysies par inhibition : M. Féré. — Electrodes impolarisables : M. d'Arsonval. — Sur l'acide oarbonique du sang : MM. Gréhant et Quinquaud.

M. *François-Franck* remarque, à propos de la communication récente de M. Laffont sur les effets de l'excitation du nerf vague gauche intact (voy. la *Gazette* du 23 avril), que le pneumogastrique, d'après ce que l'on sait de son action, ne peut pas arrêter le cœur en systole, et signale une cause d'erreur, tenant au dispositif même de l'expérience, à laquelle M. Laffont a dû se trouver exposé et qui explique le soi-disant fait du maintien de la pression sanguine artérielle, malgré l'arrêt du cœur.

— M. *Mathias Duval* présente, au nom de M. *Neumann*, une nouvelle note sur le favus des poules.

— M. *Beauregard* communique une note de M. *Boulart* sur la vascularisation du sac laryngé de l'orang-outang.

— M. *Œschner de Coninck* a continué ses expériences de contrôle de la méthode employée par M. Gréhant pour le dosage de l'oxyde de carbone. Telle est la précision de cette méthode que sur 4 centimètres cubes d'oxyde de carbone

ajoutés à 20 litres d'air il a retrouvé dans plusieurs séries d'expériences 3cc,80 et 3cc,86.

— M. *Œschner de Conink* résume une note de M. *Pinet* sur l'action physiologique de la pipéridine.

— M. *Féré* a poursuivi ses recherches sur les paralysies par épuisement; il présente des tracés qui montrent l'influence de la fatigue sur la production de certaines paralysies de cause psychique. Il croit que dans ces cas il s'agit de véritable fatigue, et non d'un phénomène d'arrêt. Il pense aussi que le sommeil hypnotique peut s'expliquer de la même façon, les expériences dynamographiques tendent du moins à le prouver. Lorsqu'on place un dynamographe dans la main d'un sujet que l'on endort par un coup de gong (forte excitation auditive), on remarque qu'il se produit une violente contraction généralisée. Alors survient le sommeil.

M. *Brown-Sequard* fait observer qu'il est des paralysies qui ne peuvent s'expliquer que par une action inhibitoire et que, d'ailleurs, l'action inhibitoire ne consiste pas en une perte de force, mais au contraire développe une très grande énergie.

M. *Bloch* remarque qu'il est difficile d'admettre qu'un seul mouvement produise un épuisement tel qu'une paralysie s'ensuive.

— M. *d'Arsonval* présente à la Société les électrodes impolarisables qu'il a imaginées.

— M. *Quinquaud* a étudié avec M. *Gréhant* la répartition de l'acide carbonique dans le sang. La plus grande quantité se trouve dans le caillot (dans les globules), et non dans le sérum, comme on le croit. La dissociation de l'acide carbonique dans le sérum, habituellement très lente, devient très rapide quand on ajoute au sérum des globules ou une poudre inerte (comme la poudre de lycopode). L'effet de ces poudres montre que l'action des agents qui favorisent la dissociation de CO^2 dans le sang s'explique sans doute mécaniquement.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos de la préparation du vin de quinquina: M. Catillon (Discussion: MM. Moutard-Martin, C. Paul, Tanret). — Traitement de l'uréthrite par les bougies à la cocaïne et à l'acide borique: M. Bedoin (Discussion: MM. C. Paul, E. Labbée, Guyet). — Le traitement de l'asthme par l'acide oxalique, par M. Poulet (de Planoher-les-Mines): Rapport par M. Rougon.

M. *Catillon*, à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, demande si l'opinion des médecins, relativement aux qualités que doit présenter le vin de quinquina, est conforme à la sienne propre. Pour lui, il est d'avis que l'on doit rechercher avec le vin de quinquina l'ensemble des effets toniques plutôt que l'action spéciale des alcaloïdes de la plante, et en particulier du sulfate de quinine. Si cette manière de voir est fondée, le quinquina gris est celui que l'on doit préférer pour faire du vin de quinquina.

M. *Moutard-Martin* pense qu'il ne peut être douteux pour personne que l'on cherche à obtenir avec le vin de quinquina des effets toniques, et non une action fébrifuge comme celle qui appartient au sulfate de quinine. Par conséquent il faut choisir pour préparer ce vin l'écorce de quinquina qui renferme la plus grande proportion de substances toniques.

M. *C. Paul* partage absolument cette manière de voir. Lorsqu'on désire une action fébrifuge, on s'adresse directement au sulfate de quinine. Le vin de quinquina doit être avant tout un tonique, et, par suite, doit être préparé avec l'écorce contenant le plus de principes toniques. Il reste à déterminer quelle est la variété de quinquina qui répond à ce besoin; il serait aussi fort intéressant de savoir quel est, parmi les *tannins* du quinquina, celui qu'il faut préférer. L'écorce de quinquina gris semble être la meilleure pour la préparation du vin de quinquina; mais on emploie aujourd'hui dans le commerce une grande quantité de quinquinas de culture, choisis parmi les espèces qui donnent le plus fort rendement en principes utiles. Or ces quinquinas de culture ne peuvent plus être classés, comme autrefois, en quinquinas rouges, jaunes et gris; de plus, on sait que le moussage double, à peu de chose près, le rendement en sulfate de quinine, mais on ignore jusqu'ici s'il a la même influence sur les autres principes de l'écorce. Il serait donc utile de rechercher quelle est la richesse exacte des différentes espèces de quinquinas de culture par rapport aux diverses substances médicamenteuses que l'on en peut extraire.

M. *Tanret* rappelle qu'il a fait toute une série de recherches sur la richesse des extraits préparés soit avec les anciennes espèces de quinquinas, soit avec les quinquinas provenant des Indes. Ainsi, pour les quinquinas gris, il a étudié le loxa et le huanuco, tous deux inscrits au Codex; l'extrait du premier renferme 18 centigrammes, par gramme, de tannins divers et 1 centigramme seulement d'alcaloïdes, tandis que l'extrait de huanuco renferme de 5 à 6 centigrammes de tannin et la même proportion d'alcaloïdes. Il est donc, on le voit, très utile de préciser dans les ordonnances celle des deux espèces de quinquinas gris dont on désire employer l'extrait, d'autant qu'ils sont à peu près également répandus dans le commerce. A moins d'indication spéciale, M. Tanret a l'habitude d'employer le huanuco, qu'il juge préférable. Parmi les quinquinas jaunes, le calisaya donne une proportion de 18 centigrammes environ de tannins et autant d'alcaloïdes. Les nouveaux quinquinas, provenant des Indes, fournissent des extraits renfermant à peine quelques centigrammes de tannins, mais très riches en alcaloïdes: de 18 à 20 centigrammes.

M. *Catillon* est d'avis que le véritable quinquina loxa serait, à coup sûr, celui que l'on devrait préférer, mais dans le commerce de droguerie il est généralement mélangé de quinquina guayaquil, qui est sans valeur, et que l'on ne peut que très difficilement distinguer du loxa. Si M. Tanret a analysé des extraits provenant de quinquinas pris dans le commerce, il lui faut tenir compte de cette cause d'erreur.

M. *Tanret* a soigneusement vérifié ses quinquinas, et il peut affimer qu'il a analysé l'extrait de loxa pur.

M. *C. Paul* a assisté dernièrement, comme membre de la Commission nommée par l'Assistance publique pour surveiller la réception des médicaments, aux expertises et aux titrages des écorces de quinquinas. Il apportera à la Société les documents relatifs aux qualités exigées par la Commission et aux moyennes obtenues dans les analyses.

— M. *Bedoin* a expérimenté le traitement de l'uréthrite blennorrhagique par les bougies médicamenteuses à la cocaïne et à l'acide borique. Ayant des doutes sur l'efficacité de la méthode des injections, qui constituent un topique local, dont la durée d'action est insuffisante et dont la pénétration dans les parties profondes du canal est pour le moins problématique, il a pensé devoir recourir aux bougies solubles de gélatine et glycérine, dont la formule a été indiquée par Mallez. A ces bougies, qui correspondent à peu près au n° 14 ou 15 de la filière de Charrière, il a fait incorporer de la cocaïne à la dose de 10 centigrammes et même 20 et 25 centigrammes par bougie, en vue de calmer les douleurs de la blennorrhagie aiguë et les érections pénibles qui se montrent à cette période de la maladie. Il en a obtenu de très bons résultats. Au bout de huit à dix minutes après l'introduction de la bougie, les malades ressentent une certaine ardeur dans le canal, se dissipant peu à peu, et suivie d'un

effet sédatif marqué, constamment appréciable dès la première miction ; celle-ci est à peine douloureuse, parfois même tout à fait indolore. Il en est de même des érections. M. Bedoin n'a jamais observé aucun accident, même en employant deux bougies par jour avec 25 centigrammes de cocaïne.

A la période de déclin de la blennorrhagie, il s'est servi de bougies analogues, renfermant chacune 25 centigrammes d'acide borique. Les injections de sublimé au vingt-millième, employées froides, ne lui avaient fourni que des résultats très douteux. Les bougies boriquées déterminent une légère cuisson quelques instants après l'introduction, mais M. Bedoin s'est assuré que des bougies semblables, non boriquées, introduites dans un canal sain, produisent une sensation identique. Dans neuf cas, il a observé, avec une seule bougie par jour, une diminution rapide de l'écoulement dont la cessation a été obtenue en neuf à vingt-trois jours. Ces bougies médicamenteuses ont été constamment introduites dans l'urèthre des malades par des infirmiers en qui l'on pouvait avoir toute confiance ; elles ont toujours mis environ une heure ou une heure et demie à fondre, et le produit de leur liquéfaction, s'écoulant par le méat, a été reçu sur une compresse : on était ainsi assuré que le topique avait été bien réellement appliqué. En somme, le traitement a consisté dans l'usage, à la période aiguë de la blennorrhagie, de bougies solubles renfermant de 10 à 25 centigrammes de cocaïne (2 à 3 par jour), et, à la période de déclin, de bougies contenant chacune 25 centigrammes d'acide borique (1 par jour). Les résultats ont paru satisfaisants.

M. *C. Paul* fait remarquer que, si ce traitement nécessite la présence du médecin pour l'introduction des bougies, il y a dans ce fait des inconvénients de plusieurs ordres, sans parler du prix de revient de la cocaïne qui est assez élevé. Cependant, si les effets thérapeutiques sont toujours satisfaisants, cette méthode peut être précieuse dans bien des cas. Il est convaincu, pour sa part, que les injections uréthrales sont généralement fort mal faites et que c'est pour cela qu'elles donnent des résultats médiocres ; il exposera prochainement le procédé auquel il a recours et qui lui semble à l'abri de tout reproche.

M. *E. Labbée* a essayé, depuis un an, les injections de sublimé soit froides, soit chaudes, et doit reconnaître qu'elles ont toujours échoué ; peut-être faut-il, en effet, incriminer le mode opératoire. Il a également expérimenté le kava, préconisé récemment par M. Sanné ; or le kava s'est montré constamment inefficace. Après l'avoir administré pendant dix jours consécutifs sans en obtenir aucun effet appréciable, il lui a substitué le santal, qui a rapidement modifié les accidents.

M. *Bedoin* est convaincu de la difficulté que l'on éprouve à faire des injections uréthrales dans de bonnes conditions ; elles ne pénètrent qu'avec peine jusqu'au fond de l'urèthre antérieur, et n'atteignent point, comme le font les bougies, l'urèthre postérieur, siège très habituel des lésions de la blennorrhagie. Du reste, il n'est nullement nécessaire que les bougies soient introduites par le médecin ; le malade peut parfaitement procéder lui-même à cette petite opération. Si M. Bedouin les a fait introduire toujours par des infirmiers sûrs, c'était dans la crainte que ses malades ne missent de la mauvaise volonté à suivre le traitement, afin de prolonger leur séjour à l'hôpital militaire et d'être plus longtemps dispensés de service. Il n'y a rien de pareil à redouter en ville. Il rappelle que Küss a recommandé le sublimé dans le traitement de la blennorrhagie longtemps avant la découverte du gonococcus de Neisser ; il préconisait aussi les injections, dites isolantes, de sulfate de zinc et d'acétate de plomb, qui laissent à la surface de la muqueuse un dépôt pulvérulent protecteur de sulfate de plomb.

M. *Guyet* demande si la cocaïne n'agit pas également par ses propriétés astringentes.

M. *Bedoin* croit avoir observé des effets hémostatiques, dans un cas d'uréthrorrhagie, avec la cocaïne ; mais il ne saurait être affirmatif.

— M. *Rougon* donne lecture de son rapport sur le mémoire de M. Poulet (de Plancher-les-Mines), intitulé : *Du traitement de l'asthme par l'acide oxalique.* L'auteur s'est basé sur l'action de l'acide oxalique sur le pneumogastrique, et a rapporté dix observations où cette substance a fait disparaître les accidents, alors même que les iodures avaient échoué. Il recommande ce traitement dans tous les cas, excepté pour l'asthme cardiaque. Il a administré l'acide oxalique à la dose de 2 grammes dans 150 grammes de véhicule. — M. Rougon rappelle les effets toxiques de l'acide oxalique sur le cœur, et cite des cas d'intoxication mortelle à la dose de 3 grammes. En présence de ces faits et du faible écart existant entre la dose médicamenteuse préconisée par M. Poulet et la dose reconnue toxique, M. Rougon est d'avis, au nom de la commission, que le mémoire de M. Poulet ne saurait être inséré dans les *Bulletins* avant que de nouveaux essais et de nouveaux renseignements plus précis sur les effets produits et les modifications de l'excrétion urinaire soient venus éclairer la Société à l'égard d'un médicament dangereux.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité, et le président félicite M. Rougon, au nom de la Société, de la façon judicieuse et prudente dont il a su apprécier le travail soumis à son analyse.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Utilité de l'intervention anticipée dans l'inflammation purulente des vertèbres, par M. J. Dollinger. — Les abcès par congestion ont perdu de leur gravité grâce au pansement antiseptique. M. Dollinger veut faire mieux encore : ouvrir l'abcès vertébral lui-même ou la collection purulente lorsqu'elle est située dans la partie supérieure de la fosse iliaque, avant qu'elle ait fusé jusqu'au ligament de Poupart. Il a opéré de la sorte avec succès huit malades. Après la première incision et l'écoulement du pus, il explore la cavité avec le doigt, puis fait une injection avec une solution de chlorure de zinc à 1-2 pour 100, et avec de petits tampons de ouate trempés dans la même solution, extrait par des frictions légères la membrane pyogénique, enfin fait une contre-ouverture et place un drain par lequel il injecte une solution de chlorure de zinc à 1 pour 100 ou une solution de sublimé à 1 pour 1000 ; s'il s'agit d'inflammations purulentes des vertèbres lombaires, une large incision lui paraît préférable.

Si, malgré l'opération faite de bonne heure, un abcès se forme de l'autre côté de la colonne vertébrale, il faut immédiatement le traiter de la même manière. Cette méthode, si elle ne prévient pas toutes les complications, met cependant le malade à l'abri des plus graves. En somme, ce n'est qu'un perfectionnement de la méthode de Bœckel. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1885, n° 52.)

Grossesse extra-utérine, par M. Mann, professeur d'obstétrique à l'Université de Buffalo. — Après avoir rapporté quatre cas de grossesse extra-utérine qui se sont présentés dans sa pratique, et avoir revu la littérature médicale touchant ce sujet, M. Mann arrive aux conclusions suivantes touchant le traitement de cette affection : « La règle du traitement que je veux en déduire, c'est qu'il faut, si le fœtus est vivant, le tuer au moyen de l'électricité à quelque époque que l'on soit de la grossesse. S'il est mort, et que l'on soit aux premiers mois, il faut le laisser jusqu'à ce qu'il surgisse quelques indi-

cations nettes. Dans le dernier mois, après la mort du fœtus, il faut attendre quatre à cinq semaines et l'extraire alors par la laparotomie. L'opportunité de cette dernière recommandation peut être mise en doute; mais il est certain que les risques qu'une femme court, quand elle porte dans la cavité abdominale un fœtus de sept, huit ou neuf mois, sont si grands qu'il est préférable de tenter une laparotomie habilement pratiquée. La résorption ou l'enkystement d'un gros fœtus, si tant est qu'ils puissent se faire, sont si aléatoires, et les dangers de la rupture du kyste et de la septicémie sont si grands, qu'il semble difficilement justifiable d'abandonner la malade aux risques de si grands dangers. Peut-être ma seule expérience me conduit-elle à formuler des conclusions trop absolues, mais je préfère faire une opération précoce qu'attendre trop longtemps. Malheureusement nous n'avons aucune base solide sur laquelle nous pouvons fixer exactement les délais au delà desquels nous devons agir, et ces données nécessaires sont évidemment très difficiles à obtenir. Il faut une plus longue expérience pour résoudre cette question; mais, ainsi que je l'ai déjà dit, mon observation et l'opinion que je me suis faite me conduisent à faire une opération hâtive plutôt que d'attendre indéfiniment.» (*Philadelphia medical News*, 11 juillet 1885.)

Un succédané du polygala, par M. R. Kobert. — **Sur le quillaja saponaria**, par M. F. Goldschmidt. — M. Kobert a trouvé dans le polygala deux glycosides auxquelles cette plante doit ses propriétés expectorantes; l'analyse lui a démontré que ces deux corps existent également dans l'écorce de *Quillaja saponaria*, mais en proportions cinq fois plus fortes; or l'écorce de quillaya coûte dix fois moins cher, de sorte que l'économie est cinquante fois plus grande. De plus, le polygala renferme une substance qui lui donne un goût désagréable, tandis que le quillaja possède un principe sucré qui édulcore ses infusions. De ses observations déjà nombreuses, Kobert conclut que les malades supportent mieux le quillaya que le polygala, que les enfants mêmes le prennent sans répugnance, et que son efficacité comme expectorant n'est pas douteuse. Le quillaya est contre-indiqué dans les cas où l'estomac et l'intestin sont le siége d'ulcérations, car son absorption au niveau de celles-ci pourrait entraîner des accidents d'intoxication.

M. Goldschmidt vient corrober les vues précédentes; il a fait usage du même médicament dans une foule de maladies, bronchite aiguë, bronchiectasie, phthisie, pneumonie catarrhale, etc., et toujours avec un entier succès. Il va jusqu'à affirmer que le quillaja rend service dans tous les cas où l'expectoration se fait mal ou est abolie, et qu'il n'y a jamais de contre-indication, comme pour les autres expectorants. (*Centralblatt f. klin. Medicin.*, 1885, n° 30, et *Aerztl. intellig. Blatt*, 1885, n° 48.)

BIBLIOGRAPHIE

Avenir des espèces. Les animaux perfectibles, par Victor Meunier. — Paris, G. Steinheil, 1886.

L'éminent publiciste qui dédie ce livre à ses amis, J. Geoffroy Saint-Hilaire et J. Guérin, est trop connu pour qu'il soit nécessaire de louer son activité laborieuse. En s'efforçant aujourd'hui de montrer, par une série d'exemples la perfectibilité des diverses espèces animales et l'utilité de la sélection pratiquée dans le but d'améliorer leurs types, il soutient une doctrine que ne repoussera aucun des biologistes contemporains. Tous cependant hésiteront à admettre l'authenticité de quelques-uns des récits qui rendent l'ouvrage aussi amusant qu'instructif. Il doit être bien rare de trouver des souris aussi bonnes musiciennes et aussi peu prudentes que celles qui ont été si gracieuses pour M. Bordier et, quant aux chiens qui disent « ma maman », ils méritent, en effet, d'être payés très cher par les Anglais excentriques. Mais il paraît démontré que certains sujets de la race canine et de la race féline ont l'intelligence tout à la fois très développée et très perfectible. Aussi convient-il, ainsi que le fait justement remarquer M. V. Meunier, de les faire travailler dans un sens déterminé. L'histoire du chien qui va chercher les bouteilles qu'on lui désigne ou qui fait des commissions plus difficiles encore, prouve jusqu'à quel point les animaux sont éducables. Les perroquets ne comprennent guère ce qu'ils disent et l'on aurait peine à démontrer qu'un animal puisse acquérir un langage articulé et adapté à l'expression de certaines idées.

Nous n'avons point d'ailleurs à insister sur ces réflexions. Il nous suffira de recommander la lecture de ce livre si intéressant par le nombre de faits inédits ou déjà connus qu'il rapporte. Peut-être arrivera-t-on un jour, l'autorité d'un fait isolé étant nulle en pareille matière, à classer les faits semblables, à les réunir par groupes et à donner ainsi plus d'autorité et de créance à la doctrine qu'on en peut déduire. M. V. Meunier aura rendu un grand service en permettant ce travail.

L. L.

Revue des thèses d'agrégation en médecine (suite et fin).

I. **Pathogénie des néphrites**, par le docteur E. Gaucher, ancien chef de clinique médicale à la Faculté, chef du laboratoire de clinique médicale de la Charité, etc. (Paris, 1886. O. Doin).

II. **Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané**, par le docteur Chuffart (Paris, 1886. F. Alcan).

III. **Des fractures spontanées**, par le docteur Paul Simon, chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy (Paris, 1886. F. Alcan).

IV. **La mort chez les phthisiques**, par le docteur André Moussous, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Bordeaux (Paris, 1886. G. Steinheil).

V. **De l'antisepsie médicale**, par le docteur G. Lemoine, chef de clinique des maladies mentales, ancien préparateur du cours d'anatomie générale, etc. (Paris, 1886. F. Alcan).

VI. **De la médication abortive**, par M. Lucien de Beurmann, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté (Paris, 1886. Asselin et Houzeau).

I. Notre époque a montré une prédilection à peu près égale pour l'étude des maladies nerveuses et celle des affections rénales. Mais quel contraste si l'on envisage les résultats obtenus! Ici, dans le domaine neuropathologique, beaucoup de conquêtes définitives; là, dans la pathologie rénale, même surabondance de matériaux, mais un réel encombrement de la science par une foule de données contradictoires. Or, de toutes les questions qui ont trait aux désordres de l'appareil uropoiétique, la plus complexe, la plus obscure aussi est la *pathogénie des néphrites*. C'est dire quelles difficultés a rencontrées M. Gaucher pour l'élaboration de son travail, difficultés qu'il a en grande partie surmontées, grâce à ses études antérieures, qui lui assurent une réelle compétence dans ce genre de recherches.

Après avoir rapidement passé en revue les causes des néphrites, il résume ces notions étiologiques en les groupant sous quatre chefs : néphrites d'origine vasculaire ou sanguine (infectieuses, toxiques, etc.), néphrites par lésion des voies d'excrétion (blennorrhagique, calculeuse, etc.), néphrites

traumatiques, enfin néphrites localisées secondaires. C'est dans cet ordre que M. Gaucher étudie successivement la pathogénie des diverses variétés de néphrites; malheureusement, dans cette enquête, il se heurte constamment aux contradictions les plus formelles. C'est ainsi que, si, pour telles néphrites infectieuses, l'agent pathogène est bien le microbe, agissant par une sorte de traumatisme des cellules, il en est d'autres où cette interprétation n'est pas de mise, et où il faut invoquer des influences morbifiques différentes, comme un poison sécrété par les micro-organismes, des altérations du sang, des troubles de l'hématose. De même, assigner, avec Gubler et Semmola, une origine dyscrasique au mal de Bright vulgaire, au gros rein blanc, paraît des plus légitimes. Mais quelle est la nature du trouble ou des troubles nutritifs qui constituent la première étape de ce processus morbide? Enfin, pour nous en tenir aux maladies les plus communes, est-on fixé sur le mode d'évolution, sur l'origine réelle de la néphrite interstitielle?

C'est dans cet esprit de saine et judicieuse critique qu'est conçu tout l'excellent travail de M. Gaucher, autant du moins que le lui permettait l'intervention de ses maîtres et de ses juges sur certaines questions controversées. Si donc, sous forme de conclusion, il n'arrive à nous donner qu'une ébauche de classification pathogénique, la faute n'en incombe pas à l'auteur, un des plus brillants représentants de la jeune génération médicale.

II. Ou nous nous trompons fort, ou la lecture du sujet qui lui était imposé: *Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané*, a dû jeter M. Chuffart dans une grande perplexité. Que devait-il entendre, en effet, par affections rhumatismales? Avait-il à parler des pseudo-rhumatismes infectieux? Pouvait-il démembrer l'arthritis et jeter par-dessus bord les altérations goutteuses du tissu cellulaire, si comparables à celles que produit le rhumatisme chronique et les manifestations de rhumatisme noueux? Autant de questions délicates et l'on ne saurait faire un reproche à M. Chuffart d'avoir pris le mot de rhumatisme dans son sens le plus général, mais aussi le plus vague, celui de diathèse rhumatismale, au risque d'accoupler des états morbides absolument disparates comme, pour citer un exemple entre plusieurs, la sclérodermie et l'obésité.

Il n'est que juste également de louer sans restrictions le caractère essentiellement clinique de son travail, dont nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici succinctement les conclusions. Le rhumatisme, dit-il, détermine des lésions multiples du tissu cellulaire sous-cutané; tantôt il produit des œdèmes, généralisés ou localisés (œdème rhumatismal, pseudo-lipome), qui peuvent entraîner des lésions secondaires plus ou moins durables, tels que le lipome vrai, l'éléphantiasis; tantôt, le système nerveux entrant en jeu, il se traduit par des scléroses, des troubles de nutrition localisés comme la maladie de Dupuytren ou les sclérodermies; tantôt enfin, en retentissant sur la nutrition, il donne lieu à l'accumulation de certains éléments et à la disparition de certains autres: d'où l'obésité, d'où la sénilité précoce. Les altérations et l'état sénile représentent le dernier terme des altérations rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané. Cette dernière phase, que nous empruntons textuellement à l'auteur, ne contient-elle pas un aveu implicite de l'impossibilité où nous sommes aujourd'hui de tracer d'une manière précise les limites de l'arthritis ou de la diathèse rhumatismale?

III. Il n'est pas, dans la science, d'expression plus défectueuse que celle de *fractures spontanées:* mais il n'en est pas aussi à qui l'usage ait donné un sens plus précis; car elle s'applique exclusivement aux solutions de continuité des os, « qui résultent d'un traumatisme tel qu'il serait à coup sûr insuffisant pour produire une fracture dans les conditions ordinaires ». Or, ces conditions anormales qui prédisposent à la fracture, quelles sont-elles? Dans quelques cas, peut-être, une violente contraction musculaire, dans d'autres, aussi rares, un certain état physiologique, mal défini, de fragilité des os; mais dans l'immense majorité des cas on peut, on doit invoquer une altération préalable des os qui justifie la dénomination ancienne de fractures pathologiques. Cette lésion est tantôt de nature inflammatoire (ostéite) ou organique (tumeur des os, syphilis), tantôt d'origine nutritive. Ces altérations nutritives des os sont celles qui intéressent plus directement le médecin; aussi M. Simon leur a-t-il, et à très juste titre, consacré de longs et intéressants développements. Avec une remarquable sûreté de méthode, il passe successivement en revue les altérations d'ordre chimique qui se rencontrent dans l'ostéomalacie, la grossesse, le diabète, puis celles d'ordre histologique; qu'il s'agisse d'une anomalie de développement comme le rachitisme, ou de lésions régressives comme dans le scorbut et les maladies nerveuses. Enfin, quelques considérations cliniques et séméiologiques, de diagnostic, de pronostic, complètent très heureusement cette fort instructive monographie qui constitue, comme le dit l'auteur, un chapitre nouveau de pathologie générale.

IV. *De la mort chez les phthisiques.* — Quel cadre immense! Quel est, en effet, l'organe, quelle est la fonction qui n'a jamais sa part de responsabilité dans le dénouement de la phthisie? Et d'un autre côté, peut-on, dans bien des cas, dire comment et pourquoi meurt le tuberculeux, arrivé aux derniers degrés du marasme? Est-on, dès lors, en droit de s'étonner que malgré la très consciencieuse énumération que M. Moussous a faite des causes de la mort dans la phthisie, il n'en ait pas épuisé la liste et que souvent, au milieu d'éléments morbides multiples, il n'ait pu dégager celui dont l'action prédomine? Devant les difficultés d'une pareille question la critique est désarmée; elle l'est d'autant plus que M. Moussous, sans trop se perdre dans les détails, a su mettre en relief les points principaux de son sujet. Son travail, fort bien coordonné, mérite d'être consulté par tous les phthisiologues, en dehors même de la question spéciale à laquelle il s'applique.

V. Terminons cette revue bibliographique par l'analyse des thèses consacrées à des sujets de thérapeutique générale. La première porte un titre riche de promesses: *De l'antisepsie médicale*, en d'autres termes de la médication destinée non pas à tuer les microbes, mais à en entraver la pullulation. Malheureusement l'antisepsie médicale n'est encore que dans une période de tâtonnement et les applications à la thérapeutique des doctrines microbiennes sont encore des plus restreintes. Le talent remarquable d'exposition que M. Lemoine déploie ne sert qu'à faire ressortir encore davantage l'incertitude des résultats annoncés. Après des considérations générales d'une grande élévation, l'auteur montre ce qu'est l'antisepsie dans le présent, quels sont ses agents, ses méthodes techniques, les effets qu'elle a produits. Si dans le domaine médical, à part peut-être les affections de l'intestin, elle n'a guère répondu encore aux espérances qu'on était en droit de fonder sur elle, elle n'en a pas moins un bel avenir, à n'en juger que par ses triomphes en chirurgie et en obstétrique. Telle est l'impression qui, pour tout esprit impartial, se dégage de la lecture de ce travail, fort bien conçu, vigoureusement pensé, qui fait le plus grand honneur à son auteur.

VI. C'est à des conclusions analogues qu'arrive M. de Beurmann à la fin de sa thèse sur la *médication abortive*. « Ce qui résulte d'abord, dit-il, de l'étude à laquelle nous nous sommes livré, c'est que la médication abortive est encore très peu avancée et très contestable. Elle se recommande plus par les espérances qu'elle donne que par les succès qu'elle obtient. » Très efficace dans les affections locales

qui sont accessibles à une intervention directe, comme la conjonctivite purulente, déjà moins heureuse dans les maladies qui restent quelque temps localisées avant d'envahir l'organisme entier, comme la pustule maligne, elle a échoué jusqu'à ce jour dans les maladies générales d'emblée. Cependant ici encore elle compte à son actif d'incontestables succès, comme celui de la médication éthérée-opiacée dans la variole. Peut-être un jour son domaine s'agrandira-t-il singulièrement quand on sera fixé sur la valeur préventive de la destruction des foyers de tuberculose locale ou de l'excision du chancre syphilitique. En somme, c'est une question d'attente, que M. de Beurmann a traitée avec un grand sens critique, en clinicien plus qu'en théoricien de laboratoire, chose assez rare à l'époque actuelle.

L. Dreyfus-Brisac.

Les herpès génitaux, par MM. les docteurs P. Diday et A. Doyon. In-8° de 367 pages. — Paris, G. Masson, éditeur, 1886.

Je ne m'attarderai pas à couvrir d'éloges les deux auteurs si universellement connus qui ont signé cet ouvrage. Leur collaboration déjà si féconde ne pouvait produire, comme par le passé, qu'une œuvre à la fois riche en érudition et originale, forte et vive, savante et agréable à lire. Je ne saurais trop en recommander l'étude attentive aux praticiens, qui y trouveront la monographie la plus complète d'accidents malheureusement trop fréquents, parfois insignifiants, mais parfois aussi de la ténacité la plus désespérante pour le malade, et surtout (qu'on me permette de le dire) pour le médecin. Il faut parcourir dans le livre de MM. Diday et Doyon ces chapitres vraiment attachants où ils nous montrent combien la thérapeutique la plus variée, depuis les moyens rationnels jusqu'aux pratiques les plus insensées, est radicalement impuissante, dans certains cas, à enrayer les récidives de cette désolante affection. On comprendra alors quelle importance pratique peuvent avoir les quelques conseils, malheureusement peu nombreux, que donnent les auteurs pour essayer de diminuer la fréquence de ces manifestations morbides.

Après un court préambule dans lequel ils expliquent pourquoi ils se sont décidés à écrire cet ouvrage, et exposent le plan qu'ils veulent suivre, MM. Diday et Doyon donnent un historique complet de la question, puis ils décrivent successivement, avec les plus grands détails et des observations originales, les éruptions pemphigineuses et pemphigoïdes, l'herpès génital irritatif, l'herpès génital pseudo-membraneux ou diphthéroïde, l'herpès génital névralgique, l'herpès phlycténoïde, l'herpès génital chez la femme et surtout l'herpès progénital vénérien récidivant. Ce dernier point est la partie de beaucoup la plus importante de l'ouvrage; on y trouve affirmée une fois de plus cette proposition que l'herpès récidivant progénital a toujours été précédé soit d'un chancre, soit d'une chancrelle, soit de la blennorrhagie. Je signalerai encore en terminant le chapitre du diagnostic qui est fait avec le chancre, la chancrelle, la balano-posthite, l'eczéma, le zoster, les gerçures mécaniques, celui de l'étiologie où les diverses théories connues sont exposées et discutées, enfin celui du traitement où se trouvent quelques beaux cas de guérison par les eaux d'Uriage.

L. Brocq.

Les familles des aliénés au point de vue biologique. Contribution a l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales, par MM. B. Ball, professeur à la Faculté de médecine, et E. Régis, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. Broch. in-8°. — Paris, 1884. J.-B. Baillière et fils.

Les questions soulevées par l'hérédité des maladies mentales sont loin d'être toutes résolues; il existe encore un grand nombre de points obscurs qui méritent d'exercer la sagacité des observateurs. MM. Ball et Régis ont envisagé le problème sous une face nouvelle; élargissant en quelque sorte le sujet, ils ne se sont pas contentés, comme on le fait d'ordinaire, de rechercher les antécédents héréditaires morbides de l'aliéné, ils s'adressent à sa famille tout entière et l'embrassent dans quatre générations successives : les grands-parents; les parents; le malade et ses collatéraux; enfin les enfants du sujet. Pour chacune de ces générations successives, ils s'enquièrent du chiffre des naissances, de celui des diverses survivances à diverses époques, de l'âge atteint par chacun de ses membres, enfin des principales maladies dont ils ont été frappés. En un mot, ils établissent l'histoire complète de la famille de l'aliéné, au point de vue de la longévité, de la natalité, de la vitalité et de la morbidité.

Comparant à ces divers points de vue 400 familles d'aliénés comprenant 6844 individus, à 100 familles normales composées de 2000 membres, les auteurs sont arrivés à d'intéressantes conclusions que nous essayerons de résumer le plus brièvement possible.

La durée de la vie ou *longévité* est supérieure, chez les ascendants des aliénés, à celle qui s'observe dans les familles normales. C'est surtout chez les ascendants des alcooliques et des paralytiques généraux que l'âge moyen est plus élevé; on le voit même dépasser les limites ordinaires et atteindre des proportions remarquables.

La moyenne des naissances ou *natalité* est, d'une façon générale, plus élevé dans les familles d'aliénés que dans les famillese normales. D'après leurs recherches statistiques, MM. Ball et Régis arrivent même à conclure « qu'il naît un tiers de plus d'individus dans les familles de paralytiques que dans les familles normales, et, dans les familles d'alcooliques, près du double. D'où il suit que les paralytiques généraux et les alcooliques appartiennent, en général, à des familles très nombreuses. Il n'est pas rare, chez ces malades, d'observer des générations de douze, quinze, dix-huit et même vingt enfants » (p. 74).

La puissance de vie ou *vitalité* est, d'une façon générale, de beaucoup inférieure, dans les familles d'aliénés, à celle qu'on trouve dans les familles normales, et elle diminue de plus en plus à mesure qu'on descend dans les générations inférieures. Quant à la *morbidité*, c'est-à-dire la fréquence des diverses maladies, elle diffère, dans les familles d'aliénés, absolument de la morbidité qui s'observe dans les familles normales; elle y revêt même un cachet spécial qui frappe dès l'abord et permet de les distinguer. Les états morbides les plus fréquents, dans ces familles, sont : l'aliénation mentale, les maladies nerveuses, les affections cérébrales, l'alcoolisme et la phthisie pulmonaire. Mais ici il y a lieu d'établir des distinctions, selon qu'il s'agit des familles de paralytiques généraux, de celles des aliénés vésaniques, de celles des épileptiques, de celles des hystériques ou de celles des alcooliques. Nous regrettons de ne pouvoir suivre les auteurs dans toutes les conclusions auxquelles les ont conduits leurs recherches; il nous paraît intéressant néanmoins de faire connaître la suivante : « L'épilepsie est relativement assez rare dans les familles d'épileptiques, au point qu'on peut dire d'une façon générale que l'épilepsie ne naît pas d'épilepsie. »

La question de l'hérédité, telle qu'elle est envisagée dans ce travail de MM. Ball et Régis, présente donc un réel intérêt, non seulement clinique, mais encore social. A ce dernier point de vue, nous trouvons quelques observations judicieuses que nous croyons devoir reproduire en terminant. « Il est évident que, par les conditions biologiques dans lesquelles on les voit évoluer, les familles des aliénés constituent en quelque sorte une classe à part dans la population d'un pays; et plus on approfondit la question, plus on arrive à se convaincre de la différence profonde et radicale qui les sépare de leurs concitoyens. Jamais une aristocratie implantée au milieu d'un peuple conquis ne s'est plus nettement séparée par ses caractères intellectuels et physiques des populations qu'elle domine; et l'on peut dire, en toute justice, que l'aliénation mentale constitue une véritable noblesse à rebours. »

Dr Ant. Ritti.

Congrès français de chirurgie, première session, Paris, 1885. Président, M. U. Trélat. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. le docteur Pozzi, secrétaire général. 1 fort vol. in-8° avec figures dans le texte. — Librairie F. Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie.

Le premier congrès français de chirurgie tenu du 6 au 11 avril 1885 comprenait deux ordres de travaux distincts. Les séances du matin étaient consacrées à cinq sujets importants, mis à l'ordre du jour du congrès, savoir : *L'étiologie et la pathogénie des infections chirurgicales; Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale; Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée; Cure des abcès froids; Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.* Ces questions ont donné lieu à des communications et à des discussions très approfondies. Les séances du soir étaient réservées aux autres travaux apportés par les membres du congrès. C'est ainsi que 90 communications sur tous les sujets intéressant les chirurgiens sont insérées dans ce volume, attestent la haute valeur de la chirurgie française et montrent l'utilité de l'institution nouvelle qui, sous l'impulsion active de ses organisateurs, ne fera que progresser à chaque session nouvelle.

Hygiène de l'orateur, par M. le docteur A. Riant. — In-8°. J.-B. Baillière, 1885.

Sous ce titre l'auteur étudie, non seulement l'hygiène proprement dite de l'orateur, mais encore toutes les règles, toutes les exigences des professions dites oratoires. C'est, à vrai dire, un manuel de l'orateur. Tout ce qui a été écrit sur la matière depuis les temps antiques jusqu'à nos jours est familier à notre auteur; et les conseils qu'il donne sont appuyés par les maîtres les plus autorisés. Le livre est donc intéressant par lui-même et par la façon dont le sujet y est présenté. C'est l'œuvre d'un médecin lettré et très honorablement connu par les nombreux travaux d'hygiène et particulièrement d'hygiène scolaire qu'il a déjà publiés. B.

Histoire de la médecine, par M. Barbillion. — In-8° de 140 p. Paris, A. Dupret, 1886.

Aujourd'hui que les études de pathologie générale et d'histoire de la médecine sont si lamentablement négligées, nous sommes heureux de signaler la publication, dans la collection historique universelle, de ce petit volume, dû à un interne distingué des hôpitaux. S'il ne renferme pas de données nouvelles, s'il n'accorde aux questions de doctrine qu'une place un peu trop restreinte, il n'en est pas moins, de par la verve de l'exposition, d'une lecture attachante et instructive et fait grand honneur à son jeune auteur. L. D.-B.

De la toxicologie en Allemagne et en Russie, par M. Ph. Lafon.

Cette brochure est un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique, et il est extrait des *Archives des missions scientifiques et littéraires*, 3e série, t. XIII (1885). Il comprend un exposé succinct de l'état de l'enseignement et de la pratique de la toxicologie en Allemagne; mais il est principalement destiné à l'exposé des méthodes employées par M. le professeur Dragendorff à l'institut de pharmacie de Dorpat. L'auteur a approfondi ces études pratiques et recueilli des documents très importants sur la recherche médico-légale des alcaloïdes et des glycosides, et en particulier de la nicotine, la conicine, la gelsémine, le quebracho, la kaïrine, les alcaloïdes de l'opium, la strychnine et nombre d'autres, tels que l'antipyrine, la vératrine, la sabine, la colchicine, etc., etc. Ce travail contient des renseignements scientifiques d'une grande valeur. A. H.

Deux cas d'angine sous-maxillaire, par le docteur E. Tordeus. Bruxelles, 1885, Lamertin.

Les observations d'angine de Ludwig sont assez rares chez l'adulte; mais, chez l'enfant, elles sont exceptionnelles. Les deux faits publiés par M. le docteur Tordeus sont des exemples de la gravité exceptionnelle de cette affection. Il s'agit de deux enfants âgés, l'un d'un mois, celui-ci a succombé; l'autre, âgé de dix mois, a guéri. Ces faits confirment les opinions émises par Hénocque, Tillaux, Gillette, d'après lesquelles l'angine sous-maxillaire est plutôt un phlegmon de la région sous-maxillaire et non pas une inflammation spécifique, ainsi que plusieurs auteurs allemands l'ont supposé.

A. H.

Diagnostic et traitement des affections oculaires, par les docteurs X. Galezowski et Daguenet. — Fascicules 2 et 3. Paris, 1885. J.-B. Baillière et fils.

Il y a deux ans passés, nous avons rendu compte dans ce journal, du 1er fascicule de l'ouvrage de MM. Galezowski et Daguenet. Les deux fascicules complémentaires, qui viennent de paraître, sont consacrés à l'étude des affections de la choroïde et de l'iris, du cristallin, du corps vitré, de la rétine et du nerf optique. Sous le nom commun d'amblyopies et d'amauroses, sont décrites ensuite les diminutions de vision, assez communes encore, qui ne s'accompagnent d'aucune lésion appréciable à nos moyens actuels d'exploration. C'est surtout dans les intoxications lentes, dans l'alcoolisme, le nicotinisme, dans l'hystérie, que se montrent ces troubles *essentiels* des fonctions de la rétine.

Les anomalies de réfraction : myopie, hypermétropie, astigmatisme, forment un chapitre spécial, un peu bref peut-être, si on le compare aux chapitres voisins. Nous regrettons de n'y avoir trouvé qu'une mention insignifiante de l'emploi des appareils destinés à constater et à mesurer l'astigmatisme par les modifications que l'inégalité de courbure des méridiens de la cornée astigmate imprime aux images réfléchies par cette membrane. Les astigmomètres de Javal, de Wecker; le simple disque de Placide plus ou moins modifié, sont actuellement d'un emploi journalier et rendent de très grands services.

Enfin l'ouvrage se termine par l'étude des troubles de l'accommodation, des maladies des paupières, des voies lacrymales, de l'orbite; des affections des muscles et des lésions traumatiques de l'œil, que les auteurs ont cru devoir réunir dans un chapitre spécial.

Ecrit avec clarté, ce livre, œuvre de praticiens déjà vieux, d'écrivains connus par de nombreux travaux, est un véritable traité des maladies des yeux. Comme nous le faisions observer, lors de la publication de sa première partie, il est impossible de tracer le diagnostic différentiel, d'établir le traitement d'une série d'affections morbides, sans aborder le problème étiologique qui souvent gouverne la thérapeutique. Nous ne reprocherons donc pas aux auteurs d'être parfois sortis du plan qu'ils s'étaient sans doute tracé. Tout au contraire, nous leur disons que limité strictement au diagnostic et au traitement, leur ouvrage eût perdu beaucoup de sa valeur et des services qu'il est appelé à rendre aux élèves comme aux praticiens.

J. Chauvel.

VARIÉTÉS

27e assemblée générale de l'association des médecins de France.

Cette nouvelle Assemblée générale de l'Association des médecins de France, qui s'est tenue les 2 et 3 mai derniers, a débuté par l'heureuse nouvelle de la réélection presque unanime de M. Roger au fauteuil présidentiel et par l'exposé de l'état de plus en plus florissant des finances de l'Association, si bien confiées à M. Brun. Tout ce que le cœur et le charme spirituel de M. Roger ont pu lui inspirer de gracieuses paroles à l'adresse de ses électeurs, il l'a dépensé dans son allocution de bienvenue aux délégués des Sociétés locales; de son côté, M. Brun a tenu à établir avec sa précision habituelle, que l'Association possède aujourd'hui 1 933 600 fr. 13, dont 80 521 fr. 07 de capitaux à la Caisse générale, 955 572 fr. 78 dans la caisse des pensions viagères et 919 604 fr. 28 à la Société centrale et aux Sociétés locales. Aussi les secours distribués ont-ils pu s'élever de 11 136 francs sur les libéralités de l'exercice précédent, et permettre de verser 35 800 francs à 73 pensionnaires, 27 320 francs à 79 sociétaires, 37 635 francs à 133 veuves, fils ou filles de sociétaires et 2559 francs à 19 personnes étrangères à l'Association. Le conseil général a pu faire droit à 10 nouvelles demandes de pensions viagères et

porter au taux uniforme de 600 francs toutes les pensions accordées par l'Association. Ces résultats, qui font tant d'honneur à l'œuvre et à ceux qui s'occupent de sa gestion avec tant de soin et de dévouement, montrent bien les services qu'elle est appelée à rendre et le caractère principal qu'elle doit revêtir.

Qu'elle puisse également s'occuper avec quelque profit des intérêts généraux de la corporation, le rapport de M. Foville, le secrétaire général, en a fourni un certain nombre de preuves très convaincantes; de même qu'il fait connaître quelques cas où l'appui de l'Association et de ses conseils a été des plus utiles à des confrères en lutte avec des conflits d'intérêts et des difficultés locales. A l'égard des questions plus générales dont se sont occupés les Sociétés locales et le Conseil général de l'Association, au cours de l'exercice écoulé, le rapport de M. Foville où l'on retrouve toutes ses qualités d'administrateur sagace et d'esprit sagement pondéré, les a énumérées en laissant entrevoir les difficultés ou les espérances qui doivent les accueillir auprès des pouvoirs publics. Extension de la prescription des honoraires à cinq ans, interprétation de l'article 2101 du Code civil en faveur des frais de la dernière maladie qui a précédé la faillite ou la déconfiture, revision corrélative de la législation de l'an XI sur l'exercice de la médecine, sur toutes ces questions il a montré l'intérêt que le Gouvernement leur portait actuellement et signalé discrètement les délibérations que le Comité consultatif d'hygiène publique de France leur a déjà consacrées.

Trois questions ont plus particulièrement occupé l'assemblée: tout d'abord celle des syndicats médicaux, pour laquelle elle a décidé d'adresser au Parlement une pétition afin d'obtenir que la loi du 21 mars 1884 soit rendue applicable à toutes les professions libérales, ainsi que le législateur l'avait manifestement désiré. En ce qui concerne la déclaration des décès, la proposition de M. Passant, que nous avons récemment examinée a été adoptée après une courte discussion et à une très grande majorité. Il n'en a pas été de même des conclusions du rapport de M. de Ranse, conclusions contraires à la création d'un Ordre des médecins; l'ajournement de la question n'a été repoussé que par 31 voix contre 24 et les conclusions adoptées ensuite. L'impossibilité manifeste de priver le praticien des droits qui lui sont conférés par le diplôme, uniquement à la suite d'une déclaration confraternelle de cet Ordre, a frappé beaucoup d'esprits; elle a d'ailleurs été soutenue avec un grand talent par MM. Diday (de Lyon), de Ranse et Vannesson, conseil judiciaire de l'Association. Mais il n'en est pas moins évident que beaucoup de nos confrères, ceux de province plus particulièrement, sont très préoccupés de la nécessité d'empêcher l'exercice de la médecine par des individus indignes d'estime ou pratiquant dans des conditions d'immoralité flagrante. Il est préférable que la loi prévoie et réglemente de pareilles situations; c'est ce que M. Chevandier a tenté d'obtenir dans le projet qu'il a soumis à la Chambre des députés et ce que le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est empressé de consigner dans le projet qu'il a rédigé il y a quelques mois, à la demande de M. le ministre du commerce et de l'industrie.

La première journée des réunions s'est terminée, comme de coutume, par un banquet offert aux délégués des Sociétés locales, où l'on a applaudi aux toasts de MM. Roger, président, Delvaille, Durand-Fardel, etc. Le lendemain, M. et Mme Roger ont reçu, avec leur courtoisie accoutumée, un très grand nombre de membres de l'Association.

Bureau central. — Le registre d'inscription du concours pour la nomination à deux places de médecin de Bureau central, qui doit s'ouvrir le lundi 10 mai 1886, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu, est clos. Les candidats, au nombre de cinquante et un, sont: MM. les docteurs Hirtz (Edgard), Siredey, Bourcy, Decaisne, Delpeuch, Faucher, Juhel-Rénoy, Josias, Liandier, Richardière, Duplaix, Gaucher, Lebreton, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Marie, Mathieu, Martin, Petit, Robert, Barthélemy, Dreyfous, Gaillard, Giraudeau, Ledoux-Lebard, Martinet, Netter, Thibierge, Variot, Béclère, Béringier, Buzot, Gallois, Gilbert, Darier, Jean, Lejard, Robin, Hirtz (Hippolyte), Babinski, Capitan, Charrin, de Gennes, Cauchas, Havage, Legendre, Lorey, Œttinger, Stackler et Pennel.

Les membres du jury, tirés au sort, sont: MM. les docteurs Hallopeau, Descroizilles, Landouzy, Brouardel, Damaschino, Danlos et Desprès.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Treizième liste.

Mme la baronne Nathaniel de Rothschild, 300 fr.; MM. Neumann, 50 fr.; Reynal, 20 fr.; Tougard, 20 fr.; Mme Goujet, 20 fr.; M. le baron du Sart, 10 fr. (souscription du *Journal des Débats*)	420 fr.	
M. le duc de la Rochefoucauld-Doudeauville, 100 fr.; M. le comte de Paris, 50 fr. (souscription du *Courrier de Cannes*)	150	
Mme Lucien Mangin et M. le docteur de Seynes, chacun 300 fr.	600	
Mmes Paul Genissier, Paul Broca et la *Mutualité commerciale*, chacune 100 fr.	300	
M. et Mme Baldy (du Mexique); M. Laveissière, chacun 50 fr.	100	
M. le docteur Laurent Peut, un anonyme de la Meuse, chacun 20 fr.	40	
Mme Villaret	10	
Souscription du *Petit Journal*	354	70
Total	1.974 fr.	70
Montant des listes précédentes	38.517 fr.	80
TOTAL GÉNÉRAL	40.492 fr.	50

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa quinzième session dans la ville de Nancy, du jeudi 12 août au jeudi 19 août 1886 inclusivement, sous la présidence de M. Friedel, professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris. Les personnes qui désireraient faire des communications au Congrès de Nancy sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter à M. le docteur C.-M. Gariel, secrétaire du conseil de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, à Paris, ou à M. le docteur Stœber, secrétaire général du comité local, 66, rue Stanislas, à Nancy.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 14 mai). — *Ordre du jour:* M. Cadet de Gassicourt : Traitement du croup par le procédé de M. Delthil. — M. Albert Robin : De l'influence des œufs dans l'alimentation des albuminuriques. — M. Constantin Paul : De l'obésité. — M. Brocq : Note sur la destruction des poils par l'électrolyse. — M. Comby : Variole cohérente traitée par le collodion.

Exposition d'hygiène urbaine. — L'Exposition d'hygiène urbaine, organisée par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, sera inaugurée samedi 8 mai à onze heures du matin, sous la présidence de M. le ministre du Commerce et de l'Industrie, à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel de Ville.

Cette Exposition, d'un très grand intérêt scientifique et technique, sera ouverte tous les jours de dix heures du matin à dix heures du soir.

Le banquet de l'internat. — Présidé par M. Brouardel, qui remplaçait M. Hardy, président de l'Association des anciens internes, le banquet de l'internat a été, cette année, plus nombreux encore que les années précédentes. A côté des internes en exercice s'étaient assis plusieurs professeurs de la Faculté, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris ou de la province, désireux de faire revivre, pendant quelques heures, les souvenirs de leur jeunesse. Dans un toast plein d'humour, M. le professeur Brouardel a souhaité la bienvenue à ses jeunes camarades, et rappelé en quelques mots les titres qu'ont acquis au respect de tous les anciens internes qui ont succombé l'année dernière.

Légion d'honneur. — Tout le monde savant apprendra avec une vive satisfaction l'élévation de M. Berthelot à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur.

Récompenses honorifiques. — Les récompenses suivantes viennent d'être décernées aux médecins et élèves en médecine et pharmacie qui se sont distingués pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Gard. — Une médaille d'argent de première classe à M. Grousset, médecin à Aubais; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Milhaud et Molines, internes des hospices de Nîmes.

Hérault. — Une médaille d'agent de deuxième classe à M. le docteur Bordone, adjoint au maire de Frontignan.

Var. — Une médaille d'or de deuxième classe à M. Guérin, pharmacien en chef des hospices de Toulon; une médaille d'argent de première classe à M. Bounic, pharmacien-interne à l'hôpital Bon-Rencontre; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Duchon-Doris, Lapervenche, Lesage et Guillet, internes des hôpitaux de Paris; Boulouys et Hauric, internes des hospices de Toulon; mentions honorables à MM. les étudiants Moussoir, Maïsse, Luc, Maqueyrolle, Guillon, Oroncé, Pélissier, Erhart.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 4 mai, MM. Duberge et Ardouin ont été nommés médecins principaux de la marine.

Bateaux-lavoirs a Paris. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a émis, dans sa séance du 30 avril, l'avis, sur le rapport de M. Jungfleisch, que tous les bateaux-lavoirs soient supprimés dans le département de la Seine, dans l'intérêt de l'hygiène et de la santé publique. Le Conseil a estimé, en effet, que les bateaux-lavoirs pouvaient être regardés comme une cause grave de contamination des eaux de la Seine, les opérations qui s'y pratiquent, et notamment celle de l'essangeage, enlevant aux tissus, avec des souillures de toutes sortes, les microbes que celui-ci a pu fixer, pour les abandonner ensuite au fleuve.

Nécrologie. — Legrand du Saulle. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons une triste nouvelle. M. Legrand du Saulle vient de succomber en quelques heures à un coma diabétique. Médecin de la Salpêtrière et médecin en chef de l'infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, position qu'il occupait depuis la mort de Lasègue, expert près les tribunaux, M. Legrand du Saulle avait rendu, dans ces diverses fonctions, les services les plus signalés. Ses *Études sur les épileptiques, les hystériques, le délire des persécutions*, ont été justement louées, et nous avons rendu compte ici même, il y a peu de temps, de son *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale* publié en collaboration avec MM. Gabriel Pouchet et Berryer. M. Legrand du Saulle était surtout un vulgarisateur. Ses leçons à la Salpêtrière ont été très suivies. Son caractère bienveillant lui avait valu de nombreuses sympathies. Il était fondateur de la Société de médecine légale, ancien président de la Société médico-psychologique et officier de la Légion d'honneur.

On nous prie d'annoncer que les obsèques de M. Legrand du Saulle auront lieu à Notre-Dame, samedi prochain, 8, à midi précis.

On annonce aussi la mort de M. le docteur Mauger, médecin principal de la marine; de M. le docteur Dajon (de Blangy); de M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi); de M. le docteur Linnemann (de Prague); de M. le docteur Wheldon, médecin de l'île Maurice; de M. le docteur Evory Kennedy (de Dublin); de M. le docteur Taggard (de Carrickfergus); de M. le docteur John Mattews (de Colebrook-Row); de M. le docteur William Rayner (de Stockport); de M. le docteur A. Bertani (de Rome), dont le corps a été incinéré dans le temple crématoire de Milan.

Mortalité a Paris (17e semaine, du 25 au 1er mai 1886). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 8. — Rougeole, 43. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 26. — Diphthérie, croup, 34. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 52. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 43. — Autres affections générales, 80. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 102. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 19; au sein et mixte, 30; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; de l'appareil circulatoire, 83; de l'appareil respiratoire, 78; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 22. — Total : 1138.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons sur le venin des serpents du Brésil et sur la méthode de traitement des morsures venimeuses par le permanganate de potasse, publiées par M. le professeur D.-J.-B. de Lacerda, sous-directeur du laboratoire de physiologie expérimentale du Musée national de Rio de Janeiro, commandeur de l'ordre impérial de la Rose. 1 vol. grand in-8 de 200 pages avec 3 planches chromolithographiées. Paris, O. Doin. 8 fr.

Clinique obstétricale, par M. le docteur Rodrigues dos Santos, précédée d'une préface de M. le docteur Adolphe Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome premier. 1 vol. in-8 de 375 pages avec 57 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Manuel d'hydrothérapie, par M. le docteur Paul Delmas, inspecteur du service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux. 1 joli volume cartonné diamant de 600 pages avec 39 figures, 9 tableaux graphiques et 60 tracés sphygmographiques. Paris, O. Doin. 6 fr.

Obstétrique et gynécologie, recherches cliniques et expérimentales, par M. le docteur P. Budin. 1 vol. grand in-8 de 730 pages, avec 105 figures dans le texte et 13 planches hors texte. Paris, O. Doin. 15 fr.

Traité pratique des maladies du système nerveux, par M. le professeur J. Grasset, suivi d'un appendice sur l'électrothérapie en général par M. le docteur Régimbeau. 3e édition. 1 fort volume in-8 avec 73 figures intercalées dans le texte et 16 planches dont 7 en chromolithographie, eau-forte et photographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 28 fr.

Anatomie pathologique du système nerveux. Cours complémentaire professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur Raymond. 1 vol. in-8 avec 113 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 9 fr.

Bibliothèque anthropologique. Tome II. Le darwinisme, leçons professées à l'École d'anthropologie, par M. Mathias-Duval. 1 vol. in-8 avec 7 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.

Du diabète sucré chez la femme, par M. le docteur Lecorché. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

Manuel de chirurgie d'armée, par M. le docteur Audet, médecin-major de 2e classe. 1 vol. in-18 avec 43 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E Lecrosnier. 6 fr.

De l'hystérie chez les enfants, par M. le docteur Peugniez. 1 vol. in-8. Paris A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Physiologie de la voix et du chant. Hygiène du chanteur, par MM. les docteurs Gouguenheim et Lermoyez. 1 vol. in-18 avec figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année 1884-1885, 39e année. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Étude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro (manuel opératoire), par M. le docteur Boudon (Édouard). In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

La pratique des accouchements chez les peuples primitifs. Étude d'ethnographie et d'obstétrique, par M. le docteur G.-J. Engelmann (de Saint-Louis, Missouri), édition française remaniée et augmentée, par le M. le docteur Paul Rodet, avec une préface, par M. le docteur A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8 de 388 pages avec 83 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

Mémoires de chirurgie, par M. le docteur A. Verneuil. Tome IV. *Traumatisme et complications.* 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 15 fr.

Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des Conseils d'hygiène, par M. Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8 avec 209 figures. Paris, G. Masson. 12 fr.

Nosographie des chorées, par M. le docteur M. Lannois, médecin aide-major de 1re classe. Grand in-8 de 170 pages avec 12 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

Des vertiges, par M. le docteur E. Weill, médecin des hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté. Grand in-8 de 120 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5387 .— Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose.

Les travaux de M. le professeur Verneuil, des faits tout récents publiés par deux de ses élèves, chirurgiens des hôpitaux, savoir : deux observations du docteur Kirmisson, insérées dans la *Gazette hebdomadaire* du 5 mars 1886, une autre observation du docteur Quenu, reproduite dans le *Courrier médical* du 10 avril dernier, viennent d'appeler l'attention du public médical sur l'efficacité tout à fait remarquable des injections d'éther iodoformé dans la cure des abcès froids.

Enfin, le professeur Verneuil a soin de nous annoncer l'apparition prochaine d'une étude plus complète sur ce sujet, par son chef de clinique, le docteur Verchère.

Qui dit abcès froid, abcès ossifluent, dit lésion tuberculeuse.

En juillet 1882, le *Courrier médical* avait donné une analyse de travaux dus aux professeurs Semmola et Chiaramelli, en Italie, sur un emploi de l'iodoforme à l'intérieur. Entre cet emploi médical et l'emploi chirurgical de l'iodoforme, il y a des analogies étroites. L'un et l'autre se rapportent à des propriétés tout à fait spéciale de cet agent thérapeutique, contre des manifestations morbides de même nature dont le tubercule est l'expression commune.

Les médecins italiens signalaient à cette époque les heureux résultats de l'administration de l'iodoforme dans le traitement des affections chroniques broncho-pulmonaires, et particulièrement de la phthisie pulmonaire.

Le professeur Chiaramelli avait expérimenté ce médicament pendant quatre années consécutives à l'hôpital des incurables. Chez les phthisiques, même à une époque avancée de la maladie, avec des cavernes, l'iodoforme avait produit d'excellents effets : diminution de l'expectoration, amélioration générale et influence favorable sur les manifestations fébriles. « L'iodoforme, dit-il, fait tomber la fièvre ; il modifie l'expectoration dont il diminue non seulement la quantité, mais qu'il améliore aussi dans ses qualités chimiques, sans doute en vertu de sa propriété d'empêcher la putréfaction ; chez le phthisique, il faut bien se convaincre que le contenu des cavernes doit avoir une grande influence sur la production de la fièvre hectique. »

Dans les cas de pneumonie caséeuse, le professeur Chiaramelli pense que l'iodoforme, administré à temps, conduit à une évolution favorable de la poussée inflammatoire.

En outre, son emploi chez beaucoup d'individus affectés de bronchite chronique avec bronchorrhée et emphysème pulmonaire, lui a rendu de très grands services.

En Angleterre et en Allemagne, l'iodoforme est pareillement d'un usage très général dans les maladies du même genre.

Sur ces données, nous en avons fait nous-même un large emploi dans notre pratique personnelle, et depuis trois ans, il a constitué, pour ainsi dire, le traitement de fonds chez les phthisiques que nous avons suivis. Les résultats que nous avons obtenus confirment de tous points ceux annoncés par les maîtres italiens. Nous devons à cette médication des résultats vraiment satisfaisants, surtout si nous les comparons à ceux que nous avions retirés des autres médications.

Comme les auteurs italiens, nous avons observé une influence marquée sur la fièvre, et, parallèlement, une amélioration de l'état général, la cessation de la toux, le retour du sommeil. Il est à peine besoin de noter que les effets les plus favorables se sont produits chez les malades les moins avancés, chez ceux dont les lésions étaient encore limitées.

Ainsi que l'ont indiqué les auteurs italiens, nous avons vu, non sans surprise, une résolution simple, une terminaison complète, dans l'espace de trois à quatre semaines, de pneumonies du sommet, dont la nature phymateuse ne fait aucun doute ; les suites, aussi bien que les précédents, ne permettent aucune hésitation dans le diagnostic.

Nous ne citerons pas d'observation détaillée : les observations de phthisiques n'offrent que rarement un intérêt de nouveauté ; mais nous suivons, en ce moment, deux malades qui nous ont particulièrement frappé et dont nous voulons dire quelques mots, d'autant plus que la médication, chez eux, a consisté à peu près exclusivement dans l'emploi de l'iodoforme. L'un est un diabétique qui a passé la soixantaine, et qui tousse et qui crache ses poumons, comme il le dit lui-même, depuis tantôt un an. Il a eu des hémoptysies, de la fièvre, des sueurs, de l'amaigrissement, et, en même temps, une disparition complète, à certains moments, du sucre de ses urines.

C'est un malade très fantaisiste et très indocile; j'ai pu cependant l'astreindre à l'usage quotidien de l'iodoforme depuis plusieurs mois. Sous cette influence, il s'est remonté; il a l'illusion d'un retour à la santé, et lui-même a si bien conscience de l'efficacité de son remède, qu'il le continue, malgré son penchant à l'indiscipline.

Le regretté professeur Bouchardat, qui a fait, vers 1837, les premières études médicales sur l'iodoforme, et qui avait prédit un grand avenir à ce médicament, enseignait qu'il avait ses indications dans le diabète aussi bien que dans la tuberculose et la scrofule. Mon malade paraît bénéficier de cette double action thérapeutique.

Le second de mes malades est un jeune homme de vingt ans, qui présente depuis un an les symptômes de la phthisie à la première période : toux, fièvre irrégulière, points pleurétiques, amaigrissement, enfin détermination avec signes physiques très marqués au sommet droit. En ce point, il a fait une poussée à forme pneumonique qui a évolué, comme une pneumonie franche, non quant à la marche et à la durée, mais tout au moins quant à la terminaison. Depuis six mois tout s'est apaisé; sauf la toux qui persiste, mais sans beaucoup de fréquence, et un point douloureux à droite pas trop pénible, le malade a repris les apparences de la santé. Les lésions pulmonaires ont laissé des signes si peu manifestes que, malgré un certificat fortement motivé, le jeune malade n'a pas été réformé en conseil de revision. On ne l'a pas reconnu définitivement impropre au service militaire; il a été seulement, et non sans difficulté, ajourné pour un an. Puisse ce jugement, par trop optimiste, ne jamais être réformé.

Comme les chirurgiens, j'emploie l'iodoforme en solution

éthérée. Mon jeune malade et mon diabétique prennent chaque jour, depuis six mois, avec quelques rares intervalles de suspension, 20 centigrammes d'iodoforme en deux fois; chaque dose y est prise à l'un des deux principaux repas.

Le professeur Chiaramelli donnait une dose inférieure, et redoutait de dépenser 10 centigrammes par jour, de crainte d'offenser l'estomac et de déterminer de la gastralgie.

C'est aussi la dose à laquelle paraissent se fixer MM. Rendu et Huchard dans leur pratique hospitalière, tandis que le professeur Bouchard l'a portée à 60 centigrammes par jour et au delà.

Il m'a fallu insister un peu chez quelques malades pour obtenir la persévérance dans le traitement, et pour les faire passer outre sur quelques désagréments de la médication. Ce n'est plus de l'odeur de l'iodoforme qu'il faut se préoccuper, puisque, emprisonné dans de la gélatine, comme nous l'offre aujourd'hui la pharmacie, cet inconvénient est supprimé. D'un autre côté, en le donnant aux repas, ou accompagné d'une quantité convenable de bouillon ou de lait, il n'y a pas à s'inquiéter non plus de ses effets topiques, ni à redouter cette irritation d'estomac signalée quelquefois à la suite de son emploi mal dirigé.

Aussi je ne saurais approuver la formule du docteur Huchard, qui associe la créosote à l'iodoforme, 5 centigrammes de chaque en une pilule; la créosote est, elle, sûrement caustique et demande à être longuement diluée. En voulant ainsi accumuler les actions thérapeutiques contre la maladie, je craindrais de frapper sur le malade. Il serait préférable, ce nous semble, de faire alterner ou se succéder ces deux médicaments.

Dans l'emploi de l'iodoforme en solution éthérée, sous enveloppe gélatineuse, l'ascension subite de la vapeur d'éther, au moment de la rupture de l'enveloppe dans l'estomac, déplaît à quelques malades.

L'éther passe aussi très rapidement dans l'haleine, s'accusant par une odeur mixte qui trahit également l'iodoforme, quoiqu'il fût difficilement reconnaissable si l'on n'était prévenu. Cependant cette élimination de l'iodoforme par la voie pulmonaire ne fait pas de doute, puisque dans un cas, rapporté récemment par les journaux médicaux de l'étranger, d'application de cet agent en frictions, l'odeur de l'haleine a permis de reconnaître l'iodoforme pendant huit jours consécutifs après que le pansement eut été enlevé. Il y a même une remarque bien intéressante dans ce fait, c'est qu'il s'agit aussi de tuberculose : un cas de méningite tuberculeuse terminé par la guérison.

Cette exhalation par la voie pulmonaire est un inconvénient, sans doute; mais c'est aussi l'indice d'une propriété précieuse. Le retour de l'iodoforme n'est peut-être pas sans exercer une action topique favorable sur les lésions pulmonaires.

Néanmoins, il n'est pas besoin d'insister sur cette interprétation, comme on l'a fait récemment. Il est évident, d'après toutes les notions physiologiques, et il résulte clairement de ce qui vient d'être dit en particulier, qu'une fois le médicament livré à l'absorption, il est disséminé par la circulation dans tous les éléments cellulaires de l'organisme, et que c'est toujours par action de contact moléculaire que s'exercent les modifications thérapeutiques. Aussi, plus le médicament aura pénétré profondément, plus son séjour sera prolongé dans l'économie, plus son action sera efficace. C'est pourquoi je n'attache qu'une importance très médiocre aux inhalations.

(*Courrier médical.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5387. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Les ptomaïnes. — Élection. Un nouveau médicament antidysentérique.

La nomination faite par l'Académie d'une commission chargée de contrôler les expériences de M. Béchamp a provisoirement clos le débat, qui s'était élevé à l'occasion des recherches de M. Gautier, et qui s'était peu à peu étendu jusqu'à aborder l'examen d'une des questions de biologie les plus complexes. Aujourd'hui nous devons donc attendre le rapport de cette commission, avec l'espoir que ses conclusions seront définitivement acceptées par tous les savants. M. Béchamp ne saurait lui dénier la compétence, non plus que l'honnêteté scientifique nécessaires pour juger avec impartialité les faits expérimentaux sur lesquels s'appuie sa doctrine. Il tiendra dès lors à donner lui-même une nouvelle preuve de sa bonne foi en répondant à l'appel qui lui est adressé. Après avoir entendu la dernière réponse de M. Gautier, chacun doit souhaiter que l'enquête à laquelle il va être procédé puisse être très prochainement menée à bonne fin.

— La séance académique s'était ouverte par l'élection de M. Trasbot, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort qui a obtenu la presqu'unanimité des voix.

— Il n'est pas un médecin de l'armée ou de la marine qui n'ait eu à traiter des malades atteints de dysenterie chronique et qui n'ait constaté l'impuissance de la plupart des médications employées dans le but de la combattre. Trop souvent encore, lorsqu'ils reviennent d'expéditions lointaines, nos marins ou nos soldats succombent à la débilité profonde que déterminent les diarrhées profuses, qui sont l'un des symptômes caractéristiques de la maladie. Aussi devons-nous signaler tout spécialement les recherches qu'ont entreprises depuis plusieurs années les médecins de l'île Maurice, et les expériences qu'ils ont faites à l'aide d'un médicament inconnu en Europe. Sans doute, il convient d'attendre que nous ayons pu recevoir une certaine quantité d'*anderjoa* pour en mieux décrire les effets physiologiques et thérapeutiques. Mais si les espérances de notre ancien camarade de

FEUILLETON

Les hôpitaux de Paris en 1780 jugés par un étranger.

Il est intéressant de relire les récits des voyageurs, même lorsqu'ils ont paru depuis longtemps, même lorsque les sujets qu'ils traitent et qu'ils étudient à différents points de vue, sont déjà bien connus. On trouverait difficilement, dans des mémoires administratifs, une fraîcheur et une vivacité d'impressions comparables à celles de ces notes prises à la hâte et rédigées de même.

Le voyageur a toujours un terme de comparaison; il enregistre seulement ce qui l'intéresse ou le choque; les détails pittoresques se pressent malgré lui sous sa plume.

Depuis quelques années, des documents relatifs aux hôpitaux de Paris ont ainsi été recueillis de tous côtés; des monographies irréprochables au point de vue historique ont paru. La période la mieux connue peut-être est la fin du siècle dernier. Chacun sait par le rapport de Bailly, Tenon et Lavoisier dans quel état misérable était l'Hôtel-Dieu à la veille de la Révolution; les détails d'administration, de gestion financière sont connus; la situation scientifique l'est moins. Les hôpitaux n'étaient pas alors des écoles pour l'instruction pratique; la Faculté avait ses consultations hebdomadaires, le Collège de chirurgie les siennes; c'étaient les seules cliniques officielles, les seules auxquelles les étudiants fussent obligés d'assister. L'enseignement nosocomial gardait le caractère individuel et privé; on ne connaissait que les observations communiquées à la Société royale de médecine ou à l'Académie de chirurgie.

En 1783, parut à Vienne un livre renfermant de curieux détails sur plusieurs grands hôpitaux d'Europe et en particulier de Paris (1); l'auteur, Joham Hunckowsky, était un chi-

(1) *Med. chir. Beobachtungen auf seinen Reisen durch England und Frankreich.* Wien, R. Gräffer, 1783.

l'armée, le docteur Clarenc, se vérifiaient, les préparations tirées de cette plante mériteraient de prendre place à côté de nos médicaments les plus utiles. Nous appelons donc l'attention sur les extraits que nous reproduisons plus loin (p. 333 et 334) des travaux récemment communiqués à la Société médicale de l'île Maurice.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Anatomie pathologique de la coxotuberculose.

L'origine tuberculeuse des tumeurs blanches n'est plus discutée. Les recherches de Koster, qui datent déjà de 1869, ont été confirmées par celles de Cornil, de Laveran, de Brissaud, de Kiener et Poulet, de Volkmann, et tous les auteurs ont retrouvé le follicule typique dans les fongosités de l'article malade où des examens sans nombre, pratiqués d'après les méthodes récentes, ont démontré l'existence du bacille. M. Lannelongue, qui fut un des premiers à reconnaître la vraie nature des arthrites fongueuses, vient de publier sous formes de « leçons » professées à la Faculté de médecine, un important mémoire sur les tumeurs blanches de la hanche qu'il désigne d'un nom nouveau : la *coxotuberculose*, pour éviter les confusions auxquelles prêtait le mot trop vague de coxalgie. Nous voulons analyser quelques parties de ce travail, remarquable par l'abondance, la précision et la valeur de ses matériaux.

I

La jointure de la hanche, organe fort complexe, est constituée par des surfaces osseuses, tête et col du fémur d'une part, cavité cotyloïde de l'autre, puis par une séreuse et des ligaments intra et extra-articulaires. Aux périodes avancées de la coxotuberculose, tous ces tissus paraissent également atteints et il serait impossible de dire dans quelle partie le mal a débuté. Aussi toutes les hypothèses ont été émises : os, revêtement cartilagineux, synoviale, capsule, on a tout incriminé et certains nosographes, par trop analystes, ont créé autant de variétés de tumeurs blanches qu'il existe de tissus concourant à la constitution de l'article.

Lannelongue, au contraire, croit à un début toujours identique et le tissu osseux serait le premier envahi ; les altérations étendues de la deuxième et de la troisième périodes ne seraient que la généralisation d'un foyer primitivement né dans l'épiphyse. L'examen de plusieurs jointures atteintes de coxotuberculose commençante, chez des enfants morts du croup dans son service de l'hôpital Trousseau, lui ont permis d'établir cette opinion sur une base solide ; Volkmann est arrivé aux mêmes conclusions par l'étude d'une série de pièces recueillies, grâce à sa pratique des résections précoces. Il s'agit donc d'une constatation directe et non d'une hypothèse comme Rust pouvait en faire lorsqu'il concluait, lui aussi, au début toujours osseux des tumeurs blanches.

Une première fois, à l'autopsie d'une fillette de trois ans et demi qui souffrait de la hanche et boitait depuis trois mois à peine, Lannelongue a trouvé une intégrité complète de la surface externe de la capsule ; il n'y avait pas trace de liquide épanché dans la synoviale saine partout, sauf au niveau de son insertion près de la tête du fémur. En ce point la séreuse est rouge, vasculaire, recouverte de fongosités papillaires. La tête fémorale semble intacte, non déformée ; son revêtement cartilagineux est cependant aminci et d'une moindre élasticité. La coupe médiane de l'os révèle de graves altérations : le tissu, atteint d'ostéite raréfiante, est creusé d'une cavernule tapissée d'une mince membrane et remplie d'une substance caséeuse concrète. Des fongosités arrivent jusqu'à la surface du col et se continuent avec les points épaissis et végétants de la synoviale.

Mêmes altérations chez un garçonnet de quatre ans ; les douleurs dataient de quelques semaines lorsque l'enfant, conduit à l'hôpital, est emporté par le croup ; l'examen de la hanche malade démontre qu'il n'existe aucun épanchement intra-articulaire ; le ligament rond est intact, le cartilage de revêtement est sain, à peine aminci et vascularisé à la périphérie, près du cul-de-sac synovial fongueux. En ce point, au-dessous, l'os est atteint et l'on y trouve une tache jaunâtre, de la grosseur d'un pois ; elle est constituée par une infiltration caséeuse dans les aréoles un peu agrandies de la tête du fémur.

Chez un enfant de quatre ans dont la coxotuberculose débutait cinq mois auparavant, la capsule et la synoviale sont en partie fongueuses, mais le cartilage de revêtement n'est pas altéré ; le col fémoral contient un petit foyer jaunâtre entouré de quelques végétations papillaires en rapport avec celles de la synoviale ; qui se sont aussi propagées vers la surface externe de la capsule et ont donné naissance à un abcès circonvoisin du volume d'une noix. La quatrième observation rappelle la précédente : garçon de douze ans, dont

---

rurgien militaire jeune encore, mais honorablement connu parmi ses confrères. Né en 1752, à Czech, en Moravie, il avait reçu les premières notions de son art chez son père, barbier-chirurgien dans la localité. A vingt ans, il se rend à Vienne. Sur le conseil de Brambilla, et grâce à la générosité de la princesse Taroca, il quitta cette ville pour aller à Milan étudier sous Moscati. A son retour, il profita de nouveau de la bienveillance de son protecteur. Nommé assistant de Steidele à l'hôpital espagnol, il obtint un secours de l'empereur pour visiter les établissements de France et d'Angleterre intéressant la chirurgie.

Hunckowsky n'a que peu les *qualités d'écrivain*. Son livre est comme un rapport froid, méthodique. Toutefois, malgré sa jeunesse, il avait ce qu'il fallait pour bien voir et bien juger. Différentes méthodes avaient été appliquées sous ses yeux ; il avait suivi de près des chirurgiens de valeur. Il profita largement de son séjour à l'étranger et ce qu'il en dit peut nous intéresser encore. Nous le resumons en partie.

I. L'Hôtel-Dieu.

Hunckowsky arrivait à Paris, muni de recommandations pour Louis, qui le reçut avec une exquise bienveillance ; grâce à son appui, il put voir en détail les hôpitaux. Ne se bornant point à suivre avec assiduité les visites des médecins et des chirurgiens, il étudia tous les détails de l'administration, de l'hygiène ; son travail est impartial et minutieux.

Une chose l'a d'abord frappé : la facilité avec laquelle sont reçus les malades ; ils peuvent entrer à toute heure du jour et de la nuit sans distinction de religion ou de nationalité ; la seule formalité qu'ils aient à subir, c'est une visite médicale sommaire : deux chirurgiens, dits ***chirurgiens de la porte***, constamment de garde, envoient aux hôpitaux spéciaux les gens atteints d'affections qu'on ne soigne pas à l'Hôtel-Dieu. Ils ont à refuser de temps en temps des

les douleurs remontent à trois mois; la tête du fémur, en partie dépourvue de cartilage, présente en bas, près du col, une cavité anfractueuse tapissée par des fongosités qui ont envahi la séreuse.

De ces examens, Lannelongue conclut à l'origine osseuse de la coxotuberculose; celle du moins qui naît primitivement dans l'articulation, car l'affection peut provenir d'une lésion de voisinage; un abcès vertébral par exemple, dans ses migrations successives, atteint la capsule, l'entame et pénètre la synoviale bientôt envahie par les végétations fongueuses. Mais ces cas sont fort rares et les constatations de Volkmann, un fait de Barwel militent en faveur de l'opinion de Lannelongue : les granulations tuberculeuses, dont l'évolution a pour conséquence la désorganisation des divers éléments de la jointure, se déposeraient tout d'abord dans l'épaisseur du tissu osseux.

Une conclusion aussi formelle n'est peut-être valable que pour la coxotuberculose de l'enfance. L'arthrite fongueuse bacillaire de l'adulte a parfois une origine différente; en tout cas. L'éruption miliaire de la granulie, plus fréquente, il est vrai, au genou, a pour siège la surface interne de la séreuse, encore inaltérée. Mais, pour laisser de côté ces « hydarthroses tuberculeuses », et pour en revenir aux tumeurs blanches, disons que Poulet et Kiéner, qu'Antonin Poncet, dont la compétence est si grande, croient à la réalité de l'arthro-synovite primitive; la séreuse est prise, puis le revêtement cartilagineux est attaqué par la chondrite panneuse; il est perforé, et la carie s'enfonce en forme de coin dans l'épaisseur de la tête osseuse ; l'os pourrait résister même et rester sain; Poulet nous dit en avoir observé de « curieux exemples ».

II

Des deux os de la jointure, tête fémorale et cotyle, on ne sait trop lequel est le premier atteint. Poulet et Bousquet accordaient volontiers la prédominance à l'acétabulite. Lannelongue invoque, contre cette opinion, des arguments dont l'un du moins nous paraît avoir de la valeur, le résultat de ses quatre nécropsies de coxotuberculose au début; les altérations y avaient la tête du fémur comme point de départ évident; et puis, dans les cas déjà anciens, les désordres ne sont-ils pas plus étendus et plus profonds sur le fémur que sur l'os iliaque? La physiologie ne nous apprend-elle pas d'ailleurs que le développement est moins actif dans le cotyle que dans l'épiphyse, où le cartilage conjugal est plus épais, plus vasculaire, et le siège d'une prolifération cellulaire plus abondante?

Le noyau caséeux occupe tantôt le centre de la tête et tantôt il se dépose au-dessous du cartilage de revêtement ou près du cartilage épiphysaire; le col lui-même peut être atteint tout d'abord, surtout en bas et en dedans; on a cité des cas où le trochanter était le siège de l'altération initiale. « Ce sont de simples granulations, une tache jaune, un groupe tuberculeux; ces petits foyers de début, centraux ou périphériques, restent parfois inactifs pendant des mois ou même des années; ils sommeillent sans donner lieu à aucun phénomène appréciable en clinique. » Les symptômes de la coxotuberculose n'éclatent que lorsque l'articulation est touchée par les progrès du mal. Cette première période latente, pas ou peu signalée par les auteurs, n'est point particulière à la coxotuberculose, et nous la retrouvons aussi bien dans la plupart des tuberculisations viscérales.

Le noyau primitif s'agrandit; il agit comme épine, et provoque une ostéite de voisinage qui gagne de proche en proche ; les follicules se déposent, et devant eux les trabécules se raréfient; les éléments jeunes s'accumulent dans les aréoles élargies et comblées par les fongosités; les vaisseaux sanguins s'oblitèrent, et le territoire plus ou moins étendu qu'ils irriguent se nécrose. C'est ainsi que se forment les séquestres; ils sont, en général, petits, mais il en est de très volumineux, et Lannelongue possède une pièce « où la tête et le col, dans sa totalité, sont détachés en un seul séquestre tombé dans la cavité articulaire ».

Lorsque le foyer agrandi affleure le revêtement cartilagineux, celui-ci s'amincit, perd son élasticité, se ramollit, puis disparaît, et les fongosités émergent dans l'article. La synoviale se prend, et dès lors se déroulent les signes de la coxotuberculose. Il est des cas, fort rares d'ailleurs, où la caverne creusée dans l'épaisseur de la tête s'ouvre tout à coup dans la jointure par une sorte de trépanation spontanée de l'os et du cartilage; le contenu caséeux se déverse dans la cavité séreuse, qui réagit, et l'on a tous les caractères d'une véritable arthrite suraiguë.

Tandis que les fongosités désorganisent la synoviale, la capsule et les ligaments, les os subissent des déformations remarquables. Les deux surfaces de la jointure, la tête et le cotyle prennent, grâce à la contracture permanente des muscles péri-articulaires, une attitude fixe, la même dans tous les cas; la partie supérieure, externe et centrale de la tête fémorale exerce une pression continue sur la

---

gaillards bien portants qui, tombés sous le coup d'une poursuite judiciaire, espèrent dépister la police.

Les 1233 lits renferment parfois 4000 malades. Quelques chambres isolées sont ouvertes à certaines personnes seulement, c'est la *recommandation*. Rien n'impressionne plus péniblement l'étranger que l'encombrement. Des pièces d'une grandeur moyenne ont quatre rangées de lits ; chacun d'eux sert à plusieurs malades. « C'est la première fois, dit Hunckowsky, que j'ai vu pareille chose. Des individus convalescents de fièvre putride sont couchés à côté d'autres qui en présentent les premiers accidents. Il n'est pas rare que trois ou quatre personnes atteintes à leur entrée d'affections différentes, finissent par prendre cette fièvre et en mourir. L'humanité se révolte contre de pareilles choses. Le roi régnant, touché par l'insistance de quelques philanthropes, a rendu une ordonnance qui prescrit de coucher chaque malade isolément; mais, comme il existe une provision considérable de lits à plusieurs places, on se borne à les cloisonner de manière qu'il n'y ait plus contact immédiat. « Cette amélioration ne fut pas même faite, une lettre, que l'auteur reçut au moment de l'impression de son livre (1783), lui apprit que rien n'était changé.

Le service intérieur laissait à désirer; il y avait pour tout l'établissement 92 sœurs, 50 novices, 18 assistants laïques portant le costume religieux, 14 garçons chargés des besognes pénibles, comme le transport des malades d'une salle à l'autre, l'ensevelissement des morts. Les gens du peuple les appelaient dans leur argot lugubrement plaisant les *emballeurs*.

L'administration effective était aux mains de la communauté; pour arriver à des résultats médiocres, les religieuses déployaient une somme à peine croyable de volonté, d'énergie, de dévouement. L'excès de ces qualités était parfois nuisible. En 1780, la question de liberté de conscience n'existait pas. Le malade était pour tout le monde un catholique; personne n'eût trouvé extraordinaire que la sœur

région postérieure, supérieure et externe du sourcil cotyloïdien; or la tête et le sourcil ont perdu leur revêtement; ils sont enflammés, fongueux, de moindre résistance; ils se détruisent, et cette « ulcération compressive », comme dit Lannelongue, ce « décubitus ulcéreux », selon la désignation de Volkmann, ont, comme conséquence, une diminution de volume de la tête aplatie, dégradée, parfois disparue, un agrandissement du cotyle éculé, pour ainsi dire, et sans limite fixe du côté de la fosse iliaque, à moins qu'un relief nouveau ne se développe par irritation de voisinage et ostéite productive.

Les conséquences de ces déformations sont nombreuses: les mieux connues sont les déplacements des surfaces articulaires; elles ne sont plus étroitement emboîtées; elles glissent l'une sur l'autre, entraînées par la contraction et l'on a des chevauchements, des subluxations, des luxations complètes. Le plus souvent les restes de la tête fémorale s'échappent en haut et en arrière, dans la fosse iliaque externe, grâce à l'effacement du sourcil; mais on sait bien que, pour être le plus fréquent, ce déplacement n'est pas le seul; le rebord cotyloïdien subit parfois l'ulcération compressive en avant; l'acétabulum s'ouvre encore dans le bassin où la tête fémorale pénètre lorsqu'elle n'est pas arrêtée par une couche d'os nouveau déposée par l'ostéite productive.

Et ces destructions osseuses du sourcil cotyloïdien, en haut et en arrière, en bas et en avant, cet effondrement de l'arrière-cavité ne sont pas les seules altérations de l'acétabulum. Lannelongue a vu des cavernes, remplies de matières caséeuses et séparées par des reliefs saillants, se creuser dans cet os; or ces dépressions profondes, sans rapport immédiat avec la tête du fémur, n'étaient évidemment pas dues à l'ulcération compressive. Dans d'autres cas, « les trois parties de l'os iliaque, normalement soudées entre elles par le cartilage acétabulaire, sont disloquées et une membrane fongueuse s'étend d'un segment osseux à l'autre ». Lorsque les ligaments et la capsule persistent encore, leur implantation sur l'os ne peut plus être la même, puisque leur ancienne surface d'insertion est cariée; aussi s'attachent-ils au-dessus de la cavité agrandie, sur l'os de production nouvelle.

III

Les lésions de la synoviale passent au second rang, depuis qu'on les considère comme consécutives aux altérations osseuses. Elles consistent en végétations tantôt grêles et chétives, tantôt exubérantes, tantôt localisées dans les culs-de-sac au-dessus des dépôts tuberculeux et des cavernes creusées dans les extrémités articulaires. Il existe alors une sorte de continuité entre les fongosités de l'os et celles de la séreuse. Les unes sont purement inflammatoires, mais la plupart, rosées ou grisâtres, rouges ou ecchymotiques, carminées, lie de vin ou transparentes comme de la chair d'huître, montrent, à leur centre, un point jaunâtre semblable à de la semoule cuite et qui n'est qu'un amas de follicules tuberculeux.

Ces fongosités remplissent bientôt la cavité, *sèche* jusque-là, nous dit M. Lannelongue. La sérosité grumeleuse, décrite par les auteurs comme existant déjà aux premières périodes, ferait au contraire défaut au début, et la coxotuberculose pourrait même évoluer sans sécrétion intra-articulaire. En tous cas, la matière puriforme n'apparaîtrait que fort tard et ne serait autre que des débris tuberculeux ramollis et liquéfiés, des parcelles osseuses, des lambeaux de cartilage et tous les tissus en régression de la jointure désorganisée.

Ce foyer provoque des désordres dans les parties avoisinantes; les fongosités franchissent facilement les limites de la capsule ramollie et, dans une zone jadis saine, se développe, au-devant des végétations exubérantes, du tissu conjonctif jeune, d'autant plus abondant que la résistance des diverses couches anatomiques est moindre; ces amas néoformés se substituent peu à peu aux cloisons celluleuses et aux muscles eux-mêmes, et leur traînée va être l'origine de collections puriformes de tout ordre, d'abcès intra ou extra-synoviaux qui caractérisent les périodes avancées de la coxotuberculose.

L'origine de ces abcès est étudiée d'une manière très précise dans les leçons de M. Lannelongue. On y voit comment ils naissent de la synoviale fongueuse, des foyers osseux caséifiés et des ganglions lymphatiques ramollis. La « membrane tuberculogène » de la séreuse progresse aussi bien vers la cavité où s'épanouissent les végétations que vers la périphérie; dans le premier cas, les éléments tuberculeux liquéfiés distendent la synoviale; dans le second, ils forment une des variétés des abcès circonvoisins de Gerdy; les fongosités qui ont envahi les muscles ou les espaces celluleux entrent en nécrobiose, et une collection purulente s'amasse, indépendante de la jointure.

Les abcès osseux s'ouvrent dans l'article et nous avons vu comment un foyer latent, sans réaction, se déverse dans

---

de la salle usât de son influence pour ramener à la religion un pécheur endurci ou faire rentrer un hérétique dans le giron de l'Eglise. Il y avait des difficultés d'un autre ordre. Ni les médecins, ni les chirurgiens ne pouvaient régler le régime; les nonnes n'écoutaient que leur sensibilité; pour peu qu'un malade eût appétit et fût affaibli, elles n'hésitaient jamais à lui administrer force rations de veau ou de poulet.

Le personnel médical comprenait 8 médecins, 1 chirurgien en chef et 100 chirurgiens de grade différent. Hunckowsky s'est peu occupé des premiers; 4 faisaient leur visite l'après-midi et 4 le matin; ils passaient le plus vite qu'ils pouvaient, traitaient les malades d'après les formules réglementaires, n'avaient pas d'élèves, ne faisaient pas de leçons. Parmi les chirurgiens, un seul, le chirurgien en chef, était un maître, les autres occupaient des fonctions subalternes correspondant à celles de chef de clinique, d'interne, d'externe ou de stagiaire.

Il y avait 13 chirurgiens internes nourris et logés à l'hôpital, 15 externes ou *ayant tablier* qui prenaient deux repas dans l'établissement et logeaient en ville à leurs frais. Les autres étaient tenus d'assister aux visites, de faire les gardes aussi exactement que les premiers et ne jouissaient d'aucun avantage; une absence non justifiée suffisait pour leur faire perdre leur rang; pour plusieurs ils étaient rayés.

Le poste le plus envié était celui de *gagnant maîtrise*. Avant de l'obtenir, il fallait un séjour de quatorze à quinze ans à l'hôpital; le titulaire prenait un engagement de six ans: il sortait immédiatement de pair; c'était un chirurgien en second ayant son service isolé, pouvant faire des opérations, n'appelant le chirurgien-major que dans les cas graves. Il avait droit, en outre, d'exercer son art en ville, recevait la maîtrise sans frais, et parfois devenait major à son tour dans l'hôpital, à condition toutefois qu'il ne trouvât point devant lui un *chirurgien survivant*. Le croirait-on, une fonction pareille était parfois transmise par hérédité, comme

la synoviale par trépanation spontanée, et provoque une arthrite subaiguë. Mais le contenu de la caverne peut encore prendre un autre chemin : Une fistule se forme qui gagne la surface de l'os au delà des limites de la jointure. Y aurait-il aussi des abcès extra-articulaires indépendants de la synoviale et de l'os? On nous parle de follicules discontinus, sans relations avec le foyer primitif et qui naîtraient dans le tissu lardacé entourant la jointure malade. M. Lannelongue n'y croit guère, et, pour lui, ces collections isolées étaient primitivement en connexion avec la séreuse ou l'extrémité osseuse dont elles se sont séparées plus tard; ne trouve-t-on pas parfois quelques liens fibreux, vestiges des connexions anciennes, entre l'abcès froid et son lieu d'origine?

Les ganglions inguinaux et iliaques qui reçoivent les lymphatiques des divers tissus de la jointure sont presque constamment altérés; les inguinaux sont les premiers atteints, puis ceux de la fosse iliaque ne tardent pas à se prendre et l'on trouve une chaîne ininterrompue qui commence dans le triangle de Scarpa pour arriver jusqu'à la colonne vertébrale. Au début, il s'agirait d'un simple gonflement, d'une adénite chronique sans follicules spécifiques dans le tissu sclérosé, mais, plus tard, les nodules se déposent, les amas caséeux se forment; l'inoculation bacillaire a suivi la voie lymphatique et, de la hanche, s'est propagée de ganglions en ganglions. Ceux mêmes que recouvre le péritoine communiquent leur virulence à la séreuse, parsemée aux points de contact, de granulations miliaires.

Nous voudrions suivre M. Lannelongue dans les trois autres leçons qu'il consacre à la coxotuberculose. Les chapitres cliniques ne sont pas en effet moins intéressants, celui surtout qui est relatif au traitement. Nous voudrions donner une longue analyse de l'étude que l'auteur consacre aux résultats de l'extension continue. L'appareil qu'il a imaginé est des plus simples, des plus pratiques, des moins coûteux et des plus efficaces. — Nous nous arrêtons et nous résumons, d'un mot, notre impression sur la publication nouvelle de M. Lannelongue : Elle nous semble valoir ses aînées.

Paul Reclus.

DERMATOLOGIE

De la sarcomatose cutanée généralisée primitive.

La question de la sarcomatose cutanée se rattache étroitement à celle du mycosis fongoïde que nous avons étudiée dans notre dernier article (1). Ces deux affections ont en effet été confondues par beaucoup d'auteurs, et, quand nous avons discuté la nature du mycosis, nous avons insisté sur ce fait qu'à côté du mycosis fongoïde vrai tel que l'a décrit Bazin, il existe un autre type clinique bien défini, la sarcomatose cutanée généralisée primitive, ou tout au moins la variété de sarcomatose cutanée généralisée primitive dont Kaposi a le premier, en 1870, donné une bonne description sous le nom de sarcome pigmentaire multiple idiopathique de la peau.

Depuis lors, les travaux de Vidal, de Tanturi, de Tomaso de Amicis, de Hardaway, de Kœbner, de Perrin, etc., son venus compléter l'œuvre du dermatologiste viennois; ils nous permettent aujourd'hui de considérer le type suivant comme bien établi et définitivement acquis à la science.

I

Le sarcome généralisé primitif de la peau type Kaposi, se développe d'ordinaire chez des hommes de quarante à soixante ans, robustes, bien portants, appartenant aux classes laborieuses de la société. Il est rare dans le premier âge de la vie; cependant on l'a parfois observé chez des enfants : il est surtout fréquent en Italie et en Allemagne.

Un de ses grands caractères cliniques est de débuter par les extrémités; quelquefois les pieds seuls sont d'abord envahis. Il se produit en ces points une sorte de gonflement tout particulier, d'œdème dur, qui s'accompagne d'une sensation assez marquée de tension des téguments, parfois de prurit et de picotements. Puis apparaissent des taches d'un brun rougeâtre, livides, pourpres ou franchement bleuâtres, sur lesquelles peuvent se former de toutes petites nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle; leur volume augmente graduellement. Dans quelques cas on observe de petits noyaux infiltrés dans le derme, isolés, bleuâtres ou d'un brun rougeâtre. D'autres fois le premier symptôme de la maladie est constitué par des taches diffuses cyanotiques, au niveau des-

(1) Voy. la *Gazette hebdomadaire* du 2 avril 1886.

un fief ou une futaie. Et ce monstrueux privilège était conféré par la faveur du roi ou vendu!

Il passait chaque année à l'Hôtel-Dieu environ 500 malades atteints d'affections chirurgicales. « Nulle part, dit Hunckowsky, on n'en voit pareil nombre. » Ce n'était pas précisément un bien pour les élèves; pendant des années trop de cas nouveaux défilaient devant eux pour qu'ils eussent le temps de suivre les maladies. Le chirurgien en chef faisait sa visite sans rien dire, les étudiants devaient se rapprocher le plus près possible des lits pour voir par eux-mêmes ce qui s'y passait. La pratique au moins était-elle toujours excellente? notre voyageur raconte un ou deux faits qui laissent bien des doutes à cet égard :

« J'ai vu plusieurs malades entrés pour des tumeurs froides des genoux mourir quelques jours après qu'on les avait ouvertes. Un des chirurgiens les plus ingénieux conclut de là qu'il fallait attendre avant d'inciser, même lorsqu'ils présentaient des symptômes manifestes d'humidité; il vaut mieux les ponctionner au trocart parce qu'on reconnaîtra par là l'existence et la nature du liquide, qu'on évacuera plus tard. Dans l'hôpital, cette opération et même la simple ponction d'une articulation atteinte sont presque infailliblement mortelles.

» Un homme de trente-six ans, solide et de bonne apparence, entre pour une tumeur froide un peu plus grosse qu'un œuf, au voisinage du coude; elle existait depuis quelques années et n'avait produit aucune gêne; seulement, comme elle augmentait de volume, elle commençait à rendre le travail difficile. La peau qui la recouvre a sa coloration normale; quand le bras est fléchi, il ne sent pas la moindre douleur dans la tumeur. On la prend au début pour un anévrysme, parce qu'elle est le siège d'une pulsation qu'on peut voir et sentir. Après un examen suffisant, on reconnaît que les battements siègent dans l'artère humérale passant au-dessus d'elle. A la suite de cette découverte, le plan du traitement fut changé. On prescrit un laxatif et on abandonne,

quelles il se produit peu à peu une infiltration lardacée des téguments : leur surface est d'abord lisse, puis elle se mamelonne, et le sujet arrive ainsi assez lentement à présenter ces plaques saillantes bosselées qui sont caractéristiques de cette dermatose.

Au bout d'un laps de temps variable, d'ordinaire assez long, l'affection qui continue à progresser arrive à la période d'état ou de tumeurs. La physionomie du malade est alors frappante et permet de poser d'emblée le diagnostic. Les mains sont très épaissies, déformées, comme infiltrées d'une matière ferme et cartilagineuse donnant au toucher une sensation de dureté et de rénitence toute particulière. Leur coloration est brunâtre ou bleuâtre avec quelques teintes rougeâtres disséminées çà et là; la peau est parfois lisse et tendue, par places squameuse, parfois elle est rugueuse, mamelonnée ou parsemée de petits tubercules. Dans quelques cas on ne voit que quelques nodules isolés, ou confluents; plus souvent on observe de larges plaques d'infiltrations sur lesquelles s'élèvent de petites éminences nodulaires cyanotiques.

Les doigts sont également tuméfiés; dans la plupart des cas ils sont rigides, à demi étendus et divergents. Le plus souvent leur infiltration n'est pas uniforme; ils sont parsemés çà et là de nodosités d'un rouge vif ou d'un bleu violacé dont le volume varie de celui d'un grain de blé à celui d'une fève. Ces nodosités peuvent devenir saillantes, se pédiculiser, s'ulcérer.

Les altérations subies par les pieds sont à peu près identiques à celles que nous venons de décrire. Leur face dorsale est bombée en avant; leur face plantaire est tuméfiée et tendue, la peau y est rénitente, brillante, à peine dépressible au toucher, parfois douloureuse spontanément, mais surtout à la pression, d'un rouge brunâtre ou d'un bleu violacé : par places on y voit des masses solides irrégulièrement mamelonnées, présentant les colorations précédentes. Les orteils sont gonflés et infiltrés de nombreuses nodosités d'un rouge bleuâtre.

Je le répète encore, et je ne saurais trop y insister, ce sont là les lésions caractéristiques du type dont je m'occupe, celles qui lui donnent sa physionomie à part, et qui permettent de la reconnaître d'emblée. Il ne faudrait pas croire toutefois qu'elles restent isolées. On peut trouver, en effet, d'autres productions morbides sur le reste du corps; elles sont surtout nombreuses aux jambes, aux avant-bras, aux bras et aux cuisses, devenant d'autant plus rares que l'on se rapproche davantage du tronc. Demange et Vidal en ont signalé sur la muqueuse du gland.

La forme de ces tumeurs est variable; elles sont arrondies ou ovoïdes, allongées ou aplaties, nummulaires ou discoïdes (Perrin); le plus souvent elles sont sessiles, mais quelquefois elles se pédiculisent, et leur pédicule est plus ou moins long et grêle. Pour la plupart, elles sont violacées, lie de vin, d'un bleu foncé, brunâtres ou même noirâtres; cette teinte ne disparaît point par la pression du doigt. Au toucher, elles donnent une sensation de dureté et d'élasticité toute particulière. Elles sont isolées ou réunies en groupes : dans ce dernier cas, elles forment des plaques plus ou moins étendues et irrégulières, violacées, lisses ou mamelonnées, ayant parfois des bords saillants et un centre déprimé presque cicatriciel. L'épiderme qui recouvre ces néoplasies est lisse et luisant au début, plus tard il peut s'exfolier; dans quelques cas, on l'a vu se transformer et donner lieu à des productions cornées, stratifiées, semblables à de grosses verrues.

Les phénomène subjectifs éprouvés par les malades ne sont pas très importants. Les mains ne sont que rarement le siège de douleurs sourdes et profondes, ou bien brûlantes et lancinantes. Par contre, il est assez fréquent de voir les malades éprouver de la difficulté pour marcher et ne pouvoir ni plier les doigts ni fermer les mains.

Les diverses sensibilités au tact, à la température et à la douleur sont conservées au niveau des parties atteintes. Dans quelques cas, les malades éprouvaient une sensation marquée de froid sur tout le corps, et cependant à la main on aurait plutôt conclu à une élévation de la température locale au niveau des tumeurs. Les ganglions lymphatiques restent indemnes dans la plupart des cas; le nombre des globules blancs est normal ou peu augmenté.

Les lésions que nous venons de décrire peuvent rester longtemps stationnaires; elles peuvent aussi s'affaisser, se décolorer, disparaître spontanément en laissant après elles une macule d'un gris sale ou d'un jaune brunâtre; parfois, lorsque les mains subissent ce processus régressif, il se produit des rétractions permanentes, et les doigts restent fléchis. Le plus souvent les néoplasies ne cessent de se multiplier par apparition de nodules nouveaux, et cette multiplication, fort lente au début, devient d'ordinaire très rapide aux dernières périodes de l'affection. On les a vues enfin se pédiculiser, faire, en quelque sorte, hernie au dehors, et prendre un développement rapide; dans ce cas, lorsqu'on les détache, il se produit une hémorrhagie artérielle assez abondante par le

---

pendant quelques jours, la tumeur à elle-même. A mon grand étonnement, je vis ensuite le premier chirurgien enfoncer, sans dire pourquoi, un trocart dans son épaisseur. Il sortit quelques gouttes de sang. On mit un cataplasme émollient. Le lendemain, il y avait de la fièvre et la tumeur était très douloureuse. Sans qu'on pût noter aucun changement de forme, on ordonna une saignée et des médicaments internes, on fit enlever le cataplasme; la fièvre continua et le malade succomba au bout de quelques jours. Pour un praticien, c'est là certainement un cas instructif; mais, pour un commençant disposé à regarder le chirurgien en chef comme un être infaillible qu'il faut imiter servilement, rien n'est plus capable de l'induire en erreur. Le chirurgien en chef eût pu donner, à propos de ce cas, une excellente leçon; il n'en fit rien. Quelques jours après, j'interrogeai un des plus anciens élèves sur les causes du décès. « Cet homme a pris une indigestion, me répondit-il, et est mort d'une fièvre symptomatique. »

Pendant le séjour de Hunckowsky à Paris, on ne fit pas de taille; par contre, il assista à huit amputations, six malades moururent. De pareils résultats n'étaient guère propres à l'enthousiasmer; malgré tout, sa bienveillance ne se dément pas. L'hygiène est défectueuse; le personnel n'est pas assez nombreux; les chirurgiens n'enseignent rien; n'importe, c'est l'ensemble qu'il faut voir, il est excellent. Il passe annuellement 30 000 personnes, il en meurt 6000; c'est une proportion de 1/5; en admettant que ce chiffre soit un peu au-dessous de la réalité, rien ne démontre mieux l'utilité de l'Hôtel-Dieu, puisque, grâce à lui, 24 000 citoyens sont conservés tous les ans à l'Etat!

II. La Charité.

Son histoire est bien connue depuis le travail du professeur Laboulbène; le chirurgien autrichien, du reste, n'insiste guère sur cet hôpital; l'administration et le régime y diffèrent peu de ceux de l'Hôtel-Dieu; on va surtout à la Charité pour voir

pédicule, puis la tumeur enlevée récidive. Il est rare de les voir s'ulcérer, soit spontanément, soit à la suite d'irritation; cette complication a été notée cependant plusieurs fois, en particulier dans un cas de Kaposi, où le dos de la main présentait une assez large perte de substance, dont le fond était tapissé de fragments de tissus mortifiés, et dont les bords, taillés à pic, étaient très indurés en dehors et putrilagineux en dedans.

Pendant presque toute sa durée, la sarcomatose cutanée généralisée primitive reste localisée aux extrémités et aux segments voisins des membres; ce n'est que lorsque le malade arrive aux dernières périodes qu'on voit des tumeurs envahir assez rapidement le reste du corps, puis se développer sur les muqueuses génitale, nasale, buccale, laryngée, etc., en donnant lieu à divers symptômes, parmi lesquels il faut surtout signaler des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses, du melæna. En même temps la fièvre apparaît, s'élève à 39, 40 degrés; il survient de la diarrhée, de l'inappétence; le malade perd ses forces, tombe dans la prostration, dans la cachexie, et finit par succomber aux progrès du mal ou à une complication.

Un fait remarquable et sur lequel tous les auteurs ont insisté depuis Kaposi, c'est que les productions morbides ne se propagent pas le long des lymphatiques. Ce serait donc une sorte de maladie générale, dans laquelle l'organisme tout entier serait frappé. Elle dure d'ordinaire deux ou trois ans, parfois davantage, et semble avoir une évolution beaucoup plus rapide chez les enfants.

II

L'anatomie pathologique de cette affection est bien connue depuis les travaux de Kaposi, de Tomaso de Amicis, etc. M. le docteur Perrin l'a remarquablement exposée dans sa thèse, et nous le suivrons pas à pas pour en reproduire les traits principaux.

A la période maculeuse, il n'y a pas encore, à proprement parler, de tumeur, mais une infiltration simple. Plus tard, les intumescences se produisent, et quand on pratique alors une coupe dans la masse morbide, on voit qu'elle est constituée par un tissu mollasse, vasculaire, coloré en vert orangé, dont les limites sont diffuses, mais qui ne semble pas cependant dépasser l'hypoderme.

Ce tissu est surtout constitué par des cellules rondes nucléées de dimensions variables, ayant de la tendance à devenir ovales et allongées; elles peuvent être disséminées çà et là, mais le plus souvent elles sont groupées en îlots nettement limités. A côté d'elles, on trouve des éléments fusiformes s'associant pour former un fin réticulum. Les coupes sont sillonnées de lacunes de formes variables, dont les parois sont en grande partie, sinon en totalité, formées d'éléments sarcomateux ronds ou fusiformes, ce qui démontre clairement la nature angiomateuse de ces tumeurs. Kaposi a le premier bien insisté sur cette disposition, et il a montré qu'elles sont de plus infiltrées de pigment sanguin provenant d'infiltrations hémorrhagiques. L'origine exacte de la néoplasie paraît être dans le derme proprement dit. L'épiderme n'est jamais bien altéré; il est parfois aminci, parfois épaissi; souvent les cellules de Malpighi sont infiltrées de pigment. Les poils et les glandes ne paraissent pas être profondément atteints : cette affection ne détermine pas d'alopécie quand elle envahit les régions pilaires.

Presque tous les auteurs considèrent cette affection comme incurable : d'après eux, elle suit une marche fatale, et n'a d'autre issue que la mort après une évolution plus ou moins longue. Cependant M. le docteur Vidal a observé, dans un cas, une rémission complète de la maladie. Köbner a obtenu une guérison par l'emploi méthodique des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, et tout récemment encore Shattuck a publié une observation semblable.

Ces faits, les irrégularités que l'on constate dans la marche de cette dermatose, ses allures de maladie générale, ont conduit M. le docteur Perrin à se demander si c'était bien là réellement du sarcome, ainsi que semble le démontrer l'anatomie pathologique, et s'il ne serait pas plus logique d'en faire une entité morbide spéciale de nature infectieuse et microbienne. Aucun fait précis n'est venu encore confirmer cette vue théorique que M. le docteur Perrin ne formule d'ailleurs que sous toutes réserves.

III

Sans être fréquente, l'affection dont je viens de donner la description mérite d'être connue, puisque depuis 1870, époque où a paru le premier travail de Kaposi, on en a publié une cinquantaine de cas : on en trouve signalés quarante-huit dans la thèse de M. le docteur Perrin (1). Ce qui prouve surabondamment qu'il s'agit d'un type clinique bien défini, c'est qu'il suffit de lire la première venue de ces quarante-

(1) Sur ces quarante-huit cas, seize seulement sont relatés tout au long dans ce travail.

---

les frères chirurgiens pratiquer la taille et traiter les fistules à l'anus sans opération sanglante. Cette spécialité les a rendus populaires. Aucun établissement ne reçoit autant d'individus atteints de cette infirmité. Le frère Potentier enseigne lui-même au voyageur le manuel opératoire; il est très simple : on introduit dans la fistule un fil métallique (souvent en plomb) qu'on noue en serrant fortement à l'extérieur. Souvent le malade se plaint de douleurs si vives le deuxième ou le troisième jour qu'il faut retirer le fil. On m'a raconté qu'il y a quelque temps un jeune homme éprouvait, au bout de deux jours, d'atroces souffrances. L'opérateur, persuadé que le fil n'avait été que médiocrement serré, se dispensa d'y toucher et même d'examiner la région; il exhorta simplement le malade à la patience. Le lendemain, à la visite du matin, on trouva une gangrène étendue du voisinage de l'anus; l'opéré mourut dans la journée. Dans la circonstan e, l'insuccès doit être attribué à la négligence plutôt qu'à la méthode. Celle-ci pourtant n'est pas l'idéal; lorsqu'il existe plusieurs ouvertures entourées de fongosités, il faut commencer par enlever celles-ci; la guérison est très lente : les désordres sont tellement étendus qu'il reste souvent après l'opération une incontinence fécale.

La lithotomie est faite, à la Charité, avec le bistouri à lame cachée. Cet instrument, dit-on, expose à la blessure de l'ischio-caverneuse; le même accident peut arriver dans tous les cas, peut-être est-il un peu plus fréquent quand on se sert de ce bistouri, l'on peut cependant le prévenir. « M. Ferrein, habile chirurgien, venu d'une ville de province à Paris, m'a assuré que si une plaie de l'artère en question donne lieu à une hémorrhagie menaçante, il suffit pour l'arrêter de sectionner complètement le vaisseau; par conséquent, lorsque l'hemorrhagie apparaît, d'enfoncer l'instrument tranchant plus profondément dans la plaie. Le bistouri à lame cachée a un autre inconvénient. C'est qu'il ne fait qu'une incision insignifiante du col de la vessie, de sorte qu'il est impossible d'extraire ces calculs même de moyen volume sans le léser. »

huit observations pour retrouver presque textuellement la description qui précède. Tous ces faits sont comparables, je dirais même identiques entre eux.

Si l'on veut bien maintenant se reporter à ce que nous avons dit du mycosis fongoïde, on verra que la sarcomatose cutanée généralisée idiopathique de Kaposi ne peut en rien être assimilée au mycosis fongoïde à période eczémateuse et lichénoïde prémonitoire de Bazin.

Le mycosis fongoïde débute par des éruptions diverses, par des rougeurs assez marquées d'un rose vif, s'effaçant incomplètement par la pression, siégeant en un point quelconque du corps, sur la face, sur les membres, mais surtout sur le tronc. Le sarcome de la peau débute par des tuméfactions, par des œdèmes durs, puis par des taches bleuâtres ou d'un brun rougeâtre, toujours localisées aux extrémités.

A la période d'état le mycosis fongoïde est caractérisé par des plaques eczématiformes, lichénoïdes, par des infiltrations plus ou moins épaisses et d'un rouge plus ou moins vif des téguments, puis par des tumeurs d'un rouge variable, mamelonnées, frambœsioïdes, siégeant surtout sur le tronc, sur la face, le cuir chevelu, la racine des membres. Le sarcome est caractérisé par les déformations si spéciales des mains et des pieds que nous venons de décrire, par des tumeurs violacées ou bleuâtres, parfois pédiculées, ne reposant nullement sur une base eczémateuse ou lichénoïde, par le siège de prédilection marqué de ces productions morbides vers les extrémités.

Les tumeurs du mycosis fongoïde évoluent, s'ulcèrent ou se résorbent spontanément avec beaucoup plus de rapidité que celles du sarcome. Elles sont plus mobiles, plus fugaces.

En somme, quand on considère le mode de début, l'aspect général du malade, la forme et la coloration des productions morbides, leur localisation, on ne trouve que des différences entre le mycosis fongoïde et le sarcome. Aussi doit-on en faire deux types morbides bien distincts.

D'autre part, il faut bien reconnaître que, dans leur marche, dans leur structure histologique, ces deux affections présentent quelques points de ressemblance. Aussi est-il permis de se demander, comme nous l'avions fait, M. le docteur Vidal et moi, si l'on ne pourrait pas les considérer comme des maladies spéciales, *sui generis*, que l'on devrait ranger dans un même groupe morbide.

Dr L. Brocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'action emménagogue de l'acide oxalique, par le docteur V. Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

A l'époque récente où l'on découvrit que la fonction cataméniale devait être rattachée à l'ovulation périodique chez la femme, l'opinion sur les liens pathologiques de cette fonction fut profondément modifiée. Il n'est pas sans intérêt de rappeler comment la question avait été comprise par les anciens, et comment elle fut envisagée sous l'empire des idées nouvelles. On peut d'ailleurs, à cet égard, consulter avec fruit l'ouvrage de M. Raciborski (*Traité de la menstruation*).

Les anciens avaient considéré l'écoulement menstruel comme une sorte de crise destinée à débarrasser l'économie d'un trop plein ou même de matériaux altérés, accumulés peu à peu dans le fluide sanguin pendant l'intervalle des époques. C'était comme une soupape de sûreté que la prévoyante nature ouvrait et fermait plus ou moins régulièrement selon le besoin. Quand ce déversoir venait à être supprimé, on pensait généralement que la femme courait les plus grands dangers. Capuron a résumé ainsi l'opinion de l'antiquité, encore dominante à son époque, touchant les inconvénients de l'aménorrhée : *Hinc enim oriri solent viscerum obstructiones, cachexia, chlorosis, hydrops, cæterique morbi curatu difficillimi.* Quoi d'étonnant que, professant une telle doctrine, le praticien ait mis tout en œuvre pour rappeler la fonction dont la suppression devenait la source de tant de maux? Malheureusement, privé de boussole pour se diriger dans ses tentatives, et sans moyen vraiment efficace d'atteindre le but visé, il était exposé à rencontrer des déceptions à chaque pas quand il s'adressait aux emménagogues les plus en vogue, et rarement ses efforts étaient couronnés de succès.

Pour faire un choix parmi les agents fournis par la matière médicale, on partait de l'hypothèse ou bien que l'absence des règles était due à l'irritation congestive ou inflammatoire de la matrice, et l'on se servait alors de la sabine, de la rue, etc., qui passaient pour posséder une action dynamique propre à décongestionner cet organe; ou bien on supposait que le sang était détourné de son cours habituel, et on prenait à tâche d'en provoquer l'afflux du côté des organes génitaux; on recourait alors à certaines synanthérées, au safran, etc. Le plus souvent on employait indistinctement les uns et les autres de ces agents. Il faut avouer qu'on ne se préoccupait pas beaucoup de savoir s'il y avait ou non quelque

---

Les amputations donnent de meilleurs résultats qu'à l'Hôtel-Dieu. Il y a quelque temps on a fait deux tentatives pour remplacer la ligature des artères par l'hémostase à la poudre styptique de Fuller (à la suite d'amputation de la jambe et de la cuisse). Elles furent heureuses dans la première, mais il fallut plus d'une heure avant que le sang s'arrêtât; deux furent nécessaires chez le second opéré. Sa vie fut sérieusement menacée. Notons que dans les deux cas on avait appliqué le bandage réfléchi. Ces faits sont conformes aux recherches faites par Hunter sur les animaux : il a démontré que quand obtient l'hémostase avec la poudre de Fuller, c'est à la compression qu'il faut l'attribuer.

III. L'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Hunckowsky vit tous les autres établissements hospitaliers de Paris: Saint-Louis, l'Hôpital général, Bicêtre; il note à peine de légères différences administratives entre eux et l'Hôtel-Dieu. L'infirmerie des Invalides l'intéresse assez peu, bien qu'elle eût en ce moment pour chirurgien Sabatier, qu'il estime. Ses visites les plus fréquentes furent pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Fondé spécialement pour les gardes suisses et les gardes françaises, il présentait alors deux divisions principales, l'une pour les malades vénériens, l'autre pour les malades ordinaires et les blessés. Le service était réglé de la façon suivante : Les soldats sont reçus sur la présentation du premier chirurgien du régiment ou de son assistant. A l'hôpital, un chirurgien en chef fait la visite trois fois par semaine, à sept heures du matin; les autres jours la visite est faite par les chirurgiens résidents, au nombre de deux, dont un spécialement pour les vénériens. Le dimanche, le premier chirurgien voit tout le monde. Il y avait peu de chose à observer dans les salles de blessés ou de malades; la disposition était la même que partout ; les traitements étaient institués d'après un formulaire unique. Le chirurgien de la division des vénériens, Pelletier, les traitait selon une mé-

état morbide à l'origine de l'aménorrhée. S'il existait quelque altération fonctionnelle ou organique, on avait plus de tendance à croire qu'elle était l'effet que la cause de la suppression des règles.

Quand, vers le milieu du dix-neuvième siècle, on découvrit que l'hémorrhagie menstruelle n'est autre chose que l'acolyte et la conséquence de l'ovulation, il se fit un revirement complet dans les idées au sujet du rôle qu'elle joue dans la genèse des maladies de la femme. « Nous avons vu, dit Raciborski, qu'il n'y avait pas à compter sur les effets salutaires des règles dans les états morbides antérieurs à la première éruption. Nous avons vu également que, dans la plupart des affections chroniques, il était à peu près indifférent que les règles continuent ou qu'elles soient supprimées; que la marche de ces affections ne s'en ressentait pas du tout pour cela. Nous avons vu même que les accidents consécutifs à une suppression brusque des règles restaient, la plupart du temps, indépendants du flux menstruel, et qu'ils persistaient souvent encore après la réapparition des règles.

» Ainsi, de quelque côté qu'on envisage la médication emménagogue, telle qu'on la comprenait autrefois, elle ne peut plus avoir sa raison d'être. Sa base physiologique était entièrement fausse, ses moyens d'action n'avaient aucune communauté thérapeutique entre eux; on la faisait intervenir à tort et à travers, souvent dans des circonstances où il n'y avait absolument rien à en espérer; presque toujours même le but qu'on se proposait ainsi d'atteindre ne pouvait être d'aucune utilité. Il est bien entendu que nous ne devons pas suivre ces errements. »

Voilà un verdict qui paraîtra bien sévère à tout esprit non prévenu. Est-il sans appel? Nous ne le pensons pas.

Quand on observe les faits sans parti pris, on ne peut se dissimuler l'importance qu'il y a, dans certains cas, à rétablir une fonction dont l'exercice est appelé à maintenir une sorte d'équilibre indispensable dans l'économie.

Sans doute, il serait peu rationnel de chercher à la provoquer en dehors de la période où se prépare l'ovulation, qui en est la condition *sine quâ non*. C'est ce que certains de nos devanciers avaient déjà vaguement pressenti. « Remarquons, dit Barbier, qu'en recourant à un agent emménagogue, on veut obtenir un effet qui exige, comme condition indispensable, que l'organe utérin soit actuellement dans une disposition particulière. Or l'action de ce médicament ne peut point toujours faire naître cette disposition. » (*Dictionnaire des sciences médicales en* 60 *volumes*.)

Au demeurant, il faut reconnaître, et des faits innombrables déposent en faveur de cette opinion, que cette période de l'ovulation ou de la maturité des vésicules de Graaf n'est pas mathématiquement fixée, que bien souvent elle avance, que quelquefois elle retarde, et que rien ne peut en faire prévoir, à coup sûr, le retour.

Quand l'indication d'agir se présentera, on pourra donc le faire, à la condition que la malade soit dans les conditions où l'ovulation peut survenir; mais il n'est pas nécessaire d'attendre toujours l'époque précise des règles.

Cette indication est multiple, et si nous laissons de côté les cas où la fonction est complètement annihilée par une maladie concomitante plus ou moins grave, et où l'intervention par un emménagogue quelconque serait pour le moins inutile, nous trouvons des cas nombreux où il convient d'y recourir.

Tantôt la menstruation est déviée. Alors elle diminue ou se supprime, et en même temps elle est suppléée par une hémorrhagie qui se produit dans un organe plus ou moins éloigné des voies naturelles, le poumon de préférence, et qui revient périodiquement comme les règles elles-mêmes. C'est là, dit Michel Lévy, l'exemple d'une habitude morbide substituée à une fonction. Sans doute, l'organe par lequel le sang fait irruption peut rester indemne de toute altération; mais il n'en est pas toujours ainsi, et c'est pourquoi il est le plus souvent très avantageux de rappeler l'écoulement du sang par les voies naturelles.

Tantôt des accidents congestifs ou inflammatoires variés éclatent en coïncidence avec l'imminence et le défaut de l'éruption menstruelle, et ils ont de la tendance à s'aggraver et même quelquefois à devenir funestes, si l'on ne parvient pas à déterminer la perte cataméniale normale.

Les deux éventualités qui précèdent constituent ce que l'on a appelé l'*ataxie menstruelle*.

Tantôt il s'agit d'un simple retard ou d'une suppression complète par le fait de l'atonie, de l'asthénie de l'économie, que Kiwisch rapportait à l'appareil utéro-ovarien exclusivement, et appelait une *torpeur* des organes sexuels. Ce chapitre comprend l'aménorrhée de la chlorose, maladie dont la nature a été beaucoup étudiée dans ces derniers temps et, malgré tout, est encore bien controversée (*Théorie de l'insuffisance tricuspide* de M. Parrot). Mais il faut reconnaître que l'asthénie peut exister indépendamment de la chlorose, soit qu'elle tienne à d'autres causes, soit même qu'elle ait le caractère *idiopathique*.

A côté de l'aménorrhée par anémie, se range la suppression des règles par *pléthore*.

Tantôt les désordres de la menstruation dépendent de l'existence d'une diathèse : scrofules, dartres, diathèse urique, nervosisme, etc.

On sait enfin que, d'une part, l'impression du froid à l'époque cataméniale, peut contrarier ou supprimer brusquement l'éruption menstruelle et occasionner l'aménorrhée; d'autre part, que l'admission d'une fillette dans une pen-

---

thode spéciale ; il y avait à ce moment de graves dissentiments entre les syphiliographes sur les préparations à administrer à l'intérieur. Au Gros-Caillou on employait les frictions et les pilules de Keyser. Hunckowsky a eu l'occasion de voir deux spécialistes qui jouissaient alors d'une réputation colossale, les frères Dussouart; il en parle avec éloge, approuve sans réserve leur méthode; il rapporte même plusieurs observations dans lesquelles il eut l'occasion de s'en servir avec avantage. Sa conclusion, c'est que le service des vénériens du Gros-Caillou est un des mieux tenus, et des plus utiles qu'il ait vus.

Paris fut la première étape en France du chirurgien autrichien ; il voulut voir tous les autres hôpitaux de quelque importance, de Rouen, de Brest, de Rochefort, de Bordeaux, de Toulouse, de Montpellier, de Marseille, de Toulon, ils sont étudiés dans d'autres chapitres où il y aurait plus d'un renseignement curieux à relever.

Dr L. Thomas.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — L'Assemblée générale s'est réunie le dimanche 2 mai, dans les salons du Grand-Véfour, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz, assisté de MM. H. Huchard, vice-président; Delefosse, secrétaire; Barat-Dulaurier, membre du comité directeur; Cézilly, président du comité des censeurs; de Ranse, Monin, Marguerite, Le Gendre, Bardy, Landur, Baronnet, etc., membres du comité des censeurs.

Le rapport du docteur Lande, le zélé fondateur de cette utile institution de prévoyance, et surtout le rapport annuel du trésorier, M. Verdalle, ont été très applaudis.

La situation de la caisse des pensions est très prospère, puisqu'elle possède la somme respectable de 91 931 fr. 41 après moins de deux ans de fonctionnement effectif.

Service de santé de la marine. — Par décret en date du 10 mai 1886, ont été nommés : *Au grade de médecin en chef :* M. Dupont (Pierre). — *Au grade de médecin principal :* M. Voyé (Faustin-Pierre).

sion, le changement de vie, de climat, d'habitudes, de nourriture, déterminent souvent la suppression des règles.

Nous nous occuperons plus loin des indications de l'acide oxalique dans ces divers cas. Disons, par anticipation, que nous ne connaissons pas d'emménagogue qui puisse lui être comparé au point de vue de la sûreté des effets. Les observations suivantes en établiront bien la remarquable efficacité, laquelle, avant nous, n'avait pas été soupçonnée.

OBS. I. — *Hémoptysie d'une abondance extrême, avec signes d'hépatisation rouge dans le poumon gauche tout entier. Insuccès de divers moyens. Sous l'influence de l'acide oxalique, éruption menstruelle cinq jours avant l'époque présumée, cessation du molimen hémorrhagique et résolution de l'hépatisation par une sorte de délitescence.* — Mme R..., vingt-cinq ans, mère de deux enfants, de complexion délicate, appartient à une famille tuberculeuse; elle-même a été atteinte de violentes hémoptysies pendant sa jeunesse, vers l'âge de dix-sept ans.

Depuis son mariage, le même accident s'est reproduit plusieurs fois avec plus ou moins d'intensité, jamais avec la gravité extrême de celui qui fait l'objet de la présente observation.

Les crachements de sang se déclarèrent le 28 mars 1885, l'époque ne devant avoir lieu que le 10 avril; et, comme d'habitude l'ergotine réussissait bien, on commença par administrer une potion renfermant 2 grammes de cette substance, par cuillerées à bouche d'heure en heure. L'hémoptysie redoubla; le sang était expulsé à flots. On suspendit l'administration de la potion d'ergotine, dont la moitié avait été consommée. On eut recours en vain à l'application de sinapismes sur les membres inférieurs, et, à l'intérieur, au baume antihémorrhagique de Warren. C'est alors qu'on donna de l'ipéca à dose vomitive, remède qui paraissait indiqué par l'état saburral de la langue et par l'anorexie absolue. L'hémoptysie n'en fut point diminuée; en même temps les symptômes s'aggravèrent, tant du côté de l'état général que de celui de l'état local. La fièvre s'alluma. 120 pulsations; température, 39 degrés le soir. Insomnie complète. Angoisses inexprimables. Dyspnée intense. Sensation de plénitude de la poitrine, avec douleur sous-sternale et besoin d'expulsion de l'obstacle à la respiration. A l'auscultation, tout le poumon gauche paraît farci de noyaux d'induration. On y entend du haut en bas des râles sous-crépitants et, vers le centre de l'organe, du souffle bronchique. En même temps, la percussion constate une matité complète étendue à tout le poumon gauche en arrière et en avant.

Pour corriger la dyspnée et avancer l'éruption menstruelle si possible, nous donnons, le 4 avril, une potion renfermant 2 grammes d'acide oxalique et 60 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères, par cuillerées à bouche d'heure en heure. L'effet ne s'en fit pas attendre. Dès le 5, les règles reparurent en avance de cinq jours; en même temps le poumon gauche se décongestionna comme par une sorte de délitescence. On commença aussitôt à y percevoir le murmure vésiculaire, et la matité fit place à une sonorité normale. Les crachats, de fluides et rutilants, devinrent caillebottés, noirâtres, la fièvre tomba, un commencement d'alimentation put être essayé. Le changement était radical et véritablement féerique. Le 7, comme les règles ne coulaient pas aussi abondamment que d'habitude, on eut recours à l'administration d'une nouvelle dose d'acide oxalique. Dès lors le mieux s'accentua, et cette maladie, dont le pronostic avait semblé si grave, se termina ainsi de la manière la plus rapide et la plus heureuse.

OBS. II. — *Début d'angine accompagné de phénomènes très alarmants; constrictions au cou et à la poitrine, oppression extrême, pressentiments sinistres. Emploi de l'acide oxalique. Au bout de quelques heures, apparition des règles, douze à treize jours avant l'époque présumée, et immédiatement après, rémission complète de tous les accidents. A partir de là, l'angine, très bénigne, suit son cours normal.* — Mlle Marthe C..., âgée de dix-sept ans, douée d'une bonne constitution, exempte de maladies jusqu'ici, institutrice, réglée il y a dix-sept jours, est prise de frissons et de fièvre, le 18 février 1886, et obligée de s'aliter. Le malaise devint si intense le lendemain qu'elle nous fit chercher le soir, disant qu'elle allait mourir.

Face vultueuse. Pouls à 115. Température, 39°,6. 40 respirations par minute. Oppression extrême. Constriction à la gorge et à la poitrine. Toux. Anxiété et crainte de la mort. Comme localisations, on trouve un engorgement ganglionnaire à l'angle droit du maxillaire inférieur, sans rougeur ni gonflement à la gorge, et quelques râles sibilants à l'auscultation de la poitrine. Langue un peu saburrale. Inappétence absolue. — Traitement : potion à l'acide oxalique par cuillerées à bouche d'heure en heure. Bain de pieds sinapisé.

Le 20 février au matin, les symptômes, si alarmants la veille, se sont amendés heureusement dans la nuit, en même temps que les règles ont paru, bien avant la période cataméniale. Le pouls est à 90; l'oppression nulle, le moral rassuré et excellent. Il ne s'agit plus maintenant que de l'évolution d'une angine simple et même bénigne.

OBS. III. — *Fièvre typhoïde se traduisant presque exclusivement par les signes d'une pharyngite ulcéreuse. Dyspnée intense. Amélioration remarquable sous l'influence de l'acide oxalique, grâce à l'apparition des règles. Changement intempestif de traitement. Recrudescence des symptômes pharyngés. Mort le dix-septième jour.*— Maria G..., âgée de vingt et un ans, d'une constitution arthritique, atteinte antérieurement de pneumonie et de rhumatisme articulaire, présente les signes de la fièvre typhoïde régnante, depuis le 17 janvier 1884. Les règles sont passées depuis deux jours.

Pendant tout le cours de la maladie, les symptômes abdominaux furent peu accentués. La malade se plaignait constamment et presque exclusivement de la gorge, et elle expectorait une quantité énorme de glaires. Il s'agissait bien de cette forme de fièvre typhoïde avec ulcération du pharynx, étudiée récemment par M. Duguet, et déjà signalée en 1840 par M. Nonat. Le 29, le pouls est à 120; la langue, rouge et sèche; la surface des dents fuligineuse; l'expuition moindre que les jours précédents. L'état général s'est aggravé manifestement; la respiration est devenue précipitée, anxieuse; il y a des paroxysmes de suffocations par intervalles.

Traitement : potion à l'acide oxalique, par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Le 31, 2 grammes d'acide ont été absorbés. Cette dose a suffi pour amener un changement complet. Les règles ont paru dans la nuit. Le facies est bon; la respiration est tombée à 24 par minute. Tout concourt à rendre le pronostic plus favorable.

La cause semblait si bien gagnée que nous crûmes pouvoir, sans inconvénient, renoncer à l'emploi de l'acide oxalique et prescrire, à sa place, une potion à l'extrait de quinquina et au malaga.

Nous ne connaissions pas encore le danger de l'administration des préparations de quinquina pendant la période cataméniale.

Dès le soir, à notre insu, les accidents du côté de la respiration reparurent plus intenses que jamais. Le 1er février, l'état était désespéré. La malade succomba la nuit suivante.

OBS. IV. — *Aménorrhée par asthénie générale chlorotique. Rétablissement par l'acide oxalique, après l'insuccès des ferrugineux.* — Mlle Sophie X..., âgée de vingt et un ans, couturière, grande et élancée, se plaint de douleurs erratiques dans le dos et à l'épigastre, de palpitations et d'anhélation à la montée, de phénomènes dyspeptiques, de fleurs blanches et de suppression des règles depuis trois mois. Les urines traitées par l'acide nitrique présentent un précipité rosé dû à l'hématine. Pas de signes de grossesse. On commence le traitement par les ferrugineux, mais les règles continuent à faire défaut. Au bout de six semaines, la malade, qui est sur le point de se marier et voudrait avoir toutes les qualités requises, nous prie instamment de provoquer l'éruption menstruelle (15 mars 1886). Comme elle est parvenue justement à l'époque présumée, nous lui prescrivons une potion à l'acide oxalique. Dès le lendemain les règles paraissent, au grand avantage de la santé, qui, depuis ce moment, ne laisse plus rien à désirer.

OBS. V. — *Aménorrhée par suite de l'impression du froid à l'époque cataméniale. Rétablissement des menstrues sous l'influence de l'acide oxalique.* — Joséphine R..., âgée de trente ans, servante, d'un tempérament nerveux, perdit sa maîtresse au mois de décembre dernier, et accompagna le corps en Bourgogne. Elle eut froid, éprouva sans doute de pénibles émotions pendant ce triste voyage, et vit ses règles s'arrêter brusquement. A la suite de cette suppression, elle ressentit des malaises divers et notamment une lassitude générale très incommode. Un traitement par la teinture de Bestucheff et l'apiol au voisinage d'une époque présumée, resta sans effet. Le 9 mars, c'était le moment de la troisième époque depuis la suppression, nous administrâmes une potion d'acide oxalique. A peine le tiers en était-il consommé,

que la malade eut la satisfaction de voir reparaître ses règles, qui n'ont plus fait défaut dans la suite.

Réflexions. — Nous nous sommes borné, à dessein, à un seul exemple de l'efficacité de l'acide oxalique dans les diverses sortes d'aménorrhée qui sont justiciables de son emploi ; nous croyons inutile et fastidieux de multiplier les citations.

On voit que cet agent vraiment héroïque convient également dans les cas où il existe une réaction fébrile, en coïncidence avec des accidents congestifs ou inflammatoires d'organes étrangers à l'appareil sexuel, ou avec un flux hémorrhagique de ces mêmes organes, et dans les cas d'asthénie générale et de suppression par l'action nocive d'un refroidissement.

Les agents que la matière médicale avait mis jusqu'ici à notre disposition, étaient bien infidèles, la plupart bien peu propres à atteindre le but visé. Seul peut-être entre tous, l'apiol, agent tonique, névrosthénique, constitue un médicament sûr, dans les désordres menstruels, qui sont sous la dépendance d'un état nerveux caractérisé. Mais l'acide oxalique, par la multitude de ses applications, laisse bien loin derrière lui tous les autres emménagogues y compris l'apiol.

Le nouvel emménagogue que nous préconisons, calme les douleurs qui accompagnent la dysménorrhée, en remédiant à cette dernière. Nous ne pensons pas qu'il s'adapte utilement au cas où des douleurs névralgiques se manifestent chez certaines femmes pendant une menstruation normale. Notre expérience est nulle à cet égard. Il en est de même en ce qui concerne les cas d'aménorrhée qui tiennent à une maladie organique quelconque. Nous ne voyons pas quel avantage on en pourrait retirer en pareille circonstance.

Si l'on a affaire à une diathèse, à l'anémie chlorotique, il va de soi qu'il faut commencer par le traitement spécifique de l'état général. La crase des humeurs une fois modifiée par une médication convenable, il pourra être ensuite avantageux de rappeler la fonction menstruelle défaillante à l'aide de l'acide oxalique.

Cet agent précieux ne nous a pas paru exercer une action abortive quelconque à dose médicamenteuse. On peut être d'autant plus rassuré à cet endroit que nous l'avons administré un grand nombre de fois avec succès et sans inconvénient contre les vomissements de la grossesse.

Un mot ici sur une question qui n'a pas manqué d'attirer l'attention du lecteur au cours de notre troisième observation. Nous voulons parler de l'antagonisme absolu qui existe entre l'action de l'acide oxalique et celle du quinquina ou de son principe actif, la quinine.

Autant le premier favorise et provoque l'éruption menstruelle, autant le second la contrarie et l'empêche.

On doit en conclure qu'il n'est pas indifférent d'administrer même du vin de quinquina aux femmes qui sont sous l'imminence de la période menstruelle.

Le quinquina est essentiellement antiemménagogue. C'est d'ailleurs un remède très efficace contre la métrorrhagie, et nous n'en connaissons pas de plus utile dans ce cas, s'agit-il même du seigle ergoté. Quand on est en présence d'un processus morbide menaçant l'existence, le danger des préparations de quinquina chez la femme en puissance de l'ovulation devient considérable, et nous avons vu des accidents graves être la conséquence de l'administration intempestive d'un agent qui passe si bien pour inoffensif, que bon nombre de personnes du sexe en font usage spontanément, sans même demander l'avis du médecin.

Nous espérons que le présent travail engagera nos confrères à tenter l'emploi de l'acide oxalique à titre d'emménagogue, et nous ne doutons pas qu'ils n'en aient toute satisfaction.

Déjà nous avons démontré ailleurs l'efficacité de cette substance dans la hernie étranglée récente, et tout récemment dans les cas d'asthme. A nos yeux, c'est un des agents les plus précieux de la matière médicale.

Nous avons journellement l'occasion de l'employer, et nous en obtenons les résultats les plus remarquables. Nous sommes donc convaincu que, sous l'impulsion de nos travaux, il occupera bientôt une place importante en thérapeutique, et que l'avenir donnera raison à nos conjectures.

Singulière coïncidence ! Ce même acide oxalique dont nous avons découvert de merveilleux effets thérapeutiques, nous venons d'en constater la présence, à dose considérable, dans le suc intestinal des animaux, ainsi que cela résulte du mémoire que nous avons récemment adressé à l'Académie, et dont elle a bien voulu confier l'examen à MM. les professeurs Armand Gautier et Mathias-Duval. Cette même substance, qui naguère était reléguée au rang des poisons les plus dangereux, est donc non seulement un agent thérapeutique de premier ordre, mais encore un principe physiologique, jouant, à n'en pas douter, un rôle capital dans la seconde digestion ou digestion intestinale.

Formule de la potion emménagogue à l'acide oxalique :

Pr. Acide oxalique	2	grammes.
Eau tiède......................	200	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60	—

T. A prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

L'ordre du jour n'a comporté aucune note ou mémoire relatifs aux sciences médicales. Une élection a eu lieu dans la section de botanique. M. *Bornet* a été nommé membre titulaire, en remplacement de M. *Tulasne*, décédé, par 36 voix sur 56 votants.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le professeur *Bouchard* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Niepce* (d'Allevard) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

MM. les docteurs *Duguet* et *Héricourt* informent l'Académie que les expériences dont ils l'ont entretenue il y a quelques semaines sur les relations entre le pityriasis et la tuberculose ne se sont pas confirmées.

M. *Armez de Lisle* proteste contre les résultats des analyses présentées il y a huit jours par M. de Vrij sur la teneur en cinchonidine de sulfates de quinine provenant de diverses fabriques.

M. *Ernest Besnier* présente deux mémoires de M. le docteur *Frantz Glénard* (de Lyon) sur l'*entéroptose*, pour le concours des prix Godard et Desportes en 1886.

M. *Bucquoy* dépose une brochure de M. le docteur *Niepce* sur *la contagion et la transmissibilité de la tuberculose.*

M. *Laboulbène* fait hommage du 2e fascicule des *Éléments de zoologie* de M. *Railliet.*

M. *Fournier* dépose une brochure de M. le docteur *Vidal*, ayant pour titre : *Du degré de thermalité des eaux d'Aix dans le traitement de la goutte.*

M. *Maurice Perrin* présente un mémoire imprimé, de M. le docteur *Meunier*, sur les conditions et les divers modes de l'intervention chirurgicale pendant l'expédition du Tonkin.

M. *Alphonse Guérin* dépose une brochure de M. le docteur *P. Regnault* sur *les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault.*

M. *Gariel* présente un *nouvel hygromètre à condensation*, construit par M. Bourbouze.

Élection. — Par 62 voix sur 68 votants, M. *Trasbot* est élu membre titulaire dans la section de pharmacie.

Ptomaïnes, leucomaïnes et théorie microbienne. — La clôture de cette discussion, qui occupe l'Académie depuis

plus de trois mois, est prononcée après une réplique de M. *Armand Gautier* aux observations précédemment présentées par M. Béchamp. Il fait remarquer combien celui-ci apporte d'affirmations et de protestations, mais sans les appuyer de preuves expérimentales que l'on puisse admettre sans conteste. Contestant à M. Gautier d'avoir le premier fait voir que les alcaloïdes de l'organisme ont pour point de départ des matières albuminoïdes, M. Béchamp veut démontrer qu'ayant été le premier à donner la preuve que l'urée peut dériver de l'oxydation des matières albuminoïdes *in vitro*, il entend aussi que l'on considère l'urée comme produite dans nos tissus par ce même mécanisme, d'autant que l'urée est pour lui un alcaloïde; mais il importerait de démontrer nettement la production de l'urée aux dépens des albuminoïdes par le permanganate de potasse, de même que l'identité d'un mécanisme par lequel l'urée appararaît dans le sang et dans les tissus avec celui qu'a étudié M. Béchamp, d'autant que la nature alcaloïdique de l'urée est plus que douteuse. D'autre part, M. Béchamp a voulu tirer des expériences de M. Gautier des conséquences qu'elles ne sauraient avoir : ce sont les recherches de M. Schutzenberger et non les idées de M. Béchamp qui nous ont éclairés sur la constitution des albuminoïdes; de plus, lorsque M. Gautier étudia les phénomènes de la fermentation bactérienne des albuminoïdes sur des viandes prises aux halles, en plein été, déjà ensemencées, il ne pouvait être question de démontrer ainsi la formation des bactéries à même les tissus; enfin toutes les précautions ont été prises dans les expériences afin de prouver que les leucomaïnes existent vraiment à l'état de liberté dans les tissus.

M. Gautier estime, quant à lui, que l'organisation et la vie ne sont pas nécessairement liées à la forme anatomique des tissus, en particulier à la cellule ou à ses granulations; la vie est la conséquence et la résultante du mode d'agrégation et des propriétés mécaniques et chimiques des matériaux des plasmas et de leurs parties figurées ; elle se perpétue et se modifie par la continuité et les transformations d'états moléculaires et de phénomènes physico-chimiques qui se passent dans ces agrégations développées sous l'influence d'agrégations semblables préexistantes. Quant à savoir si le microzyma de M. Béchamp existe réellement, s'il peut devenir vibrionien ou non, ce sont là des questions sur lesquelles nous éclairera la Commission chargée de l'examen des expériences comparatives de MM. Pasteur et Béchamp.

Cette Commission est composée de MM. *Cornil*, *Armand Gautier*, *Laboulbène*, *Ranvier*, *Sappey*, *Schutzenberger* et *Villemin*.

PRODUCTION CORNÉE. — M. *Vidal* présente, de la part de M. *Dubrandy* (d'Hyères), une production cornée, contournée en spirale, d'une longueur de 21 centimètres; cette production s'était développée graduellement sur le cuir chevelu d'une femme de cinquante et un ans, dans la région de la fontanelle postérieure; elle existait depuis onze ans, lorsqu'elle est tombée à l'aide d'une ligature élastique. La structure est celle de toutes les productions de même nature; elle est formée de cellules épidermiques, dépourvues de noyaux.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *de Quatrefages*, sur les titres des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° (*ex æquo*) MM. de Lacaze-Duthiers et Péligot; 2° (*ex æquo*) MM. Magitot et Worms; 3° (*ex æquo*) MM. Durand-Claye et Galezowski.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Application de l'histoire naturelle à la médecine légale : M. Mégnin — Sur la digitoxine et la digitaline cristallisée : M. Laffon. — Sur les phénomènes inhibitoires : M. Laborde. — Retour de la respiration après section de la moelle cervicale : M. Wertheimer.— Sur les Péridiniens : M. Pouchet. — Lésions des dents dans l'ataxie locomotrice : M. Galippe. — Epithéliome perlé des ganglions : M. Pilliet. — Effets de l'excitation du pneumogastrique gauche non sectionné : M. Laffont.

M. *Mégnin* rapporte un nouvel exemple de l'application de l'histoire naturelle à la médecine légale, dans une affaire récente où il avait été désigné comme expert : par l'examen de diverses colonies d'insectes, de leurs larves, de leurs restes, il a pu fixer la date de l'ensevelissement d'un certain nombre d'ossements humains.

— M. *Laborde* communique une note de M. *Laffon* sur la pureté des digitalines de provenance française et de provenance allemande : M. Laffon a constaté que le produit désigné en Allemagne et vendu sous le nom de *digitoxine* n'est pas autre chose que la digitaline cristallisée française.

— M. *Laborde* présente quelques remarques relativement aux communications récentes de M. Féré sur la nature des phénomènes inhibitoires : il croit que ces phénomènes sont difficilement explicables par des paralysies dues à l'épuisement consécutif à des excitations trop fortes. Il fait observer que le phénomène inhibitoire-type, l'arrêt du cœur résultant de l'excitation du nerf vague, ne se produit plus justement quand le nerf a été épuisé par des excitations répétées. L'épuisement n'est donc pas la cause de l'inhibition.

— M. *Pouchet* communique une note de M. *Wertheimer* sur le retour rapide des mouvements respiratoires du tronc après la section de la moelle cervicale chez les mammifères refroidis. Dans ce cas, ce retour, qui est très lent chez les animaux non refroidis, a lieu presque immédiatement après l'opération.

— M. *Pouchet* a eu l'occasion de revenir récemment sur l'étude des Péridiniens, sur lesquels il avait déjà, l'année dernière, présenté quelques observations à la Société. Il a trouvé plusieurs Péridiniens munis d'un œil, et il a pu étudier la constitution et la formation de cet œil. Il s'agirait de déterminer la signification d'un pareil organe chez des êtres extrêmement inférieurs et qui paraissent être d'ailleurs de nature plutôt végétale qu'animale.

— M. *Galippe* a toujours trouvé malades les dents qui viennent à tomber chez les ataxiques. Il est inexact de dire qu'elles tombent intactes. Il peut se produire dans l'ataxie locomotrice de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, et M. Galippe a trouvé dans ces dents tombées des parasites; ces parasites pénètrent par la racine.

— M. *Rémy* présente, au nom de M. *Pilliet*, une note sur l'épithéliome perlé des ganglions; cette lésion est due à une dégénérescence de l'épithélium contenu dans l'alvéole cancéreux.

— M. *Laffont* revient sur le fait qu'il croit avoir bien observé (voy. la *Gazette* du 7 mai et celle du 30 avril) de l'arrêt du cœur, consécutif à l'excitation du nerf vague gauche non sectionné chez les animaux chloroformisés, avec maintien du niveau de la pression artérielle, tout le temps que dure l'excitation.

REVUE DES JOURNAUX

Le *Bulletin de la Société médicale de l'île Maurice* nous apporte une série de travaux destinés à mieux faire connaître la plante désignée sous le nom d'*Anderjow* ou *Anderjoa*. Une lettre qui nous est adressée de Moka par le docteur Clarenc et les indications fournies dans l'ouvrage de M. le docteur Clément Daruty (voy. p. 334), nous permettent de résumer ce que l'on sait aujourd'hui des propriétés antidysentériques de cette plante. Depuis de longues années on emploie à Maurice un remède sûr et dont M. le docteur Clarenc a obtenu la formule. Ce remède (connu sous le nom de remède Mauvis) se prépare de la manière suivante : On nettoie, on sèche et l'on pile jusqu'à la réduire à une poudre semblable à de la farine de lin, une livre d'anderjoa. On mélange à vingt cuillerées à soupe de cette poudre, une cuillerée à soupe d'une poudre obtenue en mélangeant une cuillerée à soupe d'anderjoa préalablement torréfié à une cuillerée à soupe d'arow-root; on mélange bien le tout et l'on divise en 10 parties égales. Chaque paquet pèse environ 24 grammes. On en prend un tous les jours en infusion dans 500 grammes d'eau.

Or l'anderjow, anderjoa ou indurjuo, est la semence d'une Apocynée du genre Holarrhéna, c'est l'*Holarrhena antidysenterica*, bien décrite par Waring (*Pharmacop. of India*, 1868, p. 137). Son écorce était autrefois importée en Europe et connue sous les noms de *Codaga pala, corte de Pala, écorce de Tellichery*. Ses semences avéniformes ont de tout temps été estimées comme toniques, antifébriles, et surtout antidysentériques. Malheureusement cette plante a souvent été confondue avec des espèces voisines. De là viendrait le discrédit dans lequel elle est tombée. D'après le docteur A. Lesur et le docteur Antelme, le remède Lagravelle ou Mauvis aurait la formule suivante :

Poudre d'anderjoa	10 grammes
Graine de lin pulvérisé	5 —
Magnésie	0gr,40
Ecorce de benjoin	1gr,50

Faire bouillir pendant deux ou trois minutes dans

Eau distillée	500 grammes

Passer à travers un linge fin ; laisser refroidir. Dose : deux à trois verres à madère de cette tisane à prendre à jeun, une heure avant, deux heures après le repas, de façon à prendre toute la tisane dans les vingt-quatre heures.

Au bout du troisième jour de traitement, on remplace le benjoin par de l'écorce de quinquina rouge pulvérisé. A partir du sixième jour, on fait griller l'anderjoa avant de le pulvériser. On peut aussi y mélanger un peu d'alun. Des observations du docteur Lesur, il résulterait que ce médicament est surtout utile dans la dysenterie chronique, alors que le sang pur et les mucosités sanguinolentes ont cessé d'apparaître dans les garde-robes. Il rend les plus grands services quand les selles sont devenues purulentes (*lavure de chair*, dit l'auteur). On ne doit donc l'administrer que lorsque l'ipéca, le calomel et l'opium n'ont pu, après avoir arrêté la maladie à sa période aiguë, entraver le développement de la dysenterie chronique. Dans son travail, le docteur Lesur a cherché à extraire le principe actif de l'anderjow. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette partie de son travail. De son côté, le docteur Clarenc publie plusieurs observations qui semblent démontrer l'efficacité du médicament dans toutes les formes de dysenterie. (*Bulletin de la Soc. méd. de l'île Maurice*, n° 12, 24 décembre 1885.)

Travaux à consulter.

Du traitement local de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chroniques, par M. Max Reichert. — Ce traitement consiste en inhalations de solutions pulvérisées de chlorure de zinc ou de menthol ou essence de menthe pulvérisée avec de l'acide borique ou de l'acide salicylique. Par un procédé particulier, M. Reichert fait pénétrer le médicament pulvérisé jusque dans les fines ramifications bronchiques. Les résultats obtenus ont été très favorables. (*Deutsches Archiv für klin. Medicin*, Bd XXXVII, H. 5, 1885.)

Ein Beitrag zur Diagnose der Hepatitis interstitialis syphilitica bei Neugeborenen und Sanglingus, par M. Meyer (Paul). — Le diagnostic de l'hépatite interstitielle des nouveau-nés n'est possible que quand le foie fait saillie au-dessus du rebord des fausses côtes. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1886, n° 16, p. 255.)

Apuntes para el estudio de los queratomas, par MM. Alfredo R. Vilforcos et D. Leolpodo Lopez Garcia. — Travail d'érudition (pequeno bosquejo historico). (*Revista especial de oftalmologia, dermatologia...*, n°s 97 à 99.)

A case of puerperal convulsions, with complications, par M. Brooks W. Tyrrell. — Les points les plus intéressants sont : 1° la survenance de convulsions puerpérales, qui continuèrent six jours après la délivrance, sans albuminurie, chez une personne nerveuse; 2° une hémiplégie droite ultérieure; 3° l'aphasie; 4° la pneumonie (la malade guérit). (*The Lancet*, 1er mai 1866.)

Notes on a case of cirrhosis of the liver presenting unusual points of interest, par M. Staples (M.-P.). — Insiste : 1° sur l'âge du malade (seize ans); 2° trois membres de la même famille moururent de la même maladie dans l'adolescence; 3° la condition anomale du sang. (*The Lancet*, 1er mai 1866, p. 823.)

Goitre in the Himalaya, par M. W. Carran. — Étude intéressante de géographie médicale. L'auteur insiste sur les procédés employés par les indigènes pour le traitement du goitre. (*The Dublin Journ. of med. science*, mars 1886, p. 223.)

Angina lacunaris und diphteritica, par M. Frankel (B.). — Communication faite à la Société de médecine de Berlin, et dans laquelle il discute le caractère infectieux de l'angine folliculaire, qu'il admet. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 17, 20 avril 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des maladies vénériennes, par le docteur P. Diday. — Paris, 1886. Asselin et Houzeau.

On ne saurait mieux donner une idée exacte du nouvel ouvrage de l'éminent syphiligraphe lyonnais qu'en citant les quelques lignes par lesquelles il termine sa préface : « Quant aux notions pratiques, elles s'épandent, elles débordent dans ces pages. Loin de s'en excuser, l'auteur ne cache point qu'il attend de ce chef des félicitations. Ç'a été son but déclaré, son ambition réfléchie de se cantonner plus strictement qu'aucun de ses prédécesseurs dans le terre-à-terre de l'application. Supposer le malade absolument inexpérimenté, oser supposer le lecteur absolument ignorant, tel est le point de vue — bien plus souvent réel qu'on ne l'avoue — auquel doit se placer l'écrivain médical jaloux de faire œuvre utile. Résolument conséquent à ce principe incivil, je n'ai reculé, dans les chapitres du diagnostic et surtout du traitement, devant aucun détail, si fastidieux, si banal, si superflu qu'il puisse paraître à ceux qui savent. Quarante-cinq ans de journalisme militant m'ayant, jusqu'à cette heure, largement initié à tout ce qui s'invente et se réinvente, tant en France qu'à l'étranger, j'ai pu, écartant aussi inflexiblement les vaines formules que les vaines théories, n'inscrire ici que des *leçons de choses*, s'entend de choses éprouvées. C'était le seul moyen d'être thérapeutiste complet tout en restant

thérapeutiste concis. Sera-ce avoir victorieusement plaidé pour le modeste volume qui aspire au titre de classique que de m'être ainsi approprié cette devise d'un de nos vieux devanciers : *Omne quod dixerunt sedulo expertus, id solum dico quod profuit?* »

Que pourrait-on ajouter? M. le docteur Diday a su mieux que personne analyser et apprécier son livre. Il nous suffira de dire qu'il a merveilleusement bien rempli son programme, et que le public médical lui sera reconnaissant d'avoir bien voulu lui donner les résultats de sa longue expérience, les mille petits détails de thérapeutique que l'on ne trouve nulle part, et qui sont pourtant si précieux dans la pratique. N'est-ce pas uniquement à leur connaissance que l'on doit souvent le succès des médications?

Il en est de l'ouvrage de M. Diday comme de tous les ouvrages concis de thérapeutique : il est impossible d'en faire un compte rendu satisfaisant. Il est divisé en trois parties. La première traite de la blennorrhagie, la seconde de la chancrelle, la troisième de la syphilis. L'auteur donne d'abord une description succincte et cependant des plus fidèles et des plus originales de l'affection, puis il s'étend longuement sur le diagnostic, procédant d'une façon méthodique par propositions, aborde, dans l'étiologie et la pathogénie, avec sa verve étincelante, tous les points qui lui paraissent présenter un intérêt pratique, et expose enfin le traitement avec les détails les plus minutieux; il examine toutes les hypothèses, et formule, suivant les cas, des prescriptions que dans beaucoup de circonstances les médecins n'auront qu'à copier.

Dans la première partie, l'auteur, ainsi que nous l'avons dit, traite de la blennorrhagie. Elle est subdivisée en trois chapitres : 1° blennorrhagie uréthrale de l'homme, comprenant la blennorrhagie proprement dite, les blennorrhoïdes et les blennopathies (lésions extra-uréthrales causées par la blennorrhagie); 2° blennorrhagies chez la femme (vulvite, vaginite, métrite, uréthrite); 3° blennorrhagies extra-génitales. L'auteur se déclare partisan convaincu de la spécificité du virus blennorrhagique; un individu ne donne la blennorrhagie que s'il a la blennorrhagie, soit à l'état aigu, soit à l'état latent. Il croit à l'efficacité de l'injection abortive au nitrate d'argent faite selon les règles et à la période qu'il indique; mais, par contre, une fois l'*état abortible* passé, il est convaincu qu'il faut laisser couler sans rien faire jusqu'à ce que la *période irrépressible* de l'affection soit terminée.

Dans la seconde partie, il traite de la chancrelle, de ses complications, du bubon, de la leucite, du phimosis et du paraphimosis, enfin de l'herpès récidivant des organes génitaux ou herpès progénital.

La troisième partie est réservée à la syphilis; il y examine successivement la syphilis acquise et la syphilis héréditaire. L'étude de la syphilis acquise comprend les chapitres suivants : 1° *Description des lésions de la syphilis*, pour lesquelles l'auteur adopte encore la vieille division en périodes primitive, secondaire, de transition et tertiaire, ce qui lui permet d'en donner un tableau de la plus grande clarté. 2° *Nature et enchaînement des manifestations suivant l'intensité de la syphilis.* 3° *Principes généraux du traitement hygiénique et pharmaceutique.* Il ne faut pas se contenter de donner du mercure au syphilitique, il faut aussi agir directement et spécialement sur la nutrition par les toniques, par l'hygiène; il faut de plus traiter les états morbides (lymphatisme, arthritisme, etc.) coexistant avec la syphilis et susceptibles de l'aggraver; quant au traitement pharmaceutique de la syphilis, les opinions de M. le docteur Diday sont trop connues sur ce point pour qu'il soit utile d'y insister; il ne veut point de la méthode réglementée, qu'il juge impuissante et dès lors inutile, et est un partisan convaincu de la méthode opportuniste, qui se plie aux exigences de chaque cas particulier et de chaque phase nouvelle de l'affection. 4° *Règles du traitement selon la période et selon la gravité des lésions.* L'auteur ne donne pas d'ordinaire le mercure dès que le diagnostic du chancre est posé; il prescrit tout de suite un mélange d'iodure de potassium et de citrate de fer; il le donne encore lorsque les premiers accidents d'infection se produisent; puis il prescrit le protoiodure, lorsque les manifestations extérieures présentent quelque gravité. Nous ne pouvons suivre plus longtemps l'auteur dans ces mille détails : tout est à lire avec le plus grand soin dans ce chapitre comme dans les autres, et bien que notre éducation médicale ne s'accorde pas toujours avec les idées qu'on y trouve, nous ne saurions trop recommander aux praticiens de méditer longuement ces préceptes dictés par une profonde conviction et une pratique médicale de plus d'un demi-siècle. 5° *Règles du traitement selon la région ou le système organique lésés.* On trouvera dans ce chapitre une foule de minutieux petits détails des plus précieux.

L'auteur décrit ensuite la syphilis héréditaire, et il termine par quelques chapitres réservés aux végétations, à la coexistence de diverses maladies vénériennes, à la prophylaxie individuelle, aux conformations et aux fonctions naturelles qui sont parfois prises pour des maladies, à la spermatorrhée et à l'impuissance.

J'en ai assez dit pour faire comprendre l'importance et la réelle valeur de l'ouvrage de M Diday; grâce à la verve inépuisable de l'auteur, à la magie de son style, on le parcourt sans la moindre fatigue. Tout autre à sa place aurait produit un formulaire et un manuel, l'éminent syphiligraphe de Lyon nous a donné une œuvre à la fois pratique et originale, qui restera et qui sera l'un de ses plus beaux titres à la reconnaissance du monde médical.

Dr L. Brocq.

Plantes médicinales de l'île Maurice et des pays intertropicaux, comprenant un Formulaire thérapeutique, par le docteur Clément Daruty. — Maurice, General steam printing Company, 6, rue du Gouvernement. 1886.

Nous n'hésitons pas à signaler et à recommander tout spécialement comme une œuvre bonne, utile et digne de la sympathie des médecins français, le traité de notre confrère de l'île Maurice. On est vraiment touché de voir avec quelle attentive sollicitude on étudie à Moka les livres de nos compatriotes, avec quel soin jaloux on s'empresse de leur rendre justice. C'est ainsi que, dans la préface de l'ouvrage de son ami, le docteur Clarenc s'appuie sur l'autorité de notre maître Hirtz et sur celle de notre confrère Dujardin-Beaumetz pour faire ressortir ce que peut avoir de bon et de profitable aux médecins une étude — fût-elle empirique — des plantes recueillies sur place dans nos colonies. Le livre de M. le docteur Daruty contient, sur la pharmacologie indigène de l'île Maurice, des renseignements qui seront précieux à ceux qui ne peuvent recevoir les préparations officinales de l'Europe. Son Formulaire, rédigé sur les indications et avec les conseils du docteur Clarenc, classe les maladies par ordre alphabétique, et fait connaître, à propos de chacune d'elles, les formules thérapeutiques qui semblent lui convenir. Si l'on peut trouver quelques-unes de ces formules un peu complexes, on ne saurait nier qu'elles ne puissent être à certains moments recommandables. On ne se sent point d'ailleurs le désir d'adresser des critiques de détail à un ouvrage dont le plan général et les intentions sont si louables.

Nouveau pansement antiseptique, par le docteur Bédoin. — Paris, 1886. O. Doin.

La *Gazette hebdomadaire* a déjà signalé, dans un compte rendu de la Société de thérapeutique (p. 150), l'innovation que l'on doit à M. le docteur Bédoin. Le pansement de Lister est d'une application un peu compliquée et souvent onéreuse. Tous les procédés qui consistent à le simplifier doivent donc être examinés avec soin. A ce point de vue, les papiers médicamenteux imaginés par M. Bédoin seront utiles dans bien des circonstances, et les observations qu'il a publiées à l'appui de sa nouvelle méthode (*Bulletin de thérapeutique* du 28 février) en démontrent l'efficacité.

Annual Report of the Board of Regents of the Smithsonian Institution... for the year 1883. — Washington, Government Printing Office, 1883, in-8°.

La *Smithsonian Institution* doit son origine à un legs du chimiste Smithson, qui, après diverses péripéties, a été définitivement recueilli par le gouvernement des Etats-Unis. Cette institution a pour mission de favoriser les recherches sur des questions que ne peuvent aborder les autres établissements d'instruction. C'est ainsi qu'elle a publié, depuis qu'elle existe, une série de recherches (*researches*) sur l'ethnologie, l'astronomie, la géologie, le magnétisme terrestre, la physique, la chimie, la zoologie, etc. Elle a contribué pécuniairement à l'expédition du capitaine Kane au pôle nord; elle entretient 500 stations météorologiques, disséminées sur tout le continent américain; elle a publié jusqu'en 1883, sous le nom de *Smithsonian Contributions to knowledge*, un grand nombre d'importants mémoires sur les mathématiques, l'astronomie, la physique, la géographie, les sciences biologiques, etc., formant une collection de 27 volumes grand in-4°; elle entretient une correspondance suivie avec les savants et les établissements scientifiques étrangers, et a créé avec eux un service d'échanges qui fonctionne très régulièrement; rien qu'en Europe, elle possède près de 2000 correspondants. De plus, l'institution renferme une magnifique bibliothèque, un riche musée qui s'accroît journellement, un observatoire, des laboratoires, etc. Ajoutons comme dernier détail que son capital dépasse actuellement 700 000 dollars, et que, conformément aux statuts, elle ne peut disposer que des seuls intérêts à 6 pour 100 que lui paye le trésor des Etats-Unis.

Nous avons sous les yeux le *Rapport annuel pour* 1883, publié par le conseil d'administration de l'institution. On y trouve le résumé des travaux, des explorations, etc., effectués sous ses auspices, l'indication des pièces nouvelles acquises par le musée, des ouvrages entrés à la bibliothèque, etc ; à ce rapport est annexé un *General Appendix*, constituant un résumé des principaux progrès accomplis dans le domaine scientifique dans les diverses parties du monde; les travaux analysés ont été choisis parmi ceux qui peuvent intéresser les nombreux correspondants de l'Institution smithsonienne; l'anthropologie et les sciences naturelles s'y trouvent largement représentées; mais la médecine y est entièrement négligée, ce qui n'a rien d'étonnant, vu le but même de l'institution. Ajoutons que celle-ci sait honorer ses morts; elle a fait élever à son secrétaire, le professeur Henry, une statue pour laquelle elle a dépensé 15 000 dollars. L'*Annual Report* a été imprimé à 16 000 exemplaires.

VARIÉTÉS

L'EXPOSITION D'HYGIÈNE URBAINE.

L'Exposition d'hygiène urbaine, organisée par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris à la caserne Lobau (derrière l'Hôtel de Ville), est ouverte depuis samedi dernier, de dix heures du matin à dix heures du soir. Elle offre un tel intérêt pour tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin aux questions d'hygiène, que nous n'hésitons pas à engager vivement nos lecteurs à la visiter.

Cette Exposition est, en effet, d'un caractère exclusivement technique et scientifique ; elle ne s'occupe que de l'assainissement des habitations, des édifices et des villes, en y ajoutant toutefois les appareils et les méthodes propres aux études d'hygiène ; aussi tout côté d'exploitation commerciale ou industrielle de mauvais aloi a-t-il été sévèrement banni. Elle comprend ainsi les laboratoires de M. Pasteur, de M. Armand Gautier, de MM. Miquel, Lévy, Charles Girard, F. Marié-Davy, les instruments de M. Yvon, etc. Le public, grâce à des explications spéciales, peut s'y initier aux recherches de laboratoire dont la prophylaxie est appelée à tirer tant de profits. C'est, par suite, aux industriels sanitaires qu'il appartient de réaliser pratiquement les conséquences de telles recherches et d'assurer, par exemple, la prompte évacuation des matières usées aussi bien hors de l'habitation qu'à l'extérieur de la ville, de détruire sur place tous les germes des affections transmissibles, de fournir aux habitants une eau potable de bonne qualité et exempte de toute cause de souillure.

On peut voir, dans l'une des salles occupées par la Ville de Paris à cette exposition, des spécimens nombreux des appareils d'évacuation des vidanges et des eaux ménagères dans la plupart des maisons actuelles et à côté plusieurs appareils basés sur les principes qui régissent aujourd'hui, ce que les Anglais appellent d'un nom si expressif: le « génie sanitaire ». On ne conçoit plus qu'il n'y ait pas d'obturation hydraulique entre le tuyau de chute et la canalisation générale; mais, au siphon anglais ou américain, dont la branche inférieure est seule munie d'une ouverture de visite ou de dégorgement, on substitue une double ouverture, et celle qui est au point le plus élevé est raccordée avec l'air extérieur par un conduit terminé par une boîte d'aérage avec valves de mica; de cette façon, le siphon est toujours aéré et ne peut plus désamorcer; d'où une grande perte de temps et une importante cause d'ennuis de moins, car l'on sait avec quelle facilité se désamorcent les siphons ordinaires. C'est là un progrès important, dû aux fabricants français. D'un autre côté, tous les appareils d'évacuation, aussi bien dans la maison que sur la voie publique, doivent être surmontés d'un appareil de chasse d'eau, soit automatique, soit à tirage à la main; l'on assure ainsi un nettoiement énergique et suffisant, ce que l'on n'obtient qu'à grand'peine avec la petite quantité d'eau que l'on a l'habitude, en France, de se borner à dépenser pour cet important service. Il arrive même que, tout au moins dans les établissements publics et sur la rue, l'on peut réaliser une très notable économie sur la consommation d'eau, tout en offrant des garanties bien plus grandes pour la salubrité. Le nombre des modèles d'appareils, munis de ces accessoires indispensables, est très grand à cette Exposition, depuis les appareils renfermant un mécanisme plus ou moins compliqué, jusqu'aux appareils de grès, de fonte émaillée, de faïence ou de verre pour lesquels les fabricants français, à l'exemple de leurs confrères d'Angleterre, s'ingénient à trouver mille formes nouvelles, tout en supprimant tout mécanisme sujet à dérangement.

De tels procédés ont pour corollaire une abondante distribution d'eau dans les villes; le service des eaux à Paris a fait une Exposition des plus intéressantes et des plus complètes où, à côté du spécimen d'un trottoir avec toute la canalisation disposée pour amener l'eau nécessaire aux divers usages, à côté des nombreux appareils utilisés dans un tel service, l'on peut voir par transparence les trois sortes d'eaux fournies aux Parisiens: la Vanne, avec sa belle couleur bleu verdâtre, caractéristique de sa pureté et de sa fraîcheur; la Seine, déjà très trouble, et l'Ourcq, que l'on ne saurait mieux comparer qu'à une sorte de purée de pois. Les édiles de la ville y puiseront d'utiles renseignements pour l'achèvement des travaux d'amenée d'eau dans la capitale. La nombreuse série des filtres, soit à amiante, soit à bougie de porcelaine, complète l'étude de cette question.

La désinfection est de plus en plus considérée comme le procédé le plus efficace pour détruire sur place les germes des affections transmissibles, partant pour en entraver la propagation; mais il est difficile, pour ne pas dire impossible, de l'abandonner à la vigilance des particuliers. Aussi, doit-on favoriser les méthodes propres à réaliser l'absolue désinfection des objets contaminés dans des établissements spéciaux. Les appareils à désinfection sont nombreux à l'Exposition d'hygiène urbaine et l'on y peut remarquer, en particulier, les modèles des étuves à désinfection par la vapeur sous pression qui rendent en ce moment tant de services pour le rapatriement des troupes du Tonkin à bord des navires et dans les lazarets; ces appareils réalisent aujourd'hui la désinfection absolue dans un temps très court et sans détérioration sensible des tissus. Près d'eux se trouvent un

nouvel appareil pour désinfecter les parois des logements collectifs et des habitations et des wagons par la vapeur surchauffée d'après la méthode du docteur Redard, ainsi qu'un appareil pour la stérilisation prompte et facile des crachats tuberculeux.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur les enseignements qui ressortent de cette Exposition ; les pavillons hospitaliers par isolement y sont nombreux, de même que le mobilier scolaire y est représenté par divers modèles ; les villes de Bruxelles, le Havre, Nancy, Reims, Pau, le service de M. le docteur Bertillon, à Paris, ont envoyé d'intéressants documents montrant comment les bureaux d'hygiène et les institutions démographiques fonctionnent et quels avantages en ressortent ; les architectes ont adressé de nombreux plans d'hôpitaux, d'assainissement des habitations ; M. Emile Trélat y montre d'intéressants dispositifs d'éclairage, d'aération et de chauffage, etc., etc. On peut ainsi étudier la plupart des solutions proposées pour les divers problèmes de salubrité, qui préoccupent tout le monde aujourd'hui à tant de titres, et cette étude se fait, dans des conditions d'autant meilleures que la plupart des appareils sont à l'état de fonctionnement. En outre, des conférences ont lieu presque chaque soir et des conférences-promenades s'y font plusieurs fois par jour. La leçon de choses est ainsi complète.

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle le lundi 10 mai, sous la présidence de M. Semelaigne. Voici les récompenses qu'elle a distribuées :

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, a été décerné à M. Larroque, interne de la Maison de Charenton, pour un mémoire intitulé : *Des rémissions dans la paralysie générale.* — Une mention honorable a été accordée à M. Dumas, interne de la Maison de Charenton, pour un mémoire intitulé : *Des transformations de la personnalité et des erreurs de personnes chez les aliénés.*

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, a été décerné à M. le docteur Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse : *De l'aphasie et de ses diverses formes.* — Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Rouillard, pour sa thèse : *Essai sur les amnésies. Étiologie des troubles de la parole.*

Prix Belhomme. — Ce prix, de la valeur de 1200 francs, a été décerné à M. le docteur Paul Bricon, médecin à Paris. La question proposée était : « De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie. »

Prix Aubanel. — Ce prix, de la valeur de 2400 francs, n'a pas été décerné. La question proposée était la suivante : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. » Deux récompenses ont été accordées : la première, de 800 francs, au mémoire de M. Dericq, interne de l'asile Sainte-Anne ; la seconde, de 400 francs, au travail de MM. Roland et Besançon, internes des hôpitaux de Paris.

Exposition d'hygiène urbaine. — L'exposition d'hygiène urbaine est ouverte tous les jours à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel de Ville, de dix heures du matin à dix heures du soir. Des conférences y seront faites le soir à huit heures et demie, à partir du mardi 18 mai. M. Gariel y traitera, à cette date, de l'éclairage au point de vue de l'hygiène ; M. Bechmann fera le jeudi 20 mai une conférence sur le service des eaux de Paris, et M. Napias traitera le samedi 22 mai de l'hygiène de l'école. Les autres conférences seront ultérieurement indiquées.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Gillebert d'Hercourt père, président de la Société de médecine de Paris, qui vient de mourir à Enghien à l'âge de soixante-dix-huit ans. C'était un honnête et laborieux praticien, qui laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir le plus sympathique. — M. le docteur Hervé de Lavaur, qui vient de succomber à l'âge de soixante-trois ans, et qui était médecin de l'Opéra et médecin en chef du ministère des affaires étrangères, était lui aussi le un praticien aussi honnête que dévoué.

— On annonce également la mort de M. le docteur Dauzat (de Bordeaux), ancien recteur ; de M. le professeur Melsens, membre honoraire de l'Académie de médecine de Belgique, décédé le 20 avril dernier à l'âge de soixante-douze ans ; de M. le docteur William-L. Hardy, de l'Académie de médecine de New-York ; de M. le docteur Harrison (de Wallingford, Etat de Connecticut) ; de M. le docteur Woronzowki, professeur à la Faculté de médecine de Moscou.

Mortalité a Paris (18e semaine, du 2 au 8 mai 1886). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 4. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 36. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43. — Phthisie pulmonaire, 198. — Autres tuberculoses, 49. — Autres affections générales, 50. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 116. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 53 ; au sein et mixte, 29 ; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95 ; de l'appareil circulatoire, 73 ; de l'appareil respiratoire, 83 ; de l'appareil digestif, 42 ; de l'appareil génito-urinaire, 29 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 21. — Total : 1140.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1886, par M. le docteur E. Bouchut. (Septième année). 1 vol. in-18 de 224 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

Crimes et délits dans la folie, par M. P. Max Simon. 1 vol. in-18 de 285 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Les gauchers comparés aux droitiers aux points de vue anthropologique et médico-légal, par M. le docteur Louis Jobert. 1 vol. in-8 de 70 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Traitement de la laryngite chronique arthritique aux thermes de Luchon, par M. le docteur P. Ferras. 1 vol. in-8 de 50 pages avec figures dans le texte. O. Doin. 2 fr.

Manuel d'embryologie humaine et comparée, par M. Ch. Debierre, précédée d'une préface de M. J. Renaut. 1 vol. in-18 de 796 pages avec 321 figures dans le texte et 8 planches en couleur hors texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Recherches sur l'électrolyse et le transfert des médicaments à travers l'organisme par le courant électrique, par M. le docteur G. Bardet. Brochure in-8 de 12 pages. Paris, O. Doin. 50 c.

De l'instinct sexuel au point de vue médico-légal, par M. le docteur Julien Chevalier. 1 vol. in-8 de 170 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Luchon dans le traitement de la syphilis, par M. le docteur P. Ferras. Brochure in-8 de 31 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Mémoire sur les occlusions intestinales (13 observations), par M. le docteur Ch. Auffret. 1 vol. in-8 de 55 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Mémoires d'ophthalmoscopie. Des prolongements anormaux de la lame criblée, par M. le docteur J. Masselon. Brochure in-8 de 16 pages avec 12 dessins photographiques. Paris, O. Doin. 4 fr.

De la fièvre typhoïde dans la marine et dans les pays chauds, par M. le docteur J. Moursou. 1 vol. in-8 de 310 pages. Paris, O. Doin. 6 fr.

Nouveau Dictionnaire abrégé de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles, par M. Ch. Robin. 1 fort volume grand in-8 de 1020 pages, imprimé à deux colonnes. L'ouvrage est maintenant complet. Paris, O. Doin. Broché. 16 fr.
— Relié maroquin tranches peignes, fers spéciaux. 20 fr.

Les théories de la vie jugées dans l'œuf, par M. A. Contance. 1 vol. in-8 de 105 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

La chirurgie ignée en général, et ses avantages en particulier dans les maladies chroniques et rebelles de l'utérus, par M. J. Abeille. 1 vol. grand in-8 de 452 pages avec 2 planches et 41 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

Le corps et l'esprit, action du moral et de l'imagination sur le physique, M. le docteur Hach Tuke, traduit de l'anglais par M. Victor Parant. 1 vol. in-8 de 412 pages avec 2 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5119. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants,
par M. le docteur Achenne.

Un travail tout récent a nettement tranché la question de l'origine véritable du rachitisme en la rapportant uniquement à l'alimentation défectueuse.

Cette étiologie est enseignée unanimement par tous les maîtres, notamment par Jules Guérin et par M. le professeur Bouchard.

M. le docteur Comby résume son jugement dans cette question du rachitisme, par la proposition suivante : « Quand on voit des familles nombreuses, comptant six, huit et dix enfants allaités diversement suivant les vicissitudes heureuses ou malheureuses auxquelles sont soumis les ouvriers, payer au rachitisme un tribut proportionné aux fautes hygiéniques commises, on ne peut se défendre de croire que toute l'étiologie du rachitisme est dans l'hygiène alimentaire. »

M. le professeur Bouchard appuie cette opinion et la justifie par des considérations scientifiques empruntées à ses travaux sur la nutrition.

S'il en est ainsi, si des fautes de régime et d'alimentation sont les causes premières d'une des plus graves affections de l'enfance, il est d'une importance souveraine de rechercher les moyens de corriger l'alimentation grossière et prématurée donnée aux enfants.

La solution de ce problème peut se résumer dans les conditions suivantes : donner à l'enfant les aliments dans un état de division extrême, pour parer à l'absence des dents, et assez substantiels, sous un petit volume, pour ne pas obliger l'estomac à se distendre à l'excès.

Il faut encore que l'aliment dont on fait usage chaque jour contienne tous les principes qui sont nécessaires à la production de la chaleur animale et à la formation de tous les tissus, notamment celui des os. Et tout cela ne suffit pas; il faut encore et surtout que ces principes si divers s'y trouvent réunis dans le rapport que l'expérience et la physiologie enseignent être indispensable pour une nutrition normale.

C'est aux céréales qu'il faut évidemment demander un aliment quotidien : la viande et les œufs ne doivent entrer dans le régime alimentaire des enfants qu'assez tard, avec précaution et graduellement.

Des céréales capables de fournir un aliment simple, une seule réalise, mais à la perfection, toutes les conditions énumérées ci-dessus: c'est l'avoine cultivée. C'est pourquoi la farine d'avoine a été introduite dans l'alimentation des enfants en bas âge. Comme cette farine ne se rencontre pas dans le commerce ordinaire, n'étant pas l'objet d'une consommation industrielle, il a fallu que ce produit devînt l'objet d'une fabrication spéciale et pour ainsi dire pharmaceutique. Il faut savoir gré aux initiateurs qui, en la présentant au public médical sous le nom de farine Morton, se sont voués à la vulgarisation de cet aliment.

La farine d'avoine s'est trouvée mise ainsi à l'abri de sophistications trop fréquentes dans les denrées alimentaires d'usage courant.

Une analyse récente, faite à l'hôpital des Enfants-Malades par M. Brissonnet, a montré que la farine Morton réalisait les conditions d'un aliment modèle. Les substances protéiques et les matériaux hydrocarbonés y sont dans le rapport que l'expérience clinique et la physiologie exigent d'un aliment parfait.

Ainsi, la farine Morton se présente avec toutes les garanties de pureté, de fabrication consciencieuse, que nous avons le devoir d'exiger d'un produit à recommander pour l'alimentation des enfants en bas âge. Elle est, pour ainsi dire, une préparation officinale qui comporte pour nous, médecins, la sécurité d'un produit pharmaceutique.

C'est à ce titre qu'elle a été expérimentée à Paris dans les hôpitaux d'enfants, et hautement recommandée par M. le docteur Bouchut. C'est une arme sûre avec laquelle nous pouvons efficacement combattre cette affection humiliante pour l'espèce humaine et pour la médecine, le rachitisme.

On la prescrit utilement soit comme complément de l'allaitement, quand l'enfant atteint l'âge où le lait de la mère ou de la nourrice devient insuffisant, soit pour parer à cett insuffisance quand elle se manifeste de bonne heure par le fait de la nourrice.

D'après M. Bouchut, on commencera par un potage par jour, puis deux potages, et l'on donnera au besoin du lait bouilli dans l'intervalle.

Pour préparer ces potages, on fait cuire la farine avec du lait, en ajoutant un peu de sel et suffisamment de sucre. Quand les enfant sont plus âgés, il sera bon d'y ajouter un jaune d'œuf. Par ces moyens, on sera assuré de procurer à l'enfant un aliment riche, très digestible, de peu de volume. On évitera avec certitude les gastro-entérites si fréquentes, prélude accoutumé du rachitisme et des autres affections si graves qui ont leur point de départ dans une alimentation défectueuse. Le sevrage sera facile et la transition de la nourriture spéciale à la nourriture commune s'opérera par une gradation toute naturelle.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du lactate de fer.

L'efficacité de l'emploi du fer dans l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie n'est pas contestable; la seule chose qui puisse encore être discutée, c'est le mode d'emploi. Il est évident que ce que l'on doit rechercher avant tout, c'est de rendre le fer facilement assimilable, et, pour atteindre ce résultat, il faut qu'il soit soluble.

Le nombre des préparations ferrugineuses est très grand, mais il n'y en a que fort peu qui soient solubles, et encore parmi celles qui ont cette qualité, s'en rencontre-t-il beaucoup qui doivent être écartées en raison de leur altérabilité, de leur saveur désagréable, de la difficulté que le malade éprouve à les digérer, parfois même des accidents qu'elles occasionnent.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un des symptômes de l'anémie, c'est la faiblesse de l'estomac et le dégoût des aliments; il importe donc beaucoup de n'offrir au malade rien qui lui répugne, aucun médicament qui exige de son estomac des efforts dont il est incapable.

Il est aujourd'hui parfaitement reconnu que c'est sous la forme de lactate que le fer est le plus facilement assimilable. En effet, l'acide lactique est abondamment répandu dans l'économie, il se retrouve dans les muscles et dans toutes les sécrétions, sueurs, sang, urine; ce n'est donc pas introduire dans le corps un élément étranger que de lui fournir l'acide lactique sous la forme de lactate de fer, et il est présumable que c'est seulement quand il a revêtu cette forme que le fer commence à agir d'une manière efficace.

C'est en partant de cette idée que MM. Gélis et Conté ont cherché une préparation qui introduisît directement le lactate de fer dans l'économie. Dès lors, en effet, le rôle de l'estomac devait se réduire à un simple travail d'absorption, et l'action des médicaments n'était plus subordonnée à l'acidité plus ou moins grande du suc gastrique. Ils ont donc créé les Dragées et Pastilles de lactate de fer qui portent leur nom, et très rapidement ce médicament a pris une place importante dans la thérapeutique.

L'Académie de médecine, saisie de l'examen de ces préparations par l'envoi qui leur en a été fait par MM. Gélis et Conté, a nommé une commission pour les étudier. M. Bouillaud, le rapporteur, s'est livré, ainsi que M. Fouquier, le président de la Commission, à des expériences nombreuses; il a constaté que le médicament était parfaitement supporté par tous les sujets, et qu'il n'était aucun des malades auxquels il l'avait administré qui ne s'en fût bien trouvé et n'eût ressenti une amélioration notable. Il terminait son rapport par les lignes suivantes :

« La Commission sait avec quelle réserve il convient de se » prononcer toutes les fois qu'il s'agit de préparations médi- » camenteuses nouvelles; mais elle n'ignore pas non plus » que cette réserve a des bornes, et qu'elle ne doit pas aller » jusqu'à refuser de rendre aux auteurs de ces préparations » la justice qui leur est due.

» D'après les faits dont nous venons d'avoir l'honneur de » vous exposer un résumé succinct, nous croyons, Messieurs, » qu'il serait difficile de ne pas porter un jugement favo- » rable sur la nouvelle préparation ferrugineuse proposée par » MM. Gélis et Conté, et de ne pas reconnaître que les » recherches cliniques permettent dès à présent de placer au » rang des plus utiles préparations ferrugineuses le sel nou- » veau dont ils viennent, d'après un heureux et ingénieux » rapprochement, d'enrichir la matière médicale. »

Ce jugement, vieux aujourd'hui de quarante-quatre ans, a été ratifié par le corps médical : MM. Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., ont constamment employé les Dragées de Gélis et Conté dans leurs services, et aucun médicament nouveau n'est venu détrôner cette excellente préparation. Son emploi se signale immédiatement par le réveil de l'appétit, et c'est au bout de très peu de jours que les anémiques ressentent les changements qui leur rendent le courage et bientôt les forces.

Les Dragées de Gélis et Conté sont employées avec succès dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués, notamment l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, l'aménorrhée, la disménorrhée, la leucorrhée chronique; pour les enfants de complexion délicate et les convalescents de longues maladies.

Chaque dragée contient 5 centigrammes de lactate de fer; la dose habituelle varie de quatre à huit par jour.

(*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5387. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressants le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : L'érythème polymorphe. — Communications diverses. — Élection. — Académie des sciences : la toxicité urinaire.

Nous avons signalé tout récemment (n° 18, p. 286) une discussion soulevée à la Société clinique de Londres par un travail de M. S. Mackensie, et rappelé à ce propos que la nature de l'érythème noueux et son degré de parenté avec les maladies rhumatismales restaient encore controversés. Le travail que M. Villemin vient de lire à l'Académie examine, dans son ensemble, la question de l'érythème polymorphe, et cherche à l'éclairer par des considérations tout à la fois pathogéniques et thérapeutiques. Après avoir rappelé la doctrine d'Hébra et lui avoir opposé les travaux cliniques de l'école française, M. Villemin déclare que l'érythème polymorphe doit être considéré comme une maladie générale de nature spécifique, et s'appuie principalement sur les résultats qu'il a obtenus par l'administration de l'iodure de potassium pour déduire de la spécificité thérapeutique de cet agent médicamenteux la spécificité étiologique de la maladie elle-même.

On lira avec intérêt les arguments sur lesquels notre savant maître appuie sa doctrine; mais il nous faut attendre, pour en bien apprécier toute la portée, que nous ayons sous les yeux les observations cliniques qui l'ont inspirée. Certes l'iodure de potassium est l'un des médicaments les plus actifs et les plus utiles que nous ayons à notre disposition. Mais sa spécificité d'action dans les maladies arthritiques, en particulier lorsqu'on l'administre pour combattre les localisations viscérales de la goutte ou du rhumatisme, tendrait, ce nous semble, s'il doit être considéré comme très efficace dans les cas d'érythème polymorphe, à appuyer la doctrine que défendaient récemment à Londres MM. Mackensie et Maclagan. Sans doute, dans les affections rhumatismales, dans les aortites, etc., l'action de l'iodure de potassium est relativement lente, et l'on ne voit pas, au bout de quelques jours, tous les accidents céder à l'administration du médicament. Mais, d'autre part, l'iodure de potassium ne saurait non plus être considéré comme un médicament antiseptique, et il paraît dès lors bien difficile de s'appuyer sur les résultats qu'on en peut obtenir dans le traitement de l'érythème polymorphe pour en déduire la nature infectieuse de la maladie.

Enfin, et c'est là un point de vue qui n'a pu certainement échapper à un clinicien aussi éminent, il arrive assez fréquemment que les érythèmes noueux, papuleux, vésiculeux, etc., disparaissent, comme ils se montrent, avec une assez grande rapidité, et cela sans que l'on soit intervenu au point de vue thérapeutique. Si nos observations personnelles ne nous trompent pas, c'est surtout dans les formes aiguës, franchement pyrétiques, de l'érythème noueux que cette terminaison rapide peut s'observer. Il convient donc, nous le répétons, de lire attentivement les observations que M. Villemin publiera à l'appui de sa doctrine, et que nous reproduirons dans un prochain numéro. Mais il importait d'appeler tout particulièrement l'attention sur son travail, que nous devions rapprocher de ceux qui viennent d'être communiqués à la *Société clinique de Londres*, et à propos duquel nous rappellerons aussi l'article où notre collaborateur, M. Dreyfus-Brisac, a émis une autre hypothèse. Celle-ci, qui paraît bien séduisante, consiste à considérer l'érythème polymorphe comme la manifestation du côté de la peau d'un état morbide souvent dû au surmenage, c'est-à-dire à l'intoxication produite par l'accumulation dans l'économie des déchets de la combustion organique (*Gaz. hebd.*, 1885, p. 170).

— Nous devons nous borner, malgré l'intérêt qu'elles présentent, à renvoyer au compte rendu de l'Académie et au *Bulletin* pour l'analyse des communications de MM. Périer, Delorme et H. Feulard.

— L'élection de M. de Lacaze-Duthiers, dans la section des académiciens libres, était si bien prévue, et le sentiment de l'Académie s'était, il y a plusieurs semaines déjà, si clairement manifesté que ses concurrents n'avaient point maintenu leur candidature; c'est ce qui explique le petit nombre de voix qui se sont réparties sur quelques-uns d'entre eux.

— A l'Académie des sciences, M. Bouchard a lu un troisième mémoire sur la toxicité urinaire. Nous croyons devoir, comme nous l'avons fait précédemment, reproduire le texte même de cette communication si importante.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Influence de l'abstinence, du travail musculaire et de l'air comprimé sur la toxicité urinaire (1).

Dans une précédente note, j'ai établi que la toxicité des urines de la veille et celle des urines du sommeil diffèrent comme qualité et comme intensité. J'ai indiqué les raisons qui nous font admettre que ces différences ne dépendent pas de l'alimentation, ni des heures des repas, et j'ai démontré qu'elles ne sont pas en rapport avec les quantités de la potasse éliminée. Je me propose aujourd'hui de compléter la démonstration et de déterminer quelques autres circonstances qui, dans l'état physiologique, augmentent ou diminuent la toxicité des urines.

J'ai d'abord institué une série d'expériences qui permettent d'étudier les variations de la toxicité urinaire aux différentes heures de la journée, sans que ces variations soient en aucune façon imputables à l'alimentation. Je divise la journée de vingt-quatre heures en trois périodes de huit heures, dont l'une est consacrée au sommeil, et je fais prendre, au début de chaque période, un repas toujours identiquement le même, comme nature et comme poids des aliments et des boissons. La toxicité des urines de chaque période devant être influencée de la même façon par l'alimentation, on pourra négliger le rôle des poisons d'origine alimentaire dans l'estimation des variations de la toxicité totale des urines secrétées dans chacune de ces périodes. J'avais établi précédemment que la toxicité urinaire totale de ces trois périodes, sommeil, veille matinale, veille vespérale, peut être indiquée, en moyenne, par les nombres 3, 7, 5. Dans cette seconde série d'expériences où les variations de la toxicité ne sont plus influencées par l'alimentation, les rapports sont comme les nombres 3; 7,5; 5,5, c'est-à-dire sensiblement les mêmes. L'augmentation de la production et de l'élimination du poison commence encore à l'instant où l'homme s'endort; la diminution de l'élimination commence au milieu de la période de veille.

Si l'alimentation n'influence pas les variations de la toxicité urinaire pendant la veille et pendant le sommeil, il y avait lieu de se demander quelle modification pourrait résulter de l'abstinence. J'ai supprimé le repas du début de l'une des périodes de huit heures, la période de sommeil, et j'ai comparé la toxicité totale des urines sécrétées pendant cette période où l'homme était en abstinence à la toxicité des urines sécrétées par le même individu, pendant la même période, alors qu'il avait reçu sa ration régulière. Je suis arrivé à ce résultat qui semble de prime abord paradoxal: l'abstinence augmente de moitié la toxicité urinaire. Au lieu d'être représentée par 3, la toxicité, par le fait de l'abstinence, devient 4,5; les extrêmes ont été 4,2 et 5,0. Cet accroissement de la toxicité pendant l'abstinence ne peut évidemment pas être attribué à une augmentation des matières minérales, qui sont, au contraire, en défaut; il m'a paru qu'elle pourrait s'expliquer par la surabondance des matières organiques incomplètement oxydées qui caractérisent les urines de l'abstinence. Ce dernier fait s'interprète facilement : l'homme réduit à vivre aux dépens de sa propre substance, détruit plus difficilement et plus incomplètement la matière vivante; tandis que, dans les conditions de l'alimentation normale, il brûle plus facilement et plus complètement la matière circulante.

Si la toxicité plus grande des urines sécrétées pendant l'abstinence peut s'expliquer par une entrave apportée aux oxydations, la même interprétation est applicable à l'augmentation de la toxicité pendant le sommeil, lequel s'accompagne d'une moindre consommation d'oxygène.

Inversement on pourrait expliquer, par l'activité du jour, la rapide diminution de la toxicité de la seconde moitié de la période de veille pendant laquelle l'oxygène est consommé en plus grande quantité. Il convenait de vérifier cette hypothèse par une expérience directe.

Chez un homme dont j'avais déterminé à diverses reprises la toxicité de la veille et du sommeil, dans les conditions habituelles de son existence sédentaire à la ville, j'ai cherché ce que devenait cette toxicité sous l'influence d'une journée de grande activité corporelle à la campagne, en plein air. Je suis arrivé aux résultats suivants : Le travail musculaire au grand air supprime 30 pour 100 de la toxicité totale des urines émises en vingt-quatre heures. Il supprime 27 pour 100 de la toxicité de la veille et son influence s'étend même à la période de sommeil qui succède au travail en faisant perdre aux urines de ce sommeil 40 pour 100 de leur toxicité.

Les causes qui influencent la toxicité urinaire peuvent donc agir pendant la durée de leur application, et encore pendant une longue période de temps après qu'elles ont cessé d'exister. C'est pour cette raison, sans doute, que la veille matinale est plus toxique que le sommeil, et que le sommeil est moins toxique que la veille vespérale.

Dans ces cinq conditions physiologiques : alimentation normale, abstinence, sommeil, veille au repos, veille en activité musculaire, les variations de la toxicité me semblent dépendre surtout de l'intensité plus ou moins grande des oxydations.

A ce point de vue, il était désirable de savoir ce que devient la toxicité quand une plus grande quantité d'oxygène est mise à la disposition de l'organisme.

J'ai expérimenté sur l'homme sain, dont j'avais estimé la toxicité pendant les journées précédentes, par périodes de quatre heures, et chez lequel j'avais institué une alimentation uniforme répétée six fois par jour, à intervalles égaux, de manière à supprimer toute influence des repas sur les variations de la toxicité. Pendant les quatre heures qu'il a passées dans la cloche sous une pression de 116 centimètres, la toxicité a diminué de 43 pour 100. Pendant les douze heures qui ont suivi la décompression, la toxicité a diminué encore, elle a été de 60 pour 100 inférieure à la toxicité de la période correspondante de la journée précédente. A ce moment, la toxicité a augmenté, et dans les huit heures suivantes elle a dépassé de 33 pour 100 la toxicité de la période correspondante du jour précédent.

Ch. Bouchard.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, le 17 mai 1886.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De l'ampliation du périnée et de la vulve pendant l'accouchement.

Pour permettre le passage du fœtus, les parties molles qui composent le canal génital de la femme doivent se dilater, s'ouvrir, sans quoi l'accouchement serait impossible. Cette dilatation durant le travail se manifeste successivement du côté du col utérin, du vagin et du périnée, et enfin de la vulve. Il ne sera question ici que du périnée et de la vulve, parties molles qui demandent à être particulièrement surveillées par l'accoucheur, car elles deviennent fréquemment cause de dystocie, et leurs lésions retentissent souvent pendant les suites de couches sur la santé de la femme.

Le mécanisme de cette ampliation est en général bien décrit dans les traités classiques d'accouchements, nous n'aborderons pas ici son étude; nous ne voulons envisager que la cause, que l'agent de cette dilatation.

La plupart des idées qui vont être exposées sont tirées d'un excellent mémoire publié par le professeur Dumas (de Montpellier) et intitulé : « *Nouvelles considérations sur la dilatation prœfœtale de la vulve, accompagnées d'une étude sur la formation et la rupture de la poche des eaux.* »

L'ampliation du périnée et de la vulve peut se faire sous trois influences différentes : sous celle de la poche des eaux, de la partie fœtale qui se présente, ou enfin d'une manœuvre. Examinons successivement chacun de ces trois agents.

I. Ampliation produite par la poche des eaux.

La poche des eaux est, on le sait, la partie des enveloppes de l'œuf qui est mise à nu par la dilatation du col utérin. Dans les conditions normales et habituelles la poche des eaux se rompt spontanément quand la dilatation est complète; c'est par cette ouverture que le fœtus sort de l'intérieur de l'œuf et des organes génitaux. Dans quelques cas cette rupture est retardée, et alors la poche des eaux, à mesure que le travail avance, fait une saillie de plus en plus marquée, elle envahit le vagin, arrive à l'orifice de la vulve, et fait hernie à travers cet orifice. Ces cas de rupture tardive ont été étudiés attentivement par le docteur Byford. L'honorable accoucheur de Chicago pense qu'en pareille circonstance la poche des eaux agit efficacement sur le périnée et l'orifice vulvo-vaginal et amène leur ampliation. L'action de la poche des eaux serait la même sur les tissus mous périnéo-vulvaires que sur le col utérin. D'où la conclusion qu'il ne faut pas rompre artificiellement cette poche des eaux, alors que la dilatation est complète, ainsi qu'on le fait d'habitude. Conséquent avec sa théorie, le docteur Byford recommande, dans le cas où les membranes se rompent avant d'avoir achevé leur office dilatateur, d'introduire dans le vagin une poche en caoutchouc, que l'on gonfle avec de l'air ou avec de l'eau.

Pour répondre à Byford, Dumas discute la question suivante : est-il possible dans la majorité des cas de compter sur la poche des eaux pour dilater l'orifice inférieur du vagin?

Et d'abord comment se forme la poche des eaux? Les auteurs sont peu explicites à ce sujet. Deux hypothèses sont en présence : 1° ou les membranes subissent une distension énorme au niveau du col et forment le prolongement qui constitue la poche des eaux (théorie de l'élongation); 2° ou les membranes se séparent jusqu'à une certaine hauteur du segment inférieur du corps de l'utérus pour venir se mettre au contact du col effacé (théorie du décollement ou du glissement). Contre la théorie de l'élongation on peut citer les expériences de Duncan, qui prouvent que les membranes sont très peu extensibles. C'est la théorie du décollement et du glissement qui est la plus rationnelle. L'œuf se décolle dans le segment inférieur de l'utérus, et la paroi utérine, grâce à l'effacement et à la dilatation du col, remonte le long des parois de l'œuf, de manière à en laisser une partie à découvert. Ce ne serait pas, d'après Dumas, l'œuf qui glisserait le long de la paroi utérine, mais la paroi utérine qui glisserait le long de l'œuf. L'œuf serait passif, la paroi utérine active. Par ce mécanisme du décollement s'expliquent facilement les minimes hémorrhagies qui se font à l'approche du travail, et le décollement placentaire dans les cas d'insertion vicieuse. Avec ce décollement qui peut être très étendu on comprend la possibilité d'une poche des eaux très saillante, sans qu'il soit besoin d'une extensibilité très marquée des membranes de l'œuf. Comment se fait-il qu'avec la liberté que le glissement donne à la poche des eaux elle soit aussi plate dans les cas normaux, dans les présentations normales du sommet? Ceci est dû à un mécanisme intéressant. La tête forme bouchon, en s'appliquant sur le segment inférieur de l'utérus, de telle sorte que le liquide amniotique ne peut pénétrer au-dessous d'elle; la partie du liquide sous-jacente à la tête et enfermée dans la poche est soumise à une pression moindre que celle qui existe dans l'utérus au moment de la contraction. Quand la dilatation est complète, le col ne maintient plus la tête, qui descend, et qui appuie sur la poche des eaux en même temps qu'elle retient les membranes latéralement, de telle sorte que la rupture a lieu à ce moment. Dans le cas de présentation vicieuse, la partie fœtale ne formant pas bouchon, le liquide amniotique vient s'accumuler dans la poche des eaux, qui alors devient volumineuse.

On voit donc que dans les présentations normales du sommet, il ne peut exister de poches d'eaux volumineuses, et que chercher à obtenir ce résultat, ainsi que le conseille Byford pour faciliter la dilatation de l'orifice vulvo-vaginal, est une chose irréalisable.

M. Dumas montre clairement que la poche d'eau volumineuse est et doit être une exception, mais il ne dit pas si dans les cas où elle existe elle est ou non susceptible de dilater l'orifice vulvo-vaginal. Or, dans les différentes circonstances où nous avons observé cette forme spéciale de la poche des eaux, nous ne l'avons vue exercer aucune action nette sur les parties extérieures de la génération. Sur le col utérin lui-même la poche des eaux n'agit efficacement que lorsqu'elle est soutenue et accompagnée par une partie fœtale; il est bien probable que seule elle serait impuissante à ouvrir la porte utérine; témoin ces poches d'eaux volumineuses remplissant tout le vagin avec un orifice utérin à peine ouvert. On voit donc que si l'idée de Byford n'est pas réalisable, il n'y a aucun regret à avoir, car le serait-elle, l'accouchement n'en deviendrait en aucune façon plus facile.

II. Ampliation produite par le fœtus.

L'ampliation du périnée et de la vulve est produite à l'état normal par la partie fœtale qui se présente. Cette partie fœtale, poussée par la contraction utéro-abdominale, s'ouvre

petit à petit un chemin pour arriver au dehors; c'est dans cette lutte que se fait l'ampliation des parties molles. Les différentes régions fœtales ne sont pas également aptes à ce rôle, et pour une même présentation la position n'est pas indifférente. Un exemple : dans la présentation du sommet, l'ampliation des parties molles se fera beaucoup mieux avec une occipito-pubienne qu'avec une occipito-sacrée. C'est pour remédier aux difficultés de ce temps de l'accouchement qu'on a songé à employer des manœuvres spéciales, dont nous allons maintenant dire quelques mots.

III. Ampliation obtenue a l'aide de manœuvres.

Il y a longtemps que les accoucheurs ont essayé différentes manœuvres pour dilater, pour ouvrir les parties molles de la mère sur le trajet que doit parcourir le fœtus, espérant ainsi faciliter l'accouchement. Ces manœuvres ont porté soit sur l'orifice utérin, soit sur le vagin, le périnée et la vulve ; elles ont été désignées par quelques accoucheurs sous le nom de petit travail, par opposition au grand travail qui serait celui exécuté par la nature ; le premier étant par conséquent artificiel, tandis que le second est naturel. La plupart de ces manœuvres sont aujourd'hui tombées dans l'oubli ; car non seulement elles sont inutiles le plus souvent, mais elles peuvent devenir nuisibles en amenant l'irritation, l'inflammation des parties maternelles.

Il faut cependant reconnaître que si cet ostracisme est complet pour le col, il n'en est pas tout à fait de même pour le périnée et l'orifice vulvo-vaginal, et parmi les différentes manœuvres employées à cet effet une des meilleures est certainement celle conseillée par le professeur Dumas, publiée dans le *Montpellier médical* de 1883, et qu'il a désignée sous le nom générique de dilatation præfœtale de la vulve. Voici en quoi consiste cette méthode. Les trois premiers doigts de la main droite (pouce, index, médius) sont au moment de l'expulsion de la tête introduits dans le vagin. Arrivés sur la tête fœtale, on les écarte doucement, de façon à les faire glisser entre elle et l'orifice du vagin. On les enfonce jusqu'à une profondeur telle qu'ils éprouvent une pression modérée entre la tête et l'orifice vaginal. Dans cette situation les doigts constituent en avant de la tête une sorte de cône ou plutôt de trépied, qui traverse la vulve et dont la base est appliquée sur la tête, tandis que son extrémité amincie reste à l'extérieur. Ce cône qui surmonte la tête fœtale, à la manière de ces bonnets pointus dont se coiffent les clowns, exerce une dilatation préalable sur l'orifice vulvo-vaginal. On pourrait, ainsi que l'a fait Dumas à propos de l'influence de la poche des eaux sur le col utérin, comparer cette action à la petite manœuvre qu'emploient les pharmaciens pour passer un anneau de caoutchouc autour du goulot d'une bouteille; ils adaptent sur le bouchon un petit cône en bois, dont la pointe est dirigée en haut et le long duquel l'anneau élastique glisse en s'élargissant régulièrement à mesure qu'on le fait descendre.

M. Dumas repousse toute espèce de parenté entre sa méthode et le petit travail de certains accoucheurs. Dans le petit travail les doigts agissent directement sur les tissus mous qu'ils ont la prétention d'élargir en les massant ou en les attirant; dans la dilatation præfœtale, c'est la tête fœtale elle-même qui agit sur la vulve par l'intermédiaire des doigts. Il y a en effet entre les deux méthodes une nuance, mais rien autre chose qu'une simple nuance.

Les résultats cliniques obtenus par la dilatation præfœtale ont été consignés par M. Passarini dans sa thèse inaugurale. Sur 16 cas où la méthode a été employée, deux fois seulement le périnée a présenté une déchirure de 3 centimètres dans un cas, et de 4 centimètres dans l'autre. La dilatation præfœtale raccourcirait aussi notablement la période d'expulsion, qui, au lieu de durer deux à quatre heures, serait comprise dans les limites de vingt-cinq minutes à une heure vingt minutes.

IV

Quelles conclusions pratiques tirer de l'exposé qui précède ? Le médecin qui assiste une femme dans son accouchement doit-il confier l'ampliation du périnée et de l'orifice vaginal à la poche des eaux, à la partie fœtale qui se présente, ou la provoquer à l'aide d'une manœuvre? Nous n'avons plus qu'à choisir entre l'ampliation naturelle spontanée faite par le fœtus poussé par la contraction utéro-abdominale et la méthode de dilatation præfœtale. Or nous croyons l'opinion des accoucheurs de Paris à peu près unanime sur cette question : sauf quelques cas exceptionnels où les manœuvres peuvent être bonnes, et parmi elles celle de M. Dumas serait certainement une des meilleures, il faut abandonner aux forces naturelles l'ampliation des parties molles de la mère, en luttant contre l'utérus et la paroi abdominale s'ils se contractent trop énergiquement, en les aidant au contraire par une application de forceps ou des tractions manuelles si leur action est trop faible. Avec l'éminent professeur de Montpellier nous pensons qu'il ne faut jamais compter sur la poche des eaux, son rôle est éminemment utile pour la dilatation de l'orifice utérin, mais inefficace quand il s'agit du périnée et de l'orifice vulvo-vaginal.

Le rôle de l'accoucheur est de soutenir le périnée et non de le dilater, de l'abaisser, de l'ouvrir. Ou ce périnée est suffisamment élastique, et la partie fœtale le déprimera sans le déchirer, ou l'élasticité voulue fait défaut, et tous les procédés seront impuissants à lui donner cette souplesse nécessaire à l'accouchement normal; si on voulait agir d'une façon efficace, il faudrait changer sa constitution, sa structure. Tous les procédés qui consistent soit à attirer le périnée en avant, soit à le repousser en arrière, à essayer de lui donner de l'étoffe en abaissant la partie latérale de la vulve nous paraissent également illusoires.

Le secret de l'intégrité du périnée pendant l'accouchement vaginal se résume en deux indications principales : 1° ralentir la progression de la partie fœtale qui se présente; 2° diriger cette partie fœtale pour l'adapter à la forme du canal génital.

Auvard.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Des médicaments explosibles.

M. le docteur L. Duchesne a récemment appelé l'attention sur les dangers que peuvent présenter certaines préparations pharmaceutiques qui mettent en présence des substances susceptibles de donner naissance, par double décomposition, à un produit explosif. Sans entrer dans le détail des observations, il nous a paru utile de signaler ici ces préparations dangereuses.

Pour produire l'ozone artificiel, on a donné la formule suivante :

Peroxyde de manganèse........ }
Permanganate de potasse....... } āā
Acide oxalique pulvérisé........ }

Mélange fait avec une spatule. Or ce mélange éclate cinq minutes après sa préparation. Pour réussir cette opération, on sépare les trois poudres, et on met une cuillerée à café de chacune d'elles sur une assiette contenant deux à trois cuillerées d'eau.

Pour produire l'ozone, il faut éviter aussi l'action produite par l'acide sulfurique sur le permanganate de potasse.

Ont fait aussi explosion :

Une poudre dentifrice composée de cachou et de chlorate de potasse;

Une masse pilulaire contenant du permanganate de potasse et de l'extrait de millefeuille, ou le même sel avec du fer réduit par l'hydrogène;

Gargarisme composé de chlorate de potasse, glycérine et perchlorure de fer;

Poudre faite avec hypophosphite de chaux, 50 centigrammes; chlorate de potasse, 3gr,75; lactate de fer, 30 centigrammes;

Solution : hypophosphite de chaux, 5 grammes; chlorate de potasse, 50 grammes; eau distillée, 400 grammes;

Poudre : chlorate de soude, 4 grammes; soufre doré d'antimoine, 1 gramme.

Pommade : axonge, 45 grammes; iode, 75 centigrammes; ammoniure de mercure, 1 gramme; eau, 2 grammes (il se produit en ce cas de l'iodure d'azote);

Mélange de chlorate de potasse, tanin et chlorhydrate de morphine; ou encore d'acide chromique, 4 grammes, avec 8 grammes de glycérine.

Pour la nitroglycérine, il faudra s'en tenir à la formule que nous avons donnée ici même, et qui répond à toutes les indications :

Nitroglycérine ou trinitrine pure... 1 gramme.
Alcool à 90 degrés............... 999 —
Cinq gouttes trois fois par jour dans de l'eau.

En résumé, les médecins devront se montrer très circonspects quand ils voudront prescrire les azotates, les chlorates, les hypophosphites et le permanganate de potasse.

Ils devront éviter de les associer avec la glycérine ou les corps facilement réducteurs.

Quant aux pharmaciens, ils sont les premiers intéressés à se tenir en éveil contre les substances oxydantes. Le moindre écart peut leur être fatal.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note sur un cas d'atrophie musculaire et osseuse du membre supérieur gauche, résultant d'une monoplégie hystéro-traumatique chez un adolescent. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 14 mai 1886, par M. A. Chauffard, agrégé, médecin du Bureau central.

Puisque la question de la monoplégie brachiale hystérique, chez l'homme, reste ouverte devant la Société, je demande la permission de présenter l'histoire résumée d'un malade que je soigne actuellement; malgré ses lacunes, cette observation aura au moins l'utilité de faire connaître une conséquence, non constatée, je crois, jusqu'à ce jour, de la monoplégie hystéro-traumatique.

Obs. — Le jeune X..., âgé actuellement de dix-neuf ans, est un grand et robuste garçon bien découplé, à figure intelligente, et appartenant à la meilleure société. Rien ne trahit, à première vue, les troubles nerveux graves dont il est atteint depuis plusieurs années, sauf un certain état d'excitabilité cérébrale, décelé par l'expression et l'éclat du regard, l'émission souvent saccadée de la voix.

Par sa mère, il est d'hérédité manifestement névropathique.

Jusqu'à l'âge de treize ans, aucun incident à signaler. Mais à ce moment, c'est-à-dire au commencement de l'année 1880, éclatent brusquement les premiers accidents hystériques, et voici comment : Le jeune X... était à la campagne, dans le midi de la France, et s'amusait à courir sur des échasses; au moment où il montait sur ces échasses, l'une d'elles se rompt, et X... tombe en avant, d'une hauteur en somme très médiocre; pour protéger sa chute, il étend les bras, et porte sur le sol par la paume des mains, dans l'attitude classique qui donne lieu aux fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Les échasses étaient peu hautes, et l'accident ne semblait pas grave; et cependant, dès le moment même, de très vives douleurs se font sentir dans le membre supérieur gauche; d'abord limitées à l'avant-bras et à la main, ces douleurs s'étendent en quelques jours jusqu'à l'épaule, et s'accompagnent d'une impotence fonctionnelle de plus en plus grande. En moins de huit jours, les mouvements de l'épaule et de tout le membre deviennent impossibles; les doigts eux-mêmes, qui avaient d'abord conservé leur jeu, se paralysent.

Ainsi, en huit jours, sous l'influence d'une chute médiocre, douleurs violentes dans tout le membre supérieur gauche, et paralysie motrice rapidement complète; et cependant les chirurgiens consultés n'avaient pu reconnaître l'existence d'aucune lésion osseuse, articulaire ou nerveuse.

Cette monoplégie brachiale diffère par deux caractères importants des observations publiées jusqu'à ce jour : d'après les déclarations très nettes du malade et de ses parents, c'était une paralysie spasmodique et rigide, accompagnée de contracture, si bien qu'un chirurgien distingué chloroforma le malade pour pouvoir explorer son bras; la contracture céda pendant le sommeil anesthésique, pour reparaître non modifiée au moment même du réveil. De plus, la sensibilité cutanée n'était pas abolie; elle était, au contraire, exaltée à tel point que le moindre contact était douloureux; pervertie en même temps, si bien qu'une piqûre pratiquée à la face dorsale de l'avant-bras, par exemple, était perçue au point correspondant de la face palmaire.

Je ne parle pas de l'atrophie musculaire, j'y reviendrai ultérieurement.

Pendant un an, cette monoplégie rigide et hyperesthésique du bras resta immuable, malgré la diversité des traitements chirurgicaux et médicaux qui furent mis en œuvre.

A ce moment, le jeune X... fut soumis à l'action des courants continus, et soudain, en quelques séances, une mutation complète se fit dans les allures cliniques de cette singulière monoplégie; elle rentra, pour ainsi dire, dans la règle, et devint une paralysie flasque et anesthésique; le bras, au lieu de rester collé au corps dans la demi-flexion, retombait lourd et inerte.

Cette seconde phase dura deux ans, sans modifications notables. Le malade s'était si bien habitué à sa paralysie, qu'il avait pu recommencer à écrire, jouer du piano, et même monter à cheval.

Trois ans après le début des accidents, un empirique est appelé, pratique sur le membre paralysé une série de séances de massage, et brusquement, au bout de huit jours environ, nouveau changement à vue : du matin au soir la paralysie motrice et sensitive disparaît, le malade est guéri, et depuis aucun retour d'accidents analogues n'est survenu.

Je pense qu'en présence de cette paralysie si singulière dans son début et sa marche, nous avons le droit d'être aujourd'hui absolument affirmatifs, et d'éliminer l'idée d'une lésion traumatique quelconque du tractus moteur, aussi bien dans ses origines cérébro-médullaires que dans ses irradiations périphériques. On ne peut, en particulier, admettre une névrite du plexus brachial. Aussi, les paralysies hystéro-

traumatiques de l'homme étant alors ignorées, la nature réelle des accidents éprouvés par le malade resta inexpliquée pour tous les médecins et chirurgiens, et ils furent nombreux, qui donnèrent alors des soins à ce jeune homme.

Le caractère névropathique de cette paralysie devient encore plus évident par le fait des incidents survenus depuis, et qui permettent de considérer X... comme un parfait hystérique.

En effet, après trois ans de santé parfaite, notre malade se frappe accidentellement la tête contre une porte, au mois de décembre dernier. Là encore le traumatisme, quoique médiocre, entraîne les conséquences les plus inattendues et les plus graves. Ce sont d'abord, le jour même, des douleurs de tête violentes et hors de toute proportion avec le choc subi; puis, les jours suivants, et pendant près de quinze jours, surviennent des épistaxis profuses; elles sont d'abord presque périodiques et se montrent chaque jour à la même heure, vers cinq heures du soir; puis elles prennent une allure plus irrégulière, et se renouvellent deux, trois et même quatre fois par vingt-quatre heures. Ces hémorrhagies surviennent brusquement et s'arrêtent de même, sans qu'aucune médication interne puisse en empêcher le retour; leur abondance, m'écrit le médecin qui soignait alors le malade, était vraiment extraordinaire.

Sous l'influence de ces pertes sanguines, le malade allait en s'affaiblissant de plus en plus, perdant l'appétit, ne pouvant presque plus rester levé. Puis survint une douleur intense dans la région précordiale, qui aujourd'hui encore persiste quoique très atténuée.

Quand le jeune X... revint à Paris, il y a deux mois, il était vraiment dans une triste situation. Le sommeil et l'appétit avaient complètement disparu, et la faiblesse était encore grande. Autour du mamelon gauche existait une plaque d'hyperalgésie cutanée, si douloureuse que le moindre frôlement à ce niveau était très pénible. Un autre point douloureux occupait la région interscapulaire du rachis.

Pas de zone hystérogène, du reste, ni d'anesthésie cutanée, mais rétrécissement du champ visuel, crainte de la lumière et du bruit, frayeurs et hallucinations nocturnes, instabilité psychique, abus de l'éther. En voilà certes plus qu'il ne faut pour constituer des stigmates irrécusables d'hystérie.

J'ajoute que, par une de ces mutations illogiques que présente l'hystérie, ce malade est aujourd'hui très amélioré de toutes façons.

Que notre malade soit un hystérique avéré, qu'il faille rattacher à l'hystérie son ancienne monoplégie brachiale, voilà donc qui me paraît incontestable. M. le professeur Charcot, appelé en consultation, a du reste été absolument formel sur ces deux points.

Mais cette monoplégie brachiale n'a pas disparu sans laisser de traces, et en voici la preuve.

Presque dès le début des accidents douloureux et paralytiques, au bout de quelques semaines à peine, on constata une diminution progressive des masses musculaires de l'avant-bras et du bras, puis une véritable amyotrophie, qui fut même considérée par plusieurs médecins comme devant être irréparable. En même temps on notait une sensation habituelle de froid au membre paralysé, et de plus le malade affirme, ainsi que ses parents, que pendant les trois ans qu'a duré la paralysie, les ongles de la main gauche auraient cessé de pousser; on n'aurait pas été obligé de les couper une fois pendant tout ce temps.

Je ne puis dire jusqu'où est allée cette amyotrophie, vu le manque de mensurations méthodiques; j'ignore également quelles étaient, à ce moment, les réactions électriques des muscles et des nerfs dans le membre paralysé. Mais quant au fait même d'une atrophie musculaire très notable, provoquée par la monoplégie, les déclarations très précises du malade, et qui plus est de ses parents, ne me permettent pas de le révoquer en doute.

Cette amyotrophie ainsi constituée dura autant que la paralysie, c'est-à-dire trois ans. Une fois la guérison de celle-ci obtenue, les muscles atrophiés commencèrent peu à peu à se réparer, et leur restauration se continua pendant un an et demi environ. Mais depuis lors, c'est-à-dire depuis une vingtaine de mois, tout progrès a cessé, et l'état local est devenu stationnaire.

Or la restauration est loin d'être complète, et l'examen actuel du membre supérieur gauche montre qu'il subsiste aujourd'hui non seulement une *atrophie musculaire* notable, mais encore une *atrophie osseuse* des plus nettes. Quelques chiffres vont le démontrer.

Mis à nu et comparé à son congénère, le membre supérieur gauche tout entier apparaît plus grêle et moins développé. Les pectoraux sont atrophiés et déprimés, le deltoïde également; le grand dentelé, le trapèze, les muscles scapulaires et dorsaux semblent indemnes.

Au bras, à l'avant-bras, à la main, les masses musculaires sont fermes, mais bien moins développées que du côté droit; les éminences thénar et hypothénar sont presque effacées, sans qu'il y ait cependant d'attitude vicieuse ni de griffe de la main.

La circonférence de la main, prise horizontalement au niveau de l'angle d'insertion du pouce, donne à droite 23 centimètres, à gauche 21 centimètres.

La circonférence de l'avant-bras, prise à trois travers de doigt au-dessous de l'épicondyle, donne à droite 24 centimètres, à gauche 22 centimètres.

La circonférence moyenne du bras est à droite de 25 centimètres, à gauche de 22 centimètres.

D'autre part, l'examen du squelette donne les résultats suivants : circonférence du poignet, à droite 17 centimètres, à gauche 16 centimètres ; longueur de l'extrémité du médius, au pli radio palmaire inférieur, à droite 20 centimètres, à gauche 19 centimètres; longueur du cubitus, à droite 27 centimètres, à gauche 24 centimètres seulement.

Ainsi, sur tout le membre supérieur gauche, nous trouvons une diminution uniforme de dimensions et de volume résultant d'une atrophie simultanée des masses musculaires et des tiges osseuses.

Ajoutons qu'il n'y a pas de contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés, que les réflexes tendineux brachiaux et antibrachiaux sont abolis à gauche, tandis qu'ils restent nettement perceptibles à droite; les réflexes rotuliens sont assez intenses et sensiblement égaux des deux côtés.

Voilà le fait que j'ai cru devoir communiquer à la Société. Il me paraît assez net pour ne pas nécessiter de longs commentaires.

Sans doute, on peut relever plusieurs lacunes dans l'observation elle-même; son caractère en grande partie rétrospectif suffit à les expliquer. Mais on ne pourra au moins faire intervenir ici l'objection de la simulation; si le malade, en tant qu'hystérique, peut être regardé comme sujet à caution, le témoignage absolument concordant et formel de ses parents me paraît irrécusable. Ils ont étudié de trop près l'état de leur enfant et assisté à un trop grand nombre d'examens médicaux pour que leurs assertions puissent être à priori révoquées en doute.

Cette monoplégie était donc bien hystérique, ainsi que cela ressort de tous les détails de l'observation. Mais son étiologie a eu quelque chose de spécial, car le traumatisme, au lieu de porter sur l'épaule ou la totalité du membre, comme dans le plus grand nombre des faits qui vous ont été soumis, n'a agi que sur la paume de la main. Le plexus brachial n'a donc pu être intéressé, et cette particularité suffirait presque seule à spécifier le caractère purement dynamique de la paralysie.

Au point de vue clinique, ce fait diffère encore de ceux déjà publiés en ce que la paralysie a traversé successivement deux phases : la première de rigidité spasmodique avec hy-

peresthésie; la seconde de flaccidité avec anesthésie. Si cette variabilité symptomatique est bien connue dans les paralysies hystériques vulgaires (1), elle est au moins exceptionnelle dans les monoplégies hystéro-traumatiques.

Enfin, dernier point et le plus important de tous, cette monoplégie a laissé sa trace, et le trouble purement fonctionnel a créé des lésions dont quelques-unes semblent irréparables. Nous sommes forcés d'admettre aujourd'hui que les paralysies hystériques peuvent déterminer des atrophies musculaires, parfois même assez précoces; c'est là une notion qui vient contredire tous les enseignements classiques, mais elle ressort avec évidence des faits récents publiés par M. le professeur Charcot (2) dans ses leçons cliniques, et par son élève M. Babinski (3). Chez mon malade, cette amyotrophie est encore notable trois ans après la guérison de la paralysie.

De plus, il s'est produit ici un fait que je crois unique jusqu'à présent : en raison des conditions d'âge du sujet, et survenant en pleine période de croissance du squelette, la monoplégie hystérique a retenti jusque sur les os du membre paralysé; elle y a produit, non pas une atrophie, le terme serait peu exact, mais un *arrêt*, ou, pour employer l'expression en vogue, une *inhibition de développement*. C'est ce qu'exprimait très bien le père du jeune X... quand il me disait : « La main gauche de mon fils a trois ans de moins que l'autre. ». Mais c'est là un retard bien difficile à regagner, et, si l'on peut refaire des muscles, il n'en va pas de même pour les os. Il est à craindre que la lésion ne soit irréparable.

Quant au mécanisme intime de ces troubles trophiques, il nous échappe, et nous ne pouvons aller au delà d'une simple constatation de causalité; nous ne savons pas davantage pourquoi ces troubles font défaut le plus souvent, ni dans quelle proportion numérique de cas on les rencontre.

Je ne veux pas discuter tous ces points obscurs de l'étude des monoplégies hystéro-traumatiques; ils ne sont pas, sans doute, pour faciliter la solution des problèmes cliniques, mais il n'en est que plus nécessaire de les signaler, de peur que, sur la foi des notions classiques, nous ne nous enfermions dans des formules trop étroites, et ne refusions de voir des faits qui nous étonnent peut-être et nous gênent, mais n'en sont pas moins réels, et nous montrent une fois de plus qu'aucune règle clinique n'est absolue et immuable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

INFLUENCE DE L'ABSTINENCE, DU TRAVAIL MUSCULAIRE ET DE L'AIR COMPRIMÉ SUR LA TOXICITÉ URINAIRE. Note de M. *Ch. Bouchard* (voy. p. 338).

OVATION A M. CHEVREUL. — Après le dépouillement de la correspondance et la présentation de quelques travaux manuscrits et imprimés, M. Chevreul, dont l'état de santé avait inspiré ces jours derniers de sérieuses inquiétudes, est entré dans la salle au bras de M. Fremy. Aussitôt l'assistance s'est levée pour entendre debout la touchante allocution que M. l'amiral Jurien de la Gravière allait prononcer, à l'occasion de l'hommage offert par l'Académie à son vénéré doyen, pour fêter sa centième année et lui exprimer le sentiment de respect et d'admiration de l'illustre Compagnie « dont il fait la gloire ».

(1) *Contribution à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture (forme spasmodique, forme non spasmodique)*, par MM. P. Marie et Souza-Leite (*Revue de médecine*, 1885, p. 421).
(2) *Semaine médicale*, 1886, p. 125.
(3) *Progrès médical*, 1886, p. 320.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Cadet de Gassicourt* se porte candidat à la place de membre titulaire dans la 2e section (*Pathologie médicale*).

M. le docteur *H. Henrot* (de Reims) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la 1re division (*Médecine*).

M. le docteur *Spillmann* (de Nancy) se porte candidat au titre de correspondant national dans la 2e division (*Chirurgie*).

M. *de Vrij* (de La Haye), correspondant étranger, déclare, en réponse à la réclamation adressée par M. Armez de Lisle (voy. p. 321), que le sulfate de quinine, dit des trois cachets, est fabriqué suivant les indications du Codex et qu'il s'est servi dans ses analyses de la méthode optique de M. Oudemans. (*Renvoi à la section de pharmacie.*)

M. le docteur *Mazade* (de Bordeaux) envoie plusieurs mémoires sur des sujets concernant l'hygiène de l'enfance.

M. le docteur *Morot* (de Vichy) adresse une Note manuscrite *sur le traitement de la diphthérie*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Venturi*, une brochure sur *les hallucinations* ; 2° le *Compte rendu* du Congrès tenu à Anvers en 1885 par la Société belge de médecine publique, afin d'examiner la question de la prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques.

M. *Legouest* fait hommage de la 2e édition du *Traité d'hygiène militaire*, de M. le docteur *Morache*.

M. *Hérard* présente la 1re édition du *Traité des coliques hépatiques*, de M. le docteur *Willemin*.

M. *Léon Colin* dépose, pour le concours du prix Godard en 1886, un mémoire de M. le docteur *Delmas* sur *la fièvre rémittente algérienne*.

M *Polaillon* présente deux mémoires de chirurgie, adressés par M. le docteur *Martel* (de Saint-Malo), candidat au titre de correspondant national dans la 2e division (*Chirurgie*).

DÉCÈS DE M. LEPAGE. — M. *le Président* fait part du décès de M. Lepage (de Gisors), correspondant national depuis 1881 dans la quatrième division (*Pharmacie*).

ÉLECTION. — Par 49 voix sur 74 votants, M. *de Lacaze-Duthiers* est élu associé libre; MM. Peligot et Durand-Claye obtiennent chacun 9 voix; M. Worms, 4; M. Magitot, 2 et M. Galezowski, 1.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE. — M. *Villemin* a recueilli onze observations cliniques qui lui permettent d'affirmer que les érythèmes auxquels les dermatologistes ont donné les noms de noueux, de papuleux, de circiné, de vésiculeux, etc., et qui sont compris sous la dénomination commune de polymorphe, ne sont que des variétés d'un même type morbide, de telle sorte que l'érythème polymorphe est une maladie générale de nature spécifique dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrome; les douleurs des tissus fibreux, les tuméfactions et les épanchements articulaires ne relèvent pas du rhumatisme, mais ne sont qu'une des manifestations de la maladie et dérivent, comme l'éruption cutanée elle-même, d'une cause unique, cause morbide. C'est qu'en effet les manifestations diverses de cette affection sont toutes jugulées par un traitement spécifique, par un agent médicamenteux unique, l'iodure de potassium; une dose moyenne de 2 grammes par jour suffit, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, à modifier simultanément tous les symptômes de la maladie. M. Villemin a, en outre, tenté, mais sans succès, d'inoculer le liquide pris dans les vésicules.

PLAIE DE L'ABDOMEN, ANUS CONTRE NATURE, SUTURE INTESTINALE. — C'est un cas d'anus contre nature consécutif à une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu et guéri après opération que M. *Ch. Périer* communique à l'Académie. Deux applications d'entérotome étaient restées sans résultat, lorsqu'il fut appelé, dix mois après l'accident, à pratiquer l'opération. L'intérêt de celle-ci consiste principalement dans l'emploi d'un mode particulier de suture entrecoupée dont les points séparés représentent chacun une sorte de petite suture en bourse; l'aiguille munie d'un fil long est introduite sous l'épaisseur des tuniques intestinales; sans

traverser la muqueuse, elle pénètre à un ou deux millimètres du bord de la plaie, chemine perpendiculairement à ce bord et ressort 4 ou 5 millimètres plus loin; l'aiguille reportée à un demi-centimètre décrit en sens inverse et parallèlement un même trajet dans la même lèvre de l'ouverture intestinale; le fil est alors porté sur l'autre lèvre de l'intestin en face du point par où il vient de sortir; on lui fait suivre un trajet semblable de ce côté et symétrique en le faisant sortir en dernier lieu juste en face du point d'entrée primitif; en serrant le fil et nouant les chefs, on rapproche les bords de la plaie, qui se renversent du côté de la cavité intestinale et se froncent. Ainsi on obtient, outre l'adossement des parois sur une certaine étendue, un froncement qui augmente la pression des surfaces et diminue les chances de redressement. — (Le mémoire de M. Périer est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Duplay*, *Cusco* et *Tillaux*.)

Restauration de la voute palatine et du nez. — M. le docteur *Delorme*, médecin-major de 1re classe, fait connaître deux procédés opératoires de restauration, l'un de restauration de la voûte palatine, l'autre de rhinoplastie. Dans le premier cas, il s'agissait d'un soldat qui, à la suite d'une tentative de suicide, avait eu le maxillaire inférieur fracturé, les deux tiers de la voûte palatine enlevés, ainsi que les os propres et les cartilages du nez ainsi que la lèvre supérieure et la langue sectionnés et en partie détruits. M. Delorme applique avec un grand succès la méthode suivante : 1° restauration de la lèvre supérieure en empruntant aux parties voisines deux grands lambeaux et séparation de son bord libre en tirant parti des modes opératoires utilisés pour le bec-de-lièvre; cela fait, refoulement de la base de la lèvre supérieure et adhésion de son bord supérieur avivé avec le bord antérieur de ce qui restait de la voûte palatine; cette adhérence une fois obtenue, application d'un appareil prothétique qui, soulevant la lèvre, lui imprime une direction horizontale et la convertit en voûte palatine membraneuse; mais comme la lèvre ainsi refoulée laissait à découvert une partie du dentier, il a fallu lui redonner sa hauteur primitive; 2° libération du bord libre de la lèvre par une incision transversale dépassant latéralement les commissures; pour combler l'espace compris entre le bord libre et le bord antérieur de la voûte membraneuse, libération aux dépens des tissus des joues et de la région malaire de deux grands lambeaux qu'on réunit sur la ligne médiane et sur leurs bords supérieurs et inférieurs. La communication de la bouche et du nez a été ainsi parfaitement comblée; la lèvre supérieure est restée verticale; à l'aide d'un simple dentier le malade mange aisément et parle sans difficulté.

En ce qui concerne le procédé de rhinoplastie de M. Delorme, il consiste en l'adaptation de la pièce de soutien à une cavité extérieure cutanée de la forme du nez et qui dans tous ses points répond à cette pièce par sa surface épidermique; l'adoption de cette coque à surface épidermique est destinée à rappeler l'attention sur la rhinoplastie, opération aujourd'hui délaissée à bon droit. — (Le travail de M. Delorme est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Legouest*, *Rochard* et *Alphonse Guérin*.)

Favus. — Il résulte des statistiques dressées par M. le docteur *H. Feulard* sur le modèle de celles qu'a publiées M. Bergeron en 1865, que le nombre des conscrits exemptés chaque année pour cause de teigne par les conseils de révision ne cesse de diminuer; de 730 exemptions annuelles de 1841 à 1849, il est descendu à 458 de 1850 à 1860 et même à 300 de 1873 à 1885. Les départements qui ont fourni le plus d'exemptions sont, comme autrefois, ceux du Pas-de-Calais, Nord, Aveyron, Tarn, Hérault, Landes, Seine-Inférieure, Côtes-du-Nord, formant trois groupes géographiques principaux : nord, ouest et midi.

M. Féulard estime que ce mouvement de décroissance continuera, pourvu qu'on l'aide par des mesures prophylactiques générales, parmi lesquelles l'inspection médicale des écoles et la suppression des cas d'exemption militaire pour teigne.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Méhu*, sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie. La liste de présentation est ainsi dressée : 1° M. *Prunier;* 2° M. *Joannès Chatin;* 3° M. *Marty;* 4° *ex æquo*, MM. *Chastaing*, *Petit* et *Tanret*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Monoplégie brachiale hystérique. avec atrophie consécutive du membre : M. Chauffard. – De la neurasthénie, par M. F. Glénard : M. Desnos. – Sur le traitement du croup par le procédé de M. Delthil : M. Cadet de Gassicourt (Discussion : MM. Féréol, d'Heilly). – Du traitement de l'obésité : M. C. Paul (Discussion : M. Debove).

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Chauffard* donne lecture d'une *monoplégie brachiale hystérique avec atrophie consécutive du membre* (voy. page 341).

— M. *Desnos* lit quelques pages d'un mémoire de M. Franz Glénard, sur la *neurasthénie* et *l'entéroptose*. — Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. E. Besnier, Vidal et Féréol, rapporteur.

— M. *Cadet de Gassicourt* fait connaître à la Société les résultats qu'il a obtenus dans le traitement du croup par le procédé de M. Delthil (sera publié).

M. *Féréol* est d'avis qu'on ne saurait trop remercier M. Cadet de Gassicourt du soin et de la peine qu'il a dépensés pour renseigner ses collègues sur la valeur de ce procédé de traitement du croup. En présence des résultats auxquels est arrivé M. Cadet de Gassicourt, il n'a aucune objection à formuler; il ne peut qu'exprimer un regret, c'est de perdre une nouvelle illusion en thérapeutique. Il avait espéré, d'après un cas favorable qu'il avait observé il y a deux ans, que peut-être ce procédé fournirait un certain nombre de succès; mais il a été le premier à reconnaître qu'un cas isolé ne prouve rien et qu'une expérimentation plus complète pouvait seule fixer la valeur de la méthode.

M. *Cadet de Gassicourt* ajoute qu'il est encore un enfant auquel on a appliqué la fumigation et dont il n'a pas parlé dans son mémoire, bien que ce malade ait guéri. En effet, lorsque M. Cadet de Gassicourt a vu le petit malade, soumis dès la veille au soir aux fumigations pour des accès de suffocation terribles, il n'a pas eu de peine à reconnaître qu'il s'agissait d'une simple laryngite striduleuse.

M. *D'Heilly* considère les conclusions de M. Cadet de Gassicourt comme jugeant sans appel le procédé de M. Delthil; mais il doit ajouter que l'auteur de ce procédé l'a lui-même à peu près complètement abandonné. Il s'est rencontré dernièrement en consultation à Nogent-sur-Marne avec M. Delthil pour un cas de croup terminé par la mort avant son arrivée près du malade. La chambre où se trouvait l'enfant était imprégnée d'une forte odeur de térébenthine, mais il n'y avait aucune trace de fumigation. Or M. Delthil lui apprit qu'il réserve maintenant les fumigations pour les cas *ultra-toxiques*, et soumet tous les autres malades à l'évaporation d'essence de térébenthine placée dans des vases à large surface, disposés dans la chambre, et imbibant aussi des éponges placées de chaque côté de la tête du patient; il y joint les badigeonnages de la gorge avec l'essence. Grâce à ce traitement, institué dès le début de la maladie, M. Delthil n'aurait plus à

recourir qu'exceptionnellement à la trachéotomie. Est-ce à ce procédé ou à celui des fumigations que M. Delthil a dû la statistique de 60 guérisons sur 62 ou 63 cas de diphthérie, qu'il a publiée au congrès de Grenoble en 1885? D'ailleurs il a dit à M. D'Heilly que l'insuccès qu'il venait d'être appelé à constater était le seul qu'il ait enregistré depuis un an. Ces résultats sont d'autant plus remarquables, pour ne pas dire invraisemblables, que ce décès unique doit évidemment correspondre à un nombre de cas relativement considérable, étant donnée la notoriété particulière que s'était acquise M. Delthil pour le traitement de la diphthérie.

— M. *C. Paul* donne lecture d'un mémoire sur le *traitement de l'obésité*. Dans ce travail, l'auteur, après avoir rappelé que Dancel avait été le premier à instituer un traitement efficace contre l'obésité, passe en revue les autres méthodes dues à Banting, Vogel, Ebstein, Œrtel, enfin Schwenninger qui n'a que peu modifié les procédés de ses devanciers. M. C. Paul rappelle que tous les ans le poids du corps augmente au printemps, pour rester stationnaire depuis le mois de mai jusqu'à la fin de l'année. Il insiste enfin sur l'utilité des eaux chlorurées sodiques et sulfatées sodiques dans la cure de l'obésité.

M. *Debove* croit devoir faire remarquer que personne n'a jamais méconnu que Dancel fût l'inventeur d'une méthode de traitement de l'obésité; les Allemands eux-mêmes ont signalé son nom au congrès de Berlin. L'intéressante observation communiquée par M. C. Paul prouve que le régime auquel sa malade a été soumise a donné des résultats identiques à ceux que Dancel avait obtenus; il y a d'ailleurs une foule de régime divers préconisés contre l'obésité, et tous ont à leur actif un certain nombre de succès, mais dans tous entrent des conditions multiples rendant bien difficile d'apprécier exactement l'élément auquel les heureux résultats doivent être à bon droit attribués. De là le désaccord entre les auteurs, qui autorisent ou proscrivent chacun le même élément du régime proposé. Le seul moyen de s'entendre est précisément d'expérimenter chaque élément isolé, ainsi que M. Debove l'a fait lui-même pour l'eau. Il a, depuis lors, institué pour la graisse des recherches analogues, dont il communiquera prochainement les résultats.

M. *C. Paul* est d'avis que l'expérimentation ne peut fournir des données de valeur que si elle porte sur des *obèses*. De ce que certains individus maigres, mis à un régime qui fait engraisser d'autres sujets, n'arrivent pas à augmenter de poids, cela ne peut servir à rien démontrer relativement au traitement de l'obésité. Si M. Debove veut obtenir des résultats démonstratifs, il lui faut se résoudre à expérimenter sur des obèses.

M. *Debove* fait remarquer qu'il faudra toujours étudier séparément chaque élément du régime. Il ne croit pas d'ailleurs que la nutrition, chez un obèse, soit différente de ce qu'elle est à l'état physiologique; l'obèse offre seulement une exagération de certaines dispositions normales, entre autres l'épargne de la graisse.

M. *C. Paul* ajoute que, pour bien des raisons, il est fort difficile d'apprécier exactement les phénomènes auxquels on assiste. Ainsi, lorsque lui-même est en vacances et prend de l'exercice, il diminue manifestement de volume tout en perdant peu de son poids, parce qu'il compense, en augmentant son tissu musculaire, ce qu'il perd de tissu adipeux.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Greffe tendineuse de l'animal chez l'homme, rapport : M. Monod (Discussion : MM. Trélat, Desprès, Berger, Le Fort). — Néoplasme parotidien faisant saillis dans le pharynx et enlevé par la voie buccale : M. Périer. — Comparaison entre l'uréthrotomie interne et la divulsion : M. Le Dentu. — Fracture de la rotule (Présentation de malade) : M. Desprès.

M. *Monod* fait un rapport sur une observation de transplantation d'un tendon de chien à l'homme, adressée à la Société par M. Peyrot. Il s'agit d'un homme qui avait eu le tendon fléchisseur du médius sectionné, d'où extension permanente du doigt, gênant considérablement les fonctions de la main. M. Peyrot essaya de réunir les deux bouts l'un à l'autre, mais il dut y renoncer en raison de leur écartement; c'est alors qu'il eut l'idée d'interposer entre les deux un tendon de chien, réalisant ainsi sur l'homme les expériences positives de Gluck, d'Assaky et de Fargin sur les animaux. Le tendon animal s'est parfaitement greffé, mais il n'y a eu qu'un résultat fonctionnel incomplet, et les mouvements de flexion, qui ont reparu, sont très limités.

M. *Trélat* a vu un jeune dessinateur de dix-sept ans qui, à la suite d'une section des tendons extenseurs du médius et de l'annulaire droit, ne pouvait plus étendre ses doigts. L'accident était ancien et la plaie des téguments cicatrisée. Après un examen minutieux, il sembla à M. Trélat et à plusieurs personnes qu'il y avait entre les deux bouts de tendons un intervalle de 15 millimètres pour l'un des doigts et de 22 millimètres pour l'autre. M. Trélat pensa devoir tenter la réunion de ces deux extrémités. Il les mit à découvert à l'aide d'une incision cutanée et fut tout étonné de voir que l'écartement était pour ainsi dire nul. Il se contenta alors d'aviver les extrémités et de les suturer, ce qui fut très facile. Le malade guéri conserve encore une certaine gêne dans le mouvement de ces doigts. M. Trélat termine en recommandant de ne jamais négliger d'électriser les muscles dont les tendons ont été sectionnés. Cette électrisation hâte beaucoup le retour des fonctions.

M. *Desprès* pense que dans toutes les sections tendineuses, les extrémités des tendons se soudent à la cicatrice et que cela suffit au rétablissement des mouvements. Lorsqu'il survient de l'impotence fonctionnelle, cela est le résultat, ainsi que l'a dit Malgaigne, de l'inflammation des gaines tendineuses. Selon M. Desprès, la tendance à la cicatrisation des tendons sectionnés est si grande, qu'il arrive souvent qu'à la suite de la ténotomie du tendon d'Achille, la difformité, qu'on espérait ainsi combattre, se reproduit, grâce à la rapidité du travail réparateur.

M. *Berger* ne peut admettre que dans tous les cas où les extrémités des tendons se soudent à la cicatrice de la peau, leurs fonctions se rétablissent. Cela ne peut avoir lieu que si l'écartement est peu considérable. Dernièrement il a vu un malade, qui avait eu une section des tendons extenseurs des orteils; la peau avait été suturée sans qu'on s'inquiétât des cordes tendineuses. Deux mois après, le malade se présentait à lui avec une impotence des extenseurs. La suture tendineuse a été faite, non sans quelque difficulté, mais l'opération est trop récente pour en prévoir les résultats.

M. *Trélat* pense également que l'écartement des bouts des tendons peut, même en l'absence de toute inflammation des gaines, déterminer l'impotence fonctionnelle. Dans ces conditions, la seule ressource est la suture tendineuse.

M. *Le Fort* donne un moyen pratique de trouver le bout supérieur d'un tendon sectionné et rétracté dans sa gaine. Il suffit, pour le rendre accessible, de presser sur le corps charnu du muscle en refoulant les tissus vers la plaie. Cette

manœuvre lui a parfaitement réussi dans un cas, dont il donne la relation.

— M. *Périer* rapporte l'observation suivante: un homme de vingt-huit ans présente, en 1880, une tuméfaction de l'arrière-gorge au niveau de l'amygdale. Elle n'est pas douloureuse, mais gêne la respiration. Un médecin consulté enlève à ce moment l'amygdale. Au dire du malade, il saigna abondamment et la tumeur avait une coloration blanchâtre et une très grande dureté. La tuméfaction n'a pas tardé à réapparaître. Elle a augmenté progressivement, et en juin 1885, époque à laquelle M. Périer voit le malade pour la première fois, elle a envahi la plus grande partie du pharynx. La muqueuse glisse sur elle; sa consistance est rénitente. Le diagnostic d'adénome du voile du palais est porté et l'opération proposée. Le malade la refuse. Trois mois après le malade revient consulter. La tumeur a encore augmenté, elle est dure, de consistance chondromateuse. On sent manifestement l'existence d'un prolongement derrière la mâchoire. Le malade éprouve quelques douleurs dans le cou de ce côté. M. Périer réforme son diagnostic primitif et croit qu'il se trouve en face d'un enchondrome de la parotide, développé dans la partie profonde de la glande et faisant saillie dans le pharynx. Il pense pouvoir l'enlever par l'intérieur de la bouche et pratique l'opération suivante. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, la tête renversée, afin de prévenir l'introduction du sang dans les voies respiratoires. La muqueuse est incisée au thermocautère et le néoplasme est énucléé assez facilement à l'aide des doigts, de la spatule et de la cuiller tranchante. Sauf en un point au niveau de l'apophyse ptérygoïde, où il y avait des adhérences, la tumeur était libre. L'opération terminée, une vaste cavité restait béante dans le fond de la bouche. On combattit les accidents septiques, que la suppuration aurait pu déterminer, à l'aide de gargarismes au chloral fréquemment répétés, et dix-huit jours après la guérison était complète.

M. *Polaillon* croit difficilement à l'origine parotidienne de cette tumeur, car les néoplasmes de cette glande font presque toujours saillie à l'extérieur.

M. *Tillaux* partage l'avis de M. Polaillon et il pense qu'il s'agit d'un enchondrome de la paroi du pharynx.

M. *Périer* a pu se rendre compte au cours de l'opération que la tumeur avait bien son siège dans la loge parotidienne.

— M. *Le Dentu* rapporte un nombre égal d'observations d'uréthrotomie interne et de divulsion pour rétrécissement de l'urèthre et compare leurs effets immédiats. L'avantage au point de vue de la léthalité et aussi des résultats immédiats paraît d'après ces faits appartenir à la divulsion. Sans exclure l'uréthrotomie interne, M. Le Dentu est d'avis d'étendre le champ de la divulsion.

M. *Le Fort* n'est ni partisan de l'uréthrotomie interne, ni de la divulsion. Il croit que la dilatation progressive suffit à tous les cas, et il n'en a jamais éprouvé aucune espèce d'accident.

M. *Marc Sée* considère par contre l'uréthrotomie interne comme une excellente opération. Il l'a souvent pratiquée et n'a jamais eu de morts, ni même d'accidents graves. Lorsqu'il la pratique, il ne met pas de sonde à demeure et commence en général la dilatation trois jours après. La dilatation, cela va sans dire, doit toujours être essayée avant l'uréthrotomie, qui n'est pratiquée que si celle-ci échoue.

M. *Horteloup* pratique volontiers l'uréthrotomie interne, mais il se sert d'un uréthrotome de son invention, celui de Maisonneuve lui paraissant défectueux. Lorsque le rétrécissement s'accompagne de fistule, il fait l'uréthrotomie externe et excise les trajets fistuleux.

— M. *Desprès* présente un malade atteint de fracture de la rotule et guéri avec un cal osseux. A cette occasion, M. Desprès proteste contre la suture des fragments dans les fractures de la rotule.

— Au cours de la séance, M. *Duplay*, sur sa demande, a été nommé, à l'unanimité, membre honoraire de la Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Fibrome de l'utérus compliqué de grossesse, M. Le Fort (Discussion : MM. Guéniot, Terrier, Polaillon, Trélat).—Uréthrotomie interne : M. Kirmisson.—Fractures indirectes de la cavité glénoïde de l'omoplate; rapport : M. Farabeuf.—Traitement du staphylôme conique : M. Galezowski.—Névralgie mammaire et adénome du sein, lecture : M. Routier.—Tumeur du crâne, lecture : M. Crimail (de Pontoise).— Rétrécissement spasmodique de l'urèthre, lecture : M. Delorme.

— M. *Le Fort* a observé récemment une femme accouchée l'année dernière, qui portait un fibrome de l'utérus. L'examen qu'il en fit lui révéla l'existence de la tumeur fibreuse; mais, en considération de certains signes et surtout de la suppression des règles, il soupçonna une grossesse. La malade niait cet état et insistait pour qu'on l'opérât. Elle fut endormie à cet effet, et pendant la période d'excitation du chloroforme on perçut dans le ventre des mouvements qui ne laissèrent aucun doute sur la présence d'un fœtus dans l'utérus. Comme ces mouvements se sont manifestés pendant la période d'excitation du chloroforme, M. Le Fort se demande s'il n'y a pas là un moyen de diagnostic à mettre en usage dans les circonstances difficiles.

M. *Guéniot* insiste sur la nécessité qu'il y a à multiplier les examens pour reconnaître l'existence de certaines grossesses. Un bon signe est la contractilité utérine sous l'influence de la palpation abdominale.

M. *Terrier* fait remarquer que ce signe existe également parfois dans les cas de tumeurs fibreuses. Il a eu l'occasion de voir une femme atteinte de fibrome et chez laquelle on avait des raisons de soupçonner une grossesse. Il attendit avant d'opérer et constata au bout d'un certain temps l'existence des mouvements fœtaux.

M. *Polaillon* demande à M. Le Fort si chez sa malade il avait pratiqué le cathétérisme de l'utérus.

M. *Le Fort* répond négativement.

M. *Guéniot* considère comme absolument interdit le cathétérisme utérin chez une femme que l'on suppose enceinte.

M. *Polaillon* croit, au contraire, qu'on est en droit d'y avoir recours. Le plus grand danger qui peut en résulter c'est l'avortement; mais cela n'a peut-être pas une grande importance chez une femme qui porte un fibrome utérin. D'ailleurs ce cathétérisme prudemment pratiqué peut ne pas déterminer l'avortement.

M. *Trélat*, consulté dernièrement sur un cas de tumeur abdominale, conseilla d'attendre les événements. Quelques mois après la femme accouchait normalement.

— M. *Kirmisson*, à propos de la communication de M. Le Dentu touchant l'uréthrotomie interne et la divulsion, déclare avoir opéré quatre fois l'uréthrotomie interne et avoir eu quatre succès. La dernière de ses opérations a été pratiquée dans le service de M. Le Fort, qu'il remplaçait. En voici le résumé: Un homme de cinquante-deux ans vivait seul depuis deux ans et était atteint de deux rétrécissements compliqués de cystite et de néphrite du côté gauche. L'urèthre ne pouvait admettre qu'une fine bougie, qu'on laissa à demeure, mais qui ne put être longtemps supportée. Au bout de quatre jours le malade fut pris de rétention, la vessie était très distendue, et malgré la ponction le cathétérisme demeura impraticable. Dans ces conditions M. Kirmisson fit l'uréthrotomie interne d'urgence, en mettant à

demeure, aussitôt l'opération, une bougie n° 16. L'amélioration fut très rapide; peu de temps après le malade avait recouvré le calibre de son urèthre, et la cystite dont il souffrait était guérie, grâce à des lavages de la solution boriquée. C'est là un bel exemple des services que peut rendre l'uréthrotomie interne.

M. *Terrier*, sur onze uréthrotomies internes, a eu onze succès, sans aucun accident. Par contre, un malade, chez lequel il avait pratiqué la dilatation brusque, est mort en vingt-quatre heures. En présence de ces faits, M. Terrier déclare préférer l'uréthrotomie interne à la divulsion.

— M. *Farabeuf* fait un rapport sur un travail de M. Assaky sur le mécanisme des fractures indirectes de la cavité glénoïde de l'omoplate. M. Assaky, ayant examiné un grand nombre de pièces anatomiques, a constaté qu'il existe sur le cartilage d'encroûtement de cette cavité articulaire une petite tache déprimée, en rapport avec la pression maxima exercée par la tête de l'humérus. Cette tache se détache suivant les attitudes du bras et correspond toujours au point de pression maxima, ainsi qu'on peut s'en assurer en prenant des empreintes sur des moules en cire. Or, d'après une série d'expériences cadavériques, dans les fractures indirectes de la cavité glénoïde, le trait de fracture correspond toujours par une de ses extrémités à ce point de pression maxima, et jamais la portion inférieure de la cavité glénoïde, soutenue par le rebord axillaire de l'omoplate, n'est intéressée par la solution de continuité.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une note de M. Galezowski sur le traitement du staphylôme conique par la résection de la cornée. Ce procédé est connu depuis longtemps; la modification que M. Galezowski y a apportée consiste dans la plus grande étendue du lambeau réséqué.

— M. *Routier* lit une observation de névralgie mammaire guérie à la suite de l'ablation d'un adénome.

— M. *Crimail* (de Pontoise) présente un malade atteint d'une tumeur osseuse de la région fronto-pariétale déterminant des phénomènes de compression intra-crânienne.

— M. *Delorme* présente un jeune malade atteint d'un rétrécissement spasmodique de l'urèthre et chez lequel les phénomènes morbides disparaissent sous l'influence de la suggestion.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Nouveau procédé de mesure du temps: M. d'Arsonval. — Méthode pour mesurer la tension du globe oculaire: M. Gellé. — Sur l'épithélium de la membrane de Descemet: M. Prenant. — Un cas de gravelle urique et oxalique: M. L. Garnier. — Influence de l'uréthane sur l'excrétion des éléments azotés de l'urine: M. L. Garnier. — Sur l'action convulsivante des alcaloïdes du quinquina: M. Laborde.

M. *d'Arsonval* présente un nouvel appareil pour mesurer des intervalles de temps très petits et décrit le dispositif; il utilise en ce moment avec M. Brown-Sequard cet appareil pour des recherches sur la durée de l'équation personnelle dont il communiquera ultérieurement les résultats à la Société.

— M. *Gellé* décrit un nouveau procédé pour mesurer la tension du globe oculaire. C'est l'auscultation d'un son transmis par cet organe qui constitue essentiellement la méthode. Le son est fourni par le tremblement d'un petit chariot d'induction et transmis par le téléphone solidien que M. d'Arsonval a récemment présenté à la Société. Par cette méthode, M. Gellé a pu très facilement apprécier la tension du globe oculaire et ses différentes variations, ainsi que le sens et la valeur de ces variations. Ces recherches d'ailleurs se poursuivent.

— M. *Mathias-Duval* présente une note de M. *Prenant* (de Nancy) sur l'épithélium de la membrane de Descemet.

— M. *Gley* présente une note de M. *Léon Garnier* (de Nancy) sur un cas de gravelle à la fois urique et oxalique.

— M. *Gley* présente une autre note de M. *L. Garnier* sur l'influence de l'uréthane sur l'excrétion des éléments azotés contenus dans l'urine. On sait que l'on tend à admettre aujourd'hui que les matières albuminoïdes se décomposent réellement dans l'organisme en acide carbonique et ammoniaque, mais que ces produits ultimes de cette décomposition se recombinent pour former du carbamate d'ammoniaque, qui donne très aisément de l'urée; celle-ci n'est donc qu'un produit de recombinaison, de retour pour ainsi dire. De fait, Drechsel a trouvé dans le sang du carbamate d'ammoniaque. Or M. Garnier a pensé que, si cette théorie est exacte, en ingérant de l'uréthane, qui est du carbamate d'éthyle, on doit trouver un excès d'urée dans l'urine. Les expériences qu'il a entreprises à ce sujet n'ont vérifié qu'en partie l'hypothèse. Car l'augmentation d'urée qui se produit après l'administration d'uréthane ne dure qu'un certain temps. De plus, à doses massives, l'uréthane donne lieu au contraire à une diminution d'urée. M. Garnier conclut que ce mode de formation de l'urée, par l'intermédiaire du carbamate d'ammoniaque, n'est probablement pas le seul qui existe dans l'économie.

— M. *Laborde* communique les résultats de ses expériences sur l'action convulsivante des alcaloïdes du quinquina (cinchonine, cinchonidine, quinidine). Il a vu, contrairement à Chirone et Curci, que les convulsions se produisent chez les animaux nouveau-nés (cobayes et chiens) aussi bien que chez les adultes, fait qui concorde avec l'observation de Bochefontaine, que ces convulsions ont lieu malgré l'ablation des centres psycho-moteurs; et il a vu aussi, contrairement à ce qu'a dit Bochefontaine, qu'au moment de l'attaque convulsive, il y a toujours une augmentation notable de la pression sanguine. En somme, ces convulsivants agissent comme la strychnine, sur la moelle, et il n'y a pas lieu de les distinguer de la strychnine, comme l'avaient pensé Chirone et Curci et Bochefontaine, qui ont admis à tort qu'ils agissent sur l'écorce cérébrale.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

De l'action toxique de l'acide oxalique: M. Rougon. — Appareil contre les déviations du rachis: M. Dally (Discussion: M. C. Paul). — De l'usage des flacons gradués pour répartir les doses médicamenteuses: M. Créquy (Discussion: MM. C. Paul, E. Labbé, Duhomme, Cadet de Gassicourt, Vigier). — De l'iodol en oculistique, par M. Trousseau: M. C. Paul. — A propos de l'iodol: M. Boismont.

M. *Rougon* revient, à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, sur la question du pouvoir thérapeutique et de l'action toxique de l'acide oxalique; il croit utile d'établir dans quelle mesure cette substance peut être administrée, et de faire savoir s'il convient d'en recommander l'emploi ou de le proscrire de la thérapeutique médicale. C'est, à coup sûr, une substance appartenant au groupe des médicaments toxiques et l'on a signalé des faits d'empoisonnement qui lui sont directement imputables; mais on est obligé de reconnaître qu'un grand nombre des médicaments employés journellement en médecine sont dans le même cas:

l'arsenic, la morphine, la belladone, ont une action thérapeutique proportionnelle à leur pouvoir toxique. Or, s'il est possible de suspendre l'usage de ces médicaments au moment précis où ils cesseraient d'être utiles pour devenir nuisibles, on peut évidemment tout aussi bien cesser l'administration de l'acide oxalique avant que ses effets toxiques se manifestent sur l'économie. On a, d'ailleurs, signalé l'année dernière l'action favorable de l'acide oxalique dans l'étranglement herniaire; l'état des malades a paru sensiblement amélioré, les vomissements furent suspendus et, si la constipation restait absolue, du moins on a pu surseoir à l'opération. D'un autre côté, il existe de nombreuses observations d'empoisonnement par cette substance, entre autres le cas d'un jeune homme de Saint-Pierre de la Martinique, âgé de dix-sept ans, qui avait avalé par erreur 3gr,50 d'acide oxalique dans 300 grammes d'eau environ, croyant prendre de l'acide citrique; trois quarts d'heure après l'ingestion de cette solution, il fut pris de nausées, de vomissements avec tendance à la syncope et les personnes qui l'entouraient lui firent avaler de l'eau liède pour aider au vomissement. Un médecin appelé trois heures plus tard constatait du collapsus avec dilatation de la pupille, amblyopie, sueurs froides, ardeur de la gorge, pouls faible intermittent, ralentissement de la respiration. Six heures après l'accident le pouls tombait à 40, l'oppression était plus marquée, l'urine devenait rare; bientôt se montrèrent du trismus et de l'opisthotonos faisant songer au début du tétanos sporadique. La mort survint au bout de douze heures. Il y a, dans ce cas, une prédominance marquée des phénomènes généraux sur les accidents locaux, résultant sans doute de la grande dilution du sel ingéré. Il est donc une question fort importante à résoudre: quelle est la dose toxique de l'acide oxalique? Tardieu rapporte un cas d'intoxication d'un enfant de quinze ans qui avait avalé 3 grammes de bioxalate de potasse ou sel d'oseille; les faits d'intoxication par le sel d'oseille ne sont pas rares chez les Irlandais établis à San-Francisco, qui emploient pour le blanchiment du linge le bioxalate de potasse. Il ne faudra pas, en conséquence, prolonger l'usage de l'acide oxalique à la dose de 2 grammes plus de deux ou trois jours, en ayant présente à l'esprit l'affinité puissante de ce corps pour les bases alcalines, affinité telle qu'il décompose le sel le plus stable, le sulfate de chaux.

— M. *Dally* présente un appareil destiné à remédier aux déviations de la colonne vertébrale. Contrairement à l'opinion de Bouvier qui pense que ces déviations s'accompagnent de flexion du rachis, il n'a jamais constaté la flexion, mais toujours la torsion de la colonne osseuse. Dans les cas de quelque durée, on ne peut plus avoir recours qu'à un traitement palliatif à cause des altérations articulaires, musculaires et fibreuses qui fixent et immobilisent les segments osseux dans leur situation anormale. Dans la déviation du rachis se manifestant par une gibbosité à droite, par exemple, les côtes qui s'articulent aux vertèbres déplacées décrivent une gibbosité convexe en avant et à gauche. Le corset, suivant M. Dally, est un mauvais moyen de contention de cette double déformation, par ce fait que le point d'appui qu'il est destiné à fournir au malade est le plus souvent purement fictif; en effet, ce point d'appui est pris sur un os mobile lui-même, tantôt l'os iliaque, qui est bientôt refoulé en bas par la pression qu'il supporte, tantôt les dernières côtes qui sont encore plus mobiles. D'ailleurs, tous les segments osseux du squelette présentent le même inconvénient plus ou moins marqué; aussi est-il préférable de se servir d'un appareil qui puisse prendre son point d'appui indépendamment des leviers osseux du malade puisqu'ils n'offrent aucun point réellement fixe. C'est dans ce but que M. Dally a eu l'idée d'appliquer au traitement des doubles gibbosités, l'une postérieure droite, l'autre antérieure gauche, un ressort de bandage suppléant le point d'appui, et muni à chacune de ses extrémités d'une pelote représentant la puissance et la résistance. Cet appareil a donné d'excellents résultats, dans douze ou quinze cas, chez les dix-huit malades auxquels l'a appliqué M. Dally; il a l'inconvénient de coûter assez cher, le ressort seul représentant la moitié du prix de revient de l'appareil.

M. *C. Paul* rappelle que cet appareil est identique à celui que M. Ferris a imaginé pour suppléer la puissance musculaire expiratrice chez les emphysémateux, et dont lui-même a éprouvé les bons effets. Son application présente quelques difficultés, car le ressort ne doit pas être assez puissant pour entraver l'inspiration, en même temps qu'il est difficile d'évaluer exactement pour chaque sujet la force totale des muscles expirateurs. C'est affaire de tact et d'habileté de la part du médecin qui l'applique.

— M. *Créquy* a été frappé des difficultés qu'on rencontre, dans la pratique, pour administrer aux malades une dose déterminée de substances médicamenteuses dans un temps donné; c'est ainsi, par exemple, qu'après avoir prescrit dans les vingt-quatre heures un certain nombre de cuillerées à soupe de 15 grammes ou de cuillerées à café de 5 grammes, représentant la potion tout entière qui a été formulée, on constate souvent le lendemain que la fiole n'a été vidée qu'à moitié environ. Pour remédier à cet inconvénient résultant de la dissemblance des cuillers employées dans les différentes maisons, il a imaginé des flacons gradués dont le prix de revient est le même que celui des flacons ordinaires: une potion de 120 grammes, par exemple, sera mise dans un flacon portant huit divisions dont chacune représente une cuillerée de 15 grammes.

M. *C. Paul* a l'habitude de prescrire à ses malades de prendre tout le contenu de la fiole, en deux ou trois fois par exemple, dans un temps donné. D'ailleurs l'idée de M. Créquy lui semble excellente, et, pour parer à toute erreur, il suffirait d'enjoindre au pharmacien d'achever de remplir avec de l'eau lorsque le volume total des sirops et autres excipients n'atteindrait pas la dernière division de la bouteille graduée.

M. *E. Labbé* trouve plus simple de dire au malade de prendre *toute* la potion, dans un temps donné, en deux ou plusieurs fois.

M. *Duhomme* pense qu'on pourrait faire acheter au malade une cuiller ou un verre de contenance réglementaire.

M. *Cadet de Gassicourt* est d'avis que le médecin devrait, sur ses ordonnances, inscrire d'abord en tête le médicament principal, puis les sirops et enfin ajouter de l'eau avec l'indication q. s. pour le poids total désiré.

M. *Vigier* fait observer que le verre des différents flacons étant rarement de la même épaisseur, il y a discordance entre le volume extérieur et la capacité.

M. *Duhomme* croit qu'il ne faut pas s'arrêter à des minuties, et rappelle que M. Créquy a constaté une uniformité, très suffisante dans la pratique, de la capacité des flacons de diverses provenances qu'il a comparés.

— M. *C. Paul* donne lecture d'un mémoire de M. Trousseau sur l'emploi de l'iodol en thérapeutique oculaire. C'est une poudre grisâtre, renfermant 85 pour 100 d'iode, possédant les propriétés de l'iodoforme sans en avoir la mauvaise odeur; elle s'emploie en pommade (vaseline, 10 grammes; iodol, 10 grammes) ou en solution dans l'alcool avec de la glycérine, la solubilité dans l'eau étant très faible; l'addition de glycérine a pour but d'éviter les douleurs que causerait l'application de la solution alcoolique pure. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas de blépharite avec ulcérations, dans les affections des voies lacrymales, dans les conjonctivites torpides. Par contre, les conjonctivites aiguës sont peu modifiées. La pommade est bien supérieure à la pommade au précipité jaune dans les con-

jonctivites phlycténulaires, ou granuleuses, dans les ulcérations torpides de la cornée. En résumé, l'iodol est supérieur à l'iodoforme, par ses propriétés anesthésiques et antiseptiques marquées, sa rapide influence sur la cicatrisation des ulcères rebelles ; ses effets sont aussi bons que ceux du sulfate de cuivre ou du nitrate d'argent, mais avec moins de douleur pour les malades.

M. *Campardon* regrette que M. Trousseau n'ait pas fait ressortir l'action particulièrement efficace de l'iodol dans les affections oculaires relevant de la scrofule, ou du lymphatisme qui n'en est qu'un degré atténué.

M. *Clément* rappelle l'heureuse influence bien connue de l'iode sur les affections torpides. Il l'a employé, pour sa part, en solution au deux-centième, en augmentant progressivement jusqu'à un centième, dans les blépharites, les conjonctivites et les kératites. Il préfère les pulvérisations à l'instillation, comme étant plus efficaces, l'iode se trouvant plus facilement absorbé ; l'instillation provoque la sécrétion des larmes, qui diluent et entraînent trop rapidement le médicament.

— M. *Boismont* lit une note sur la composition et les propriétés chimiques et physiques de l'iodol. C'est une combinaison de l'iode et du pyrol, découverte en 1885 dans le laboratoire de Cannizzaro à Rome. On le prépare par la distillation de la corne de cerf, ou, plus économiquement, en extrayant le pyrol de la distillation des sels ammoniacaux. C'est une poudre blanche, se colorant à la lumière, soluble dans l'éther, le chloroforme, l'alcool ; peu soluble dans l'eau. Sous l'influence de la chaleur, l'iodol dégage de l'iode et laisse un résidu charbonneux. Il contient de 80 à 90 pour 100 d'iode.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

L'angine lacunaire et l'angine diphthéritique, par M. B. Frænkel. — La marche de la fièvre, le gonflement de la rate et l'affaiblissement consécutif paraissent démontrer que l'*angine lacunaire* (inflammation des cryptes ou lacunes des amygdales) constitue une maladie infectieuse. M. Fränkel a observé sa contagiosité ; les petites épidémies de maison la démontrent. Il a cherché à découvrir l'agent de la contagion, mais n'a pas jusqu'à présent vu autre chose que les microbes qu'on trouve habituellement sur les amygdales. Contrairement à ce qui arrive pour les autres maladies infectieuses, une première atteinte ne confère pas ici l'immunité, mais au contraire prédispose à de nouvelles atteintes. Quant à ce fait que souvent l'action du froid est nécessaire pour faire éclater la maladie, il n'a rien d'extraordinaire ; le froid provoque probablement une altération telle de l'épithélium qu'il offre une porte d'entrée à l'agent contagieux. Du reste, l'angine lacunaire peut s'observer sans l'intervention du froid.

Pour plusieurs auteurs, l'angine lacunaire constitue simplement une forme de la diphthérie, à laquelle elle serait ce qu'est par exemple la diarrhée cholériforme au choléra. On a vu effectivement la diphthérie débuter par une angine rappelant exactement la lacunaire. M. Fränkel ne nie pas que l'angine lacunaire présente une certaine ressemblance avec le catarrhe diphthéritique (forme à distinguer de la diphthérie nécrosante et de la pseudo-membraneuse), mais elle ne peut se confondre avec ce catarrhe. Du reste, l'angine lacunaire peut sévir à un moment ou dans une localité où n'existe point de diphthérie. Mais par cela seul qu'elle constitue une maladie infectieuse, puis parce que la diphthérie à ses débuts peut lui ressembler, il y a lieu d'isoler sévèrement les personnes atteintes de cette maladie. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n°s 17 et 18.)

De la pathogénie de l'actinomycose pulmonaire, par M. J. Israel. — Ce cas intéressant concerne un jeune Russe de vingt-six ans, cocher, ayant vécu dans un commerce intime avec les chevaux. En automne 1884, il souffrit de violentes douleurs de la poitrine, à gauche ; des abcès s'y formèrent et se transformèrent en véritables ulcérations. En août 1885, lors de l'examen fait par Israël, les humeurs qui s'en écoulaient, étaient pleines d'actinomyces, de même que les crachats muco-purulents. Le malade mourut en mars 1886. A l'autopsie on trouva une caverne dans la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche, d'où le processus actinomycosique avait gagné la plèvre et finalement déterminé la perforation de la paroi thoracique. Le foie, la rate et la muqueuse intestinale étaient atteints de dégénérescence amyloïde. *Dans la caverne, on découvrit un fragment de dent* (?) des dimensions d'une lentille. Israël voit là une preuve certaine de l'hypothèse qu'il a émise : que l'actinomycose pulmonaire résulte d'une aspiration des germes existant dans la bouche et que les dents cariées peuvent devenir des foyers pour la propagation de ce champignon. (*Centralblatt f. med. Wissensch.*, 1886, n° 18.)

Cas de spina-bifida cervical traité avec succès par injection, par M. J.-W. Cousins. — Il s'agit d'un garçon de dix semaines, présentant une tumeur du volume de la moitié d'une petite orange, vers le milieu de la région cervicale, et couverte de peau saine, sauf à son sommet où le sac faisait hernie. On fit, à la base de la tumeur, une injection d'iodo-glycérine ; plusieurs jours après, la tumeur s'enflamma, mais au bout de quelques jours elle s'affaissa et le tégument prit une teinte brunâtre ; six semaines après, elle était réduite aux dimensions d'une petite bille ; ce n'était plus qu'un nodule conjonctif. Il s'agissait là d'une méningo-myélocèle ; mais les caractères de la tumeur permettent de supposer que sa paroi postérieure ne contenait rien des éléments nerveux, et que ceux-ci se trouvaient tout au plus en connexion avec l'ouverture du sac herniaire. C'est là une condition favorable à l'opération ; celle-ci ne doit du reste être pratiquée que si l'enfant présente une constitution solide. (*British medical Journal*, 8 mai 1886.)

Sur une névrose de la symphyse pubienne et de ses relations avec l'hystéralgie, par M. H. Leiblinger. — L'auteur, qui a fait une étude approfondie des névroses articulaires, a le premier observé des symptômes de cette nature au niveau de synchondroses, et de la symphyse pubienne ; cette affection, selon lui, a été toujours méconnue et décrite sous le nom d'hystéralgie ou de névralgie du segment inférieur de l'utérus. En effet, en comparant les deux affections, on constate que la douleur se trouve localisée dans la même région, que le segment utérin désigné pour être le siège du mal se trouve être précisément le plus rapproché de la symphyse ; du reste, la douleur de l'hystéralgie ne présente pas le caractère d'intermittence qui caractérise habituellement les souffrances dues aux affections utérines ; enfin l'attitude des malades qui tiennent les cuisses écartées, parle plutôt en faveur d'une affection de la symphyse que de l'utérus. Ajoutons que tous les traitements tentés contre l'hystéralgie ont régulièrement échoué, tandis qu'un traitement analogue à celui qu'on applique aux névroses articulaires a permis à l'auteur de guérir cette affection douloureuse dans l'espace de quatre mois. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1886, n° 17.)

Traitement de l'érysipèle, par M. Haberkorn. — L'auteur fait ressortir l'action élective des antiseptiques pris à l'intérieur, de l'acide salicylique sur les affections articu-

laires infectieuses, du calomel et du sublimé sur la muqueuse intestinale dans les infections typhiques, enfin du benzoate de soude sur les affections cutanées infectieuses, rougeole, scarlatine, et surtout érysipèle. Il a donné dans l'érysipèle des doses de 15 à 20 grammes de benzoate de soude par jour dans un mucilage ou dans de l'eau de Seltz, sans inconvénient pour le malade; presque régulièrement la température s'abaissait à son chiffre normal au bout de quarante-huit heures, en même temps que l'état général s'améliorait; la desquamation était toujours très rapide. Ce traitement réussit parfaitement sur 50 malades; aucun ne succomba. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 19.)

Empoisonnement par les moules et les harengs saurs chez une même personne, par M. Schuster. — Il s'agit d'un individu âgé de quarante-six ans, qui fut très sérieusement empoisonné par des moules en septembre 1884, tandis que les personnes de son entourage n'en furent que faiblement incommodées (vomissement); le 23 janvier 1886, le même, après avoir mangé deux harengs grillés, présenta de nouveau des symptômes très graves d'intoxication; cette fois les personnes de son entourage n'éprouvèrent rien d'insolite. Dans les deux cas, ce furent des phénomènes cérébraux graves, qui éclatèrent brusquement après plusieurs heures de sommeil par des vomissements et des garde-robes, suivis de paralysie complète, de perte de connaissance absolue, de gonflement et de rougeur de la face, de cyanose des lèvres, d'injection violente des sclérotiques, signes de stase veineuse encéphalique et d'anémie artérielle du cerveau; l'absence de pouls, la rétraction de la langue, la respiration superficielle indiquaient une paralysie commençante de la moelle allongée; la paralysie généralisée, la résolution des membres, la fixité des globes oculaires et de la pupille, la disparition de l'excitabilité des centres moteurs de l'écorce. Le malade se remit la seconde fois comme la première sous l'influence d'injections d'éther. M. Schuster fait ressortir tout d'abord l'identité des symptômes dans les deux cas, et l'extrême ressemblance de l'intoxication avec le sommeil chloroformique profond. Ces observations paraissent démontrer l'identité du principe toxique des moules et des harengs saurs, contrairement à ce qu'a avancé Virchow. Peut-être le poison se développe-t-il seulement dans l'organisme à l'état gazeux par la décomposition d'un principe altérable. Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes ses hypothèses. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 18.)

De la valeur diagnostique de l'exploration rectale dans la coxite, par M. Schmitz. — Il peut être important de reconnaître, même au point de vue thérapeutique, le point de départ exact d'une affection tuberculeuse ou d'une ostéomyélite de la hanche; M. Schmitz recommande l'exploration rectale pour établir ce diagnostic. Celle-ci permet, en effet, d'atteindre la face postérieure de l'acétabulum. L'auteur rapporte trois cas de sa pratique; dans l'un, il put reconnaître une coxite acétabulaire par la perception d'une tumeur circonscrite non fluctuante; dans les deux autres, il réussit à diagnostiquer des abcès pelviens; dans ces cas, on pratiqua la résection de la tête fémorale saine pour rendre accessible la cavité cotyloïde, dont le plancher fut enlevé à la gouge et au marteau; en d'autres termes, on retira les séquestres tuberculeux, point de départ des abcès pelviens qui se trouvèrent ainsi évacués. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 11.)

Cas d'épilepsie réflexe déterminée par des larves de diptères, par M. Krause. — Un tanneur, âgé de quarante ans, tomba subitement malade le 14 juin 1885, avec anorexie, angoisses, oppression, et vers le soir présenta un véritable accès d'épilepsie. Un purgatif salin détermina l'évacuation, avec les selles, de plusieurs milliers de larves, que Leuckart reconnut pour appartenir à la *Musca vomitoria* et à l'*Anthomyia canicularis*. Le cas est intéressant à un double point de vue, d'abord parce qu'il met hors de doute la possibilité de l'épilepsie symptomatique due à la présence d'entozoaires, toujours encore considérée comme incertaine, puis parce qu'il prouve que les larves de diptères suffisent pour la provoquer. Quant à la question de savoir comment ces larves sont parvenues dans l'organisme, il n'y a qu'une éventualité probable, c'est l'ingestion de viandes froides sur lesquelles les diptères en question ont dû pondre leurs œufs. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 17.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène industrielle, à l'usage des médecins et des membres des Conseils d'hygiène, par M. le docteur Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, G. Masson, 1886, in-8°, VIII-640 pages.

Les membres des Conseils d'hygiène dans les départements, et plus particulièrement les médecins, sont souvent très embarrassés lorsqu'ils ont à statuer sur la salubrité ou l'insalubrité de telle ou telle industrie; des connaissances techniques suffisantes leur manquent et ils n'ont pu la plupart du temps se rendre compte avec assez de précision des diverses intoxications d'origine industrielle. Les traités didactiques de Vernois et de Napias, de même que les grands Traités et Dictionnaires d'hygiène, donnent des notions sommaires sur la législation des établissements classés; l'ouvrage de Layet sur l'hygiène professionnelle fournit également des renseignements sur les affections dues au travail, mais la littérature hygiénique manquait d'un ouvrage procurant aux médecins cette « éducation industrielle » dont ils ont souvent besoin. C'est afin de combler cette lacune que M. le docteur Poincaré vient de publier un *Traité d'hygiène industrielle;* on y trouve, à propos de chaque industrie, à la fois un exposé technique et des considérations hygiéniques sur la salubrité de cette industrie, les dangers auxquels elle expose ceux qui y travaillent et les précautions à prendre pour y remédier. On sait quelles difficultés on éprouve à recueillir de tels renseignements; c'est donc un réel service que le savant professeur d'hygiène a rendu en écrivant cet ouvrage. Qu'il me permette toutefois une légère critique, c'est qu'il aurait pu ajouter quelques lignes sur la réglementation administrative applicable aux diverses industries, de façon à compléter son œuvre et à faire de son Manuel un ouvrage présentant à la fois toutes les considérations dont la recherche prolonge quelquefois outre mesure l'examen des questions d'hygiène industrielle.

Quoi qu'il en soit, cet ouvrage étudie avec un grand soin les industries appartenant aux trois classes établies par le décret de 1810 et modifiées en certains points par des décrets ultérieurs; on conçoit que la nomenclature de ces classes soit sujette à de nombreuses revisions et l'on s'étonne même, à cette époque de modifications ministérielles si fréquentes, que la législation du commencement du siècle si surannée en certains points, ne subisse que des changements partiels, alors que les transformations faites dans certaines usines, autorisées depuis de longues années, peuvent en avoir considérablement modifié la salubrité. Bien que la jurisprudence soit loin d'être fixée à cet égard, les administrations locales ont le droit d'y veiller; le livre de M. Poincaré leur permettra de juger en toute connaissance de cause ces questions souvent délicates, de même qu'il éclairera les membres des Conseils d'hygiène sur la portée et la valeur de leur intervention. Plus de 100 industries sont ainsi examinées, parmi lesquelles beaucoup présentent des causes d'insalubrité dont la connaissance est due aux recherches

personnelles du savant professeur d'hygiène de la Faculté de Nancy. Ainsi, l'instruction technique que ce livre permet d'acquérir peut servir à la fois au délégué du Conseil d'hygiène dans l'intérêt de son autorité même et à l'industriel pour sauvegarder la santé de ses ouvriers. Les données cliniques et les commentaires de technique industrielle qui s'y trouvent réunis constituent aussi bien des documents d'ordre pathologique que des renseignements scientifiques appropriés au but sanitaire proposé.

A.-J. M.

Précis d'ophthalmologie chirurgicale, par le docteur J. Masselon.— Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

Ce nouvel ouvrage du savant et infatigable chef de clinique de M. de Wecker, est un résumé des opérations de la chirurgie oculaire. Après une description sommaire des affections qui peuvent nécessiter une intervention opératoire, notre confrère décrit dans tous leurs détails, les méthodes et les procédés dont il juge l'application indiquée. Il insiste, comme de juste, sur les opérations les plus importantes, extraction de la cataracte, iridectomie et iritomie, sclérotomie, ténotomie des muscles de l'œil, et s'arrête avec une complaisance que nous trouvons toute naturelle, sur les améliorations nombreuses apportées par M. de Wecker au manuel de certains de ses actes chirurgicaux.

Le livre est divisé en huit chapitres consacrés : au cristallin, à l'iris, à la cornée et à la sclérotique, à la conjonctive, aux muscles de l'œil, à l'orbite, aux paupières, enfin à la glande et aux voies lacrymales. Reflet de la clinique de la rue du Cherche-Midi, il renferme quelques appréciations que nous pourrions discuter. On y pourrait également regretter quelques lacunes, mais pour l'étudiant, pour le praticien cet ouvrage sera un guide toujours utile à consulter quand vient le moment d'exécuter l'opération qu'un examen approfondi a montrée nécessaire.

J. Chauvel.

Précis d'histologie, par le professeur N. Frey (de Zurich), 2e édition, publiée sur la troisième édition allemande, par le docteur L. Gautier (traducteur). In-18 de 400 pages. — 1886. Savy.

Tous ceux qui ont plus ou moins cultivé l'histologie connaissent les travaux du professeur Frey. La nouvelle édition du *Précis d'histologie* répond à la faveur qui a accueilli les deux premières. Elle a été mise au courant des travaux les plus récents. Comme tous les précis, ce livre convient plus particulièrement à ceux qui sont déjà familiers avec les travaux de micrographie. Il y aurait peut-être quelque péril pour un débutant à y chercher les principes de la science histologique. Le livre demande une éducation première. La technique y est supposée connue.

En somme, c'est plutôt un memento qu'un livre d'études. Des planches nombreuses et soignées accompagnent le texte et reproduisent les principales préparations.

Relation de l'épidémie cholérique observée a l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre 1884, par M. P. Duflocq. In-8° de 200 pages. 1886.

M. Duflocq était interne du professeur Hayem pendant cette épidémie. Son travail repose sur l'observation exacte de 215 malades. Les cas sont divisés en légers, moyens et graves. Plusieurs points sont à relever dans ce travail très consciencieux. Nous noterons : 1° l'étude des éruptions, faite avec plus de soin et de détails qu'on n'en avait trouvé dans les travaux antérieurs; 2° l'étude de quelques cas de forme lente que l'auteur désigne sous le nom de choléras chroniques; 3° les analyses de 44 injections intraveineuses faites dans le service.

Ce dernier chapitre est particulièrement digne d'intérêt. 44 malades ont été transfusés; huit ont été guéris. Il est à noter que la transfusion n'a été faite que dans des cas absolument désespérés. Le liquide employé était le suivant :

Eau distillée................	1 litre.
Chlorure de sodium..........	5 grammes.
Sulfate de soude............	10 —

Le résultat de la transfusion parait, à l'auteur, devoir être considéré comme fort encourageant.

Quarante ans de pratique médicale, par le docteur Michalowski. In-8°. — 1886. Coccoz.

Ainsi qu'il a soin de l'indiquer dans son introduction, le docteur Michalowski dédie son livre à ses clients, à ses amis.

Il expose dans des considérations générales les idées de physiologie normale et pathologique assez originales et toutes personnelles qui ont servi de base à sa pratique. Dans une seconde partie, il aborde, sans autre méthode que le hasard de ses souvenirs, divers sujets de clinique à propos desquels il revient sur les principes généraux qu'il a exposés.

C'est un livre, en somme, peu scientifique, mais dans lequel l'auteur intéresse par la sincérité de ses convictions et les vues souvent ingénieuses qu'il expose.

Dystocie pratique, par le docteur G.-A. Delattre, professeur d'accouchement à l'Ecole de médecine de Brest. In-8° de 800 pages. Félix Alcan. Paris, 1886.

Le docteur Delattre, dans son traité de dystocie pratique, s'est attaché, ainsi que l'indique le titre, à être utile aux médecins qui se trouvent aux prises avec les difficultés de l'obstétrique. Les obstacles à l'accouchement qu'on peut rencontrer sont nombreux, il faut savoir les reconnaître, puis les tourner, les surmonter.

Après un chapitre préliminaire dans lequel l'auteur traite de l'anesthésie obstétricale, puis du cathétérisme vésical, l'étude de la grossesse pathologique est abordée : troubles de la grossesse ; grossesse extra-utérine ; anomalies et monstruosités du fœtus; avortement; hémorrhagies.

L'accouchement pathologique est étudié en détail sous ses diverses faces dystociques, et chemin faisant sont indiquées les différentes ressources thérapeutiques. La version est clairement exposée. Le levier a reçu les honneurs d'un chapitre heureusement court. Le forceps est longuement traité.

L'embryotomie céphalique et l'embryotomie proprement dite sont décrites avec soin par l'auteur; ce chapitre est au courant des plus récents travaux parus en France.

L'ouvrage se termine par une série de planches sur la version, le forceps, l'embryotomie, les bassins viciés, qui complètent heureusement l'ouvrage du docteur Delattre.

Code manuel des officiers du service de santé militaire, par le docteur Georges Salle, médecin-major de 2e classe. Un fort volume in-8° de 1170 pages. — Paris, 1886. Rozier.

Résumer des textes de loi et des règlements dont la rédaction est déjà un résumé, c'est une chose ardue pour qui veut être exact et complet; aussi n'est-on point étonné que M. le docteur Salle, en cherchant à réunir et à condenser tout ce qui, dans les règlements militaires actuellement en vigueur, peut intéresser les médecins de l'armée, soit arrivé à écrire un assez gros volume. Peut-être un groupement différent des matières, la suppression de certains modèles d'imprimés les plus usités dans le service journalier auront-ils fait de l'ouvrage que nous présentons au lecteur un *vade mecum* plus portatif; une table alphabétique très étendue rend, il est vrai, les recherches aisées, et à chaque article on trouve l'indication exacte des textes analysés, qu'il est dès lors facile de consulter. Le travail de M. Salle, comme tous ceux de même nature, ne saurait se prêter à un résumé; qu'il nous suffise de faire remarquer qu'il sera souvent commode aux médecins de l'armée active, que nos confrères de la réserve et de l'armée territoriale, que nos jeunes médecins auxiliaires y apprendront avec fruit les règlements médico-militaires qu'il leur est désormais nécessaire de connaître.

VARIÉTÉS

Le Sénat avait reçu et renvoyé au ministère de la justice deux pétitions demandant : 1° que le privilége accordé aux médecins pour leurs honoraires par l'article 2101, § 3, du Code civil fût élargi, de sorte que les mots « frais de la dernière maladie » s'entendraient dorénavant de la maladie ayant précédé une faillite, quelle qu'ait été la suite de cette maladie; 2° que la prescription édictée par l'article 2272, pour les créances médicales, fût étendue d'un an à cinq ans, ou subsidiairement à deux ans pour les maladies aiguës et cinq ans pour les maladies chroniques.

Malgré l'avis conforme du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la section de législation et l'assemblée générale du Conseil d'Etat ont successivement émis une opinion défavorable. On n'a pas cru devoir accorder aux médecins un privilége quelconque en ce qui concerne les honoraires à réclamer à un failli. En ce qui touche la durée de la prescription, le conseil d'Etat a été d'avis qu'il n'y avait pas de raisons suffisantes de l'étendre, en présence de la jurisprudence qui ne la fait courir que de la cessation définitive des soins médicaux, et de l'habitude des médecins de ne point délivrer de quittances, qui rendrait la preuve du payement trop difficile après un délai tant soit peu prolongé. Enfin, la distinction proposée entre les maladies eût entraîné, de la part des tribunaux, des appréciations arbitraires et contraires, en outre, aux prohibitions de l'article 378 du Code pénal.

Nous avons fait remarquer, dans l'un des précédents numéros, combien nous paraissaient justes les revendications du Corps médical sur ces divers points. On nous informe que le Conseil d'Etat s'est surtout montré blessé de la publicité qui avait été donnée au rapport de sa section de législation, ainsi que de la demande d'avis que le ministre du commerce et de l'industrie avait adressée au Comité consultatif d'hygiène publique. Dès la rentrée du Parlement, des propositions de loi, émanant soit de l'initiative parlementaire, soit du Gouvernement, réclameront ces réformes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — M. Chancre, premier commis des bureaux de l'Académie, est nommé chef de bureau en remplacement de M. Bordet, décédé.

M. Devauembras, deuxième commis, est nommé premier commis.

M. Cambuzat, garçon de bureau, est nommé deuxième commis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 28 mai). — *Ordre du jour :* M. Albert Robin : De l'influence des œufs dans l'alimentation des albuminuriques. — M. Brocq : Note sur la destruction des poils par l'électrolyse. — M. Comby : Variole cohérente traitée par le collodion. — M. Barié : De la fièvre hystérique. — M. Dieulafoy : Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. — M. Richard : Sur un cas de fracture de côte spontanée. — MM. Debove et Flamant : De l'influence des graisses sur la nutrition.

CHOLÉRA. — L'épidémie de choléra a presque cessé dans le sud de l'Italie; elle continue de sévir dans les provinces septentrionales, notamment à Venise, où elle cause une moyenne de 10 décès par jour; à Bari et à Orsini, où l'on compte 15 à 20 décès quotidiens. Dans aucun autre pays, il n'y a actuellement de manifestations cholériques.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 14 mai 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecins de 2e classe : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe, docteurs en médecine, Barrion et Picard.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-inspecteur Paulet, directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger, est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée à Marseille, à partir du 22 juin 1886, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Levie, qui passera, à cette date, dans la section de réserve.

CONFÉRENCE. — M. Hénocque fera dimanche prochain, 23 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital Bichat, une conférence sur les *applications de la spectroscopie à la clinique.*

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le docteur Pozzi, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche pour y étudier l'enseignement de la gynécologie.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. Henri Fauvel, fils de l'ancien inspecteur général des services sanitaires, chimiste déjà connu par d'intéressants travaux, ancien élève du laboratoire de Würtz, qui s'est noyé au moment où il était occupé à des travaux scientifiques près du pont d'Epinay; de M. le docteur Habert (de Colombey-les-Belles, Meurthe-et-Moselle); de M. le docteur Desfossez, médecin à Taverny (Seine-et-Oise); de M. le docteur Ernest Faucon, de Licques (Pas-de-Calais), ancien médecin militaire; de M. le docteur James Thompson, membre de la *British medical Association;* de M. le docteur Timothée Lewis (de Nelley).

MORTALITÉ A PARIS (19e semaine, du 9 au 15 mai 1886). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 6. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 17. — Diphthérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 61. — Phthisie pulmonaire, 236. — Autres tuberculoses, 37. — Autres affections générales, 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 61. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 144. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 27; au sein et mixte, 19; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94; de l'appareil circulatoire, 83; de l'appareil respiratoire, 73; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 15. — Total : 1189.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Mémoires de chirurgie, par M. le docteur A. Verneuil. Tome IV. *Traumatisme et complications.* 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 15 fr.

Hygiène de l'orateur, par M. le docteur A. Riant. 1 vol. in-18 de 288 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Handbook of the diseases of the nervous system, by James Ross. London, J. et A. Churchill, 11, New Burlington Street.

On the suprapubic operation of opening the Bladder for the stone and for tumours, by Sir Henry Thompson. London, J. et A. Churchill.

La grande hystérie chez l'homme, par M. le docteur A. Berjon, médecin de 2e classe de la marine. Grand in-8 de 80 pages avec 10 planches hors texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Tarassis, troubles de l'âme et du corps chez l'homme dans les temps modernes et dans l'histoire, par M. le docteur Lanoaille de Lachèse. Grand in-8 de 408 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Des tumeurs adénoïdes du pharynx, par M. le docteur H. Chatellier. Grand in-8 de 95 pages avec 5 photographies et 2 planches. J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Le somnambulisme provoqué. Études physiologiques et psychologiques, par M. le docteur H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-18 de 256 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Essai de dynamique médicale, par M. le docteur J.-A. Mandon. 1 vol. in-8. Paris, Félix Alcan. 3 fr.

Traité de dystocie pratique, par M. le docteur Delattre. 1 vol. in-8 avec 9 planches hors texte. Paris, Félix Alcan. 10 fr.

La psychologie du raisonnement, recherches expérimentales par l'hypnotisme, par M. Alfred Binet. 1 vol. in-18 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris, Félix Alcan. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5479. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr **L. LEREBOULLET**, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie des sciences : Pyohémie consécutive à la pneumonie.— Académie de médecine : Hygiène dans l'isthme de Panama. — Élection.

La note lue à l'Académie des sciences par M. Jaccoud est remarquable à divers titres. Elle apporte aux partisans de la doctrine microbienne l'adhésion d'un clinicien éminent, qui, à diverses reprises, s'en était montré l'adversaire et qui vient reconnaître aujourd'hui, avec une sincérité des plus méritoires, tous les services que la microbiologie peut rendre à la clinique. Elle confirme les recherches des savants qui, depuis plusieurs années, affirment la nature parasitaire de la pneumonie; enfin elle précise leur conception pathogénique en prouvant que les accidents pyohémiques les plus divers peuvent survenir dans le cours d'une pneumonie aiguë, n'ayant point présenté à ses débuts les caractères habituels de la pneumonie infectieuse. Rapprochées des travaux qui, dans ces derniers mois, ont été publiés sur le même sujet, les observations de Jaccoud éclairent donc, en lui donnant plus de netteté encore, l'histoire de la pneumonie.

L'année 1886, en raison sans doute des conditions climatériques particulièrement défavorables qui l'ont marquée, a vu croître en nombre et en gravité les pneumonies qui s'observent d'ordinaire pendant la saison hivernale. Déjà M. Cornil, dans une série de leçons cliniques des plus intéressantes publiées dans le *Journal des connaissances médicales* (nos 11, 12 et 17), avait insisté sur ce fait et montré par une série d'observations que, cette année surtout, les pneumonies s'étaient généralisées par infection secondaire et que l'on avait pu observer, dans le cours de ces maladies, des pleurésies fibrineuses (du côté opposé à la pneumonie primitive), des péricardites, des méningites séro-fibrineuses, plus rarement des endocardites. Dans tous ces cas l'on retrouvait au niveau des régions malades les micrococci de la pneumonie, et les expériences faites sur les animaux démontraient que la généralisation de la maladie était due à la migration de ces proto-organismes.

Plus récemment, M. Lépine (*Lyon médical*, 16 mai 1886), à l'occasion d'une épidémie de pneumonie infectieuse observée à la prison Perrache, a rappelé le travail de Senger (de Breslau), qui a examiné, avec tout le soin voulu, cinq cas de

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La médecine au Pérou au dix-huitième siècle. — Un chirurgien français à Lima. — État de la chirurgie et de l'obstétrique. — L'Université de San-Marcos et les vêpres de médecine. — Notice biographique sur le docteur Davalos. — Ses études, ses travaux, ses difficultés. — Un cas singulier de tératologie. — Voyage d'un médecin français dans les possessions espagnoles de l'Océanie. — La relation du docteur Montano.— Quelques mots sur la géographie médicale des Philippines.

Plusieurs médecins péruviens instruits ont pris à tâche, dans ces dernières années, de réunir des matériaux qui permettront plus tard d'écrire l'histoire complète des institutions médicales du pays. Les journaux de Lima renferment quelques études biographiques, avec des détails curieux, sur les personnages et le milieu dans lequel ils ont vécu. La première, par ordre de date, est celle de M. Pablon, sur Carlos Petit, parue dans la *Cronica medica*. Petit était un chirurgien français qui avait étudié à Paris, aux *Petites Maisons*, sous Duvergier. Par quelle série de circonstances s'était-il expatrié et avait-il été exercer son art dans la plus éloignée des colonies espagnoles de l'Amérique? Nous ne saurions le dire; ce n'était point un individu sans valeur; il parle des opérations les plus graves de l'époque en homme qui les connaît pour les avoir vu pratiquer et peut-être pratiquées. M. Pablon emploie une méthode excellente : il essaye de deviner l'homme par la lecture d'un livre qu'il a laissé. C'est un traité des maladies vénériennes en espagnol, le premier qui fut publié au Pérou dans le cours du siècle dernier. Au moment où il parut, en 1730, l'auteur habitait depuis plusieurs années Lima; il jouissait d'une réputation d'habileté bien établie, était interprète officiel pour la langue française près du tribunal de l'Inquisition; ce fut une des raisons pour lesquelles il put faire paraître un livre sur un

méningite séro-purulente et deux cas d'endocardite ulcéreuse compliquant des pneumonies et y a toujours trouvé un grand nombre de cocci avec capsules identiques à ceux retrouvés dans le poumon. S'appuyant sur ce travail et sur ses recherches personnelles, M. Lépine affirme aussi la nature infectieuse de la pneumonie franche, légitime. L'action du froid ne lui paraît pas niable; mais il considère le refroidissement comme un agent de dépression et ne lui attribue qu'une influence secondaire, analogue à celle que déterminent les fatigues, le confinement dans une atmosphère viciée, etc.

Les observations de M. Jaccoud viennent ajouter aux diverses observations de pneumonies généralisées un fait nouveau : la localisation articulaire des foyers purulents déterminés par les pneumocoques de Friedländer. Dans les deux observations qu'il cite, il s'agit de pneumonies aiguës survenant, la première chez un homme de cinquante ans, la seconde chez un homme de soixante-dix ans. Dans le premier cas, après onze jours d'apyrexie, c'est-à-dire au vingt-troisième jour de la maladie, survient un épanchement articulaire dans le genou droit. Le malade succombe le trente-sixième jour après le frisson initial de la pneumonie et l'on trouve à l'autopsie une hépatisation grise totale du poumon droit (qui avait par conséquent persisté et évolué après la sédation de l'état fébrile), des végétations sanieuses de la valvule mitrale et de la valvule tricuspide, des abcès miliaires du rein, des collections purulentes du genou droit, de l'épaule droite, des fusées purulentes dans la gaine du brachial antérieur, etc. Dans toutes ces régions, M. Netter a pu retrouver des pneumocoques de Friedländer mélangés à des microbes pyogènes. Dans le deuxième cas, chez un vieillard de soixante-dix ans, on constate, après défervescence de la fièvre pneumonique, la persistance d'une induration pulmonaire, puis, une semaine plus tard, le développement d'abcès multiples dans les cuisses, dans la région fessière, enfin une guérison apparente pendant près de quinze jours, au bout desquels le malade meurt subitement. On trouve à l'autopsie une hépatisation grise du lobe supérieur du poumon, trois abcès dans le tissu du cœur, de nombreux abcès miliaires dans les deux reins. « Semblable au premier, quant au fond, dit M. Jaccoud, ce second cas en diffère par l'absence de suppurations articulaires et de lésions de l'endocarde, par la présence d'abcès sous-cutanés et d'abcès du cœur et par la modalité clinique de l'infection qui a été torpide et vraiment latente au point de vue de l'état général du malade; nettement aiguë chez le premier, la pyohémie, abstraction faite des trois abcès sous-cutanés, est restée silencieuse chez le second jusqu'au jour où la suppuration du myocarde a causé la mort par paralysie du cœur. »

Nous n'avons pas à insister longuement ici sur les réflexions que l'on pourrait faire au sujet de ces observations. Nous n'en voulons, en effet, retenir que cette conclusion : Depuis la découverte de Friedländer et les observations de Gunther et Matray au point de vue histologique, de Salvioli et Zäslein au point de vue physiologique, observations confirmées par les recherches de Talamon, il demeurait acquis que certaines pneumonies peuvent être dues au développement dans l'organisme de microbes spécifiques et que les complications observées dans le cours de ces maladies étaient provoquées par la migration de ces organismes. La pneumonie lobaire aiguë, la pneumonie dite *a frigore*, devait-elle être considérée comme distincte de ces pneumonies infectieuses, comme n'étant qu'une inflammation franche, exclusivement due à l'action du froid sur le poumon? C'est cette doctrine qui, longtemps admise, longtemps défendue par des arguments nosologiques et thérapeutiques assez sérieux, tend à disparaître aujourd'hui. Les observations de M. Jaccoud, bien qu'elles aient été prises à l'hôpital, c'est-à-dire sur des sujets qui n'offraient pas sans doute une résistance organique suffisante, contribuent à faire voir que les accidents pyohémiques les plus graves, ceux que l'on n'avait observés jusqu'à ce jour que dans les maladies infectieuses les plus avérées, ou dans certaines formes du rhumatisme, peuvent se montrer dans le cours de la pneumonie aiguë. Le fait est certainement intéressant. Mais ne doit-on pas regretter qu'il n'ait pas été communiqué à l'Académie de médecine, où il aurait pu être le point de départ d'une discussion utile?

A l'Académie de médecine, la communication de M. Nicolas sur la salubrité dans l'isthme de Panama éveillait un intérêt trop grand pour ne pas attirer l'attention; présentée avec art, en un style élégant, elle a conquis tous les suffrages et mérité l'honneur exceptionnel de l'insertion intégrale au *Bulletin*. Ce n'est pas sans quelque effroi que le médecin songe au tribut de vies humaines que des travaux aussi gigantesques doivent payer pour le triomphe de l'industrie, pour la satisfaction des intérêts et du négoce, et l'on se demande vraiment si les bénéfices de telles entreprises

---

pareil sujet. De nombreuses citations montrent qu'il a jugé ses confrères avec indépendance et sévérité. Il fallait que Petit pût compter sur des appuis sérieux pour accuser de maladresse et d'ignorance des praticiens probablement très appréciés dans toutes les classes de la société et pour rapporter des observations singulières, rédigées avec la naïveté agreste de l'individu expert dans l'art d'écrire surtout en une langue qui n'est pas la sienne. Comme la plupart des médecins du temps, il parle de tout, raconte des anecdotes de sa pratique, vante avec une outrecuidance peu dissimulée son habileté, ses procédés, ses préparations; il fait sonner bien haut les approbations de Paris et de Madrid qu'il possède, cite son maître, le donne comme un des plus habiles chirurgiens de France; cela n'empêche pas qu'il possède une préparation meilleure que les siennes contre le mal vénérien; qu'il l'administre plus à propos, est plus sûr de guérir. Il faut croire que la syphilis atteignait alors les proportions d'une calamité publique : indigènes, créoles, fonctionnaires, personne n'échappait à ses atteintes; les désordres qu'elle faisait étaient formidables. Avant Petit, personne à Lima ne connaissait l'utilité des préparations mercurielles : on saignait, on purgeait, on employait force cataplasmes et sudorifiques. Si ces traitements ne servaient à rien, on avait recours à des mesures hygiéniques minutieuses : alimentation choisie, demi-séquestration. Les malades ne doivent jamais sortir avec des vêtements légers le soir, sans sabots lorsqu'il fait humide. « On dirait vraiment, ajoute notre auteur avec une pointe d'ironie, que ces gens-là croient, comme les femmes du Chili, qu'on devient syphilitique pour avoir eu froid aux pieds. » Si ces précautions échouaient, on déclarait gravement qu'il y avait dans la maladie quelque chose de surnaturel et les patients ne devaient plus attendre leur guérison que de pèlerinages et d'œuvres pies. Le chirurgien français eut des succès inattendus; le littérateur Peralta, qui a écrit une épître dédicatoire pour son livre, déclare qu'on devrait lui élever une statue.

ne sont pas annihilés par les pertes d'hommes qu'elles causent. Pendant tout le temps de leur exécution, la mort ne cesse de faucher parmi les travailleurs accourus en foule de tous les pays du globe; une fois achevées, elles mettent le continent européen en rapports plus directs, plus fréquents et plus rapides avec les maladies pestilentielles exotiques dont les lentes traversées d'autrefois le tenaient éloigné. L'isthme de Suez nous a rapprochés du choléra, l'isthme de Panama rendra la fièvre jaune moins réfractaire à nos climats. On se prend à redouter les invasions épidémiques des siècles passés, que les armées traînaient avec elles. Et cependant la loi inéluctable du progrès veut que de telles œuvres s'accomplissent; nos armes défensives consistent heureusement aussi bien dans une prophylaxie plus sévère et mieux organisée, plus vulgarisée surtout sur le continent européen que dans l'application rigoureuse sur les chantiers de Panama des règles de l'hygiène. Parmi les règles sanitaires prescrites par M. Nicolas au cours de sa mission, il n'en est aucune qu'il ne soit facile d'exécuter, pour peu qu'on y mette quelque volonté; il a insisté avec raison sur l'hygiène individuelle, sur la bonne organisation des campements, sur l'installation rationnelle d'habitations closes, mais ventilées, orientées suivant les besoins; ses recommandations en faveur du drainage immédiat et de l'assèchement des terrains seront approuvées par tous les hygiénistes. C'est à ces mêmes conclusions que M. Léon Colin était arrivé, au nom de l'Académie de médecine et de la Société de médecine publique, en 1881, à propos du creusement du canal de Tancarville au Havre et de travaux à exécuter sur notre littoral maritime. Les considérations judicieuses développées par M. Nicolas sur l'insuffisance de la distillation de l'eau et l'action préventive du sulfate de quinine sont également en rapport avec les enseignements et l'expérience que le séjour en Afrique et aux colonies a donnés à tous les médecins militaires et de la marine.

— L'Académie a encore entendu de M. Péan une communication, qui sera sans doute très controversée, sur la nature relativement bénigne des tumeurs végétantes du péritoine pelvien, et la lecture d'un mémoire de M. Demons (de Bordeaux) sur un procédé très ingénieux de drainage de la vessie après la taille hypogastrique.

— M. Joannès Chatin a été élu, au premier tour et à une grande majorité, membre de la section de pharmacie.

PATHOLOGIE EXOTIQUE

L'ulcère de Penjdé.

Dans le cours de l'année dernière, de nombreux soldats du corps d'occupation russe des pays transcaspiens ont été atteints d'une affection de la peau, ne ressemblant à aucune de celles qu'on avait observées antérieurement dans cette région : c'est un ulcère, dont les caractères généraux rappellent le bouton de Biskra. D'après le docteur Lubelzki, qui consacre un article intéressant à la description de la maladie (1), elle consiste en une production anthracoïde pouvant siéger sur toutes les régions, sauf le cuir chevelu, la paume de la main ou la plante des pieds, mais plus fréquente à la jambe. Dans les 38 cas observés par l'auteur, les jambes furent intéressées vingt-sept fois. Viennent ensuite la partie inférieure de l'avant-bras, le tronc, le cou, la face, le pavillon de l'oreille; nulle part, sauf au bras, on ne trouve d'ulcères sans qu'il y en ait en même temps sur le membre inférieur.

D'après les caractères objectifs, on assigne trois formes à la maladie :

1° *Forme légère.* — Ulcérations, dont les plus petites ne dépassent pas la surface d'une tête d'épingle, dont les plus larges ont parfois 1 centimètre de diamètre. Elles reposent sur une base indurée, saillante, sont recouvertes de sérosité jaunâtre ou de croûtes brunes, entourées d'un aréole infiltrée d'un rouge sombre et sans limites précises, peuvent intéresser toute la peau en profondeur. Ces ulcères sont disposés par groupes, parfois tellement rapprochés, qu'ils arrivent à se confondre ; autour d'eux on trouve, sur le trajet des lymphatiques, des noyaux indurés, mobiles sur les parties profondes, peu douloureux au toucher. La peau qui les recouvre rougit et s'amincit; les noyaux suppurent, s'éliminent en partie et laissent à leur place de nouveaux ulcères.

2° *Forme intermédiaire.* — Pertes de substance plus étendues, irrégulières, à bords renversés, reposant comme les précédents sur un fond induré, avec infiltration de voisinage. Le fond est rouge, tapissé de saillies, formées par les papilles du derme d'apparence saines ; la lésion principale semble porter sur les tissus qui les séparent. Il existe parfois de petits canaux intradermiques réunissant les ulcérations de la première forme à celles de la seconde; peu à peu leur paroi superficielle se sphacèle et il reste un ulcère unique avec expansions anfractueuses à la périphérie.

(1) *Vratch*, 1er mai 1886, n° 18, p. 337.

Les praticiens indigènes et européens le détestaient cordialement; la plupart d'entre eux étaient des empiriques sans titres, des chirurgiens de troisième classe des bateaux espagnols et français, qui avaient mieux aimé se fixer que de continuer à courir les mers. Qu'il eût fait quelques opérations sanglantes, même heureuses, il n'en fallait pas davantage pour indisposer ces concurrents contre lui dans une ville péruvienne.

Une classe de médecins était, au contraire, bien reçue partout.

« Ce sont des gens, dit-il, qui, par raison de charité, ont laissé naguère le vêtement séculier et se sont mis au service des pauvres malades. Après qu'ils se sont exercés quelque temps, ont entendu formuler des ordonnances et vu appliquer des cataplasmes, ils se font médecins. Il suffit, dans ce pays, de savoir bavarder, marmotter du latin à ceux qui ne le comprennent pas; d'être aimable avec les dames et de parler avec gravité. Personne ne respecte plus que moi les femmes quand elles s'acquittent de leurs devoirs, s'appliquent à l'éducation de leurs enfants, apprennent à leurs domestiques à filer et à mettre en œuvre les riches laines de ce pays, ou encore à beaucoup d'autres choses plus dignes d'elles, au lieu de laisser dans l'oisiveté leurs fils, leurs filles, leurs domestiques, ce qui fait qu'ils sont si souvent atteints de la maladie qui fait le sujet de ce livre. Il ne convient pas aux femmes de s'occuper d'une profession réclamant des qualités aussi sérieuses que la médecine ou la chirurgie. » Par suite d'une contradiction singulière, Petit était probablement le seul homme qui connût mieux l'obstétrique que les *parteras* indigènes, le seul que l'on appelât dans les cas dangereux. La thérapeutique des autres médecins se bornait à l'expectation; les plus hardis donnaient des vomitifs si la délivrance tardait. Quant à l'intervention manuelle, aucun d'eux n'en eût même conçu la pensée. On reprocha durement au Français son habileté dans cette branche de l'art; un docteur en renom appelé chez une malade qu'il avait soignée s'empressa de prescrire

3° *Forme grave.* — L'étendue est toujours considérable, le contour régulier, les bords sont taillés à pic et très durs. Le fond est recouvert par un liquide séro-purulent, de couleur foncée. Les papilles sont moins saillantes que dans la seconde forme. Malgré les différences d'aspect, le processus est unique; tout dérive des noyaux dont il a été question. Au tronc et à la face, on ne rencontre que des ulcérations de petite ou de moyenne surface ; sur les jambes, il n'est pas rare d'observer en même temps les trois variétés. La cicatrisation a lieu après l'élimination complète du tissu interpapillaire intéressé ; aussitôt qu'elle est commencée, la rougeur du voisinage diminue, les dépressions tendent à se combler, le fond prend un aspect granuleux de bonne nature. Contrairement à ce qu'on observe dans l'ulcère d'Aden l'amélioration marche régulièrement, sans arrêts ni récidives. Tous les malades ont guéri après un séjour à l'hôpital d'une durée moyenne de trente et un jours (maximum, soixante jours; minimum, cinq jours). Souvent dans les grandes pertes de substance, le sommet des papilles est recouvert d'une couche de tissu inodulaire, de coloration à peu près normale lorsque le fond est encore à vif. Les petits ulcères ne laissent à leur suite que des taches blanchâtres à peine visibles qui disparaissent rapidement; les grands, au contraire, sont suivis d'une dépression profonde, arrondie, tranchant par sa teinte rougeâtre sur les téguments; le fond est déprimé, les bords sont saillants, de telle sorte que la cicatrice paraît encastrée dans le tissu sain, comme un verre de montre dans la couronne métallique qui l'entoure.

Il ne paraît pas que les maladies concomitantes aient une grande influence sur la marche; on a pourtant noté chez deux syphilitiques de la tendance aux hémorrhagies et plus de lenteur dans la réparation. Chez d'autres, atteints de dysentérie ou de fièvre palustre, rien de particulier ne s'est présenté. Presque tous les cas observés par l'auteur venaient de la vallée du Mourgav. Les deux localités qui fournirent le plus nombreux contingent furent Penjdé et Dat-Kepri; la plupart des soldats étaient dans des postes détachés très éloignés de Merv.

L'auteur considère la maladie comme un ulcère spécial, propre à la région et auquel la constitution prédispose ; il ressemble au mal de Saratov et au bouton de Biskra. On ne saurait aller plus loin dans l'étiologie. Le pays est humide, sa température très variable, mais on peut en dire autant de toutes les contrées transcaspiennes; la chaleur atmosphérique est une cause adjuvante, car le plus grand nombre de cas a été observé vers la fin de l'été et le commencement de l'automne.

Il est également impossible de mettre la maladie sur le compte de l'eau du Mourgav. Elle alimente exclusivement les localités d'où venaient les malades, mais il y a très peu de cas parmi les habitants de Merv qui boivent la même eau.

Un des collègues de l'auteur, M. Heydenreich, qui a fait des recherches sur la nature même de l'ulcère, croit qu'il est produit par des microbes analogues à ceux du bouton de Biskra, très abondants dans les eaux potables et surtout les poussières atmosphériques.

Les moyens d'étude dont on disposait étaient trop défectueux pour que cette opinion puisse être regardée comme définitive. Le traitement a consisté en lotions phéniquées, applications d'iodoforme et d'emplâtres à l'oxyde de zinc.

L. THOMAS.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur un extrait de quinquina au sucre.

Les communications qui viennent d'être faites à l'Académie de médecine par M. de Vrij ont appelé l'attention sur les diverses préparations de quinquina. On sait que le savant correspondant de l'Académie de médecine a reconnu que l'analyse des quinquinas qui servent aux préparations inscrites au Codex y démontre l'existence d'une assez forte proportion d'alcaloïdes. C'est pour les utiliser que M. de Vrij en a retiré un extrait fluide dont l'utilité est indéniable. M. Ferdinand Vigier vient de proposer de transformer en saccharolé. Comme il ne s'agit pas ici d'une spécialité pharmaceutique, mais d'un médicament que chaque pharmacien pourra préparer lui-même, nous en indiquons la formule.

On prend :

Poudre de quinquina succirubra titrant 7 pour 100 d'alcaloïdes	1000	grammes
Acide chlorhydrique normal	380	—
Eau distillée	3620	—

Après douze heures de macération, on ajoute 200 grammes de glycérine, et on verse ce mélange dans un appareil à déplacement non métallique. Aussitôt que le liquide est passé clair, on déplace avec de l'eau jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule se colore bien avec la lessive de soude, mais ne se

---

un traitement différent du sien. Comme on répétait ce qu'avait dit son confrère : « Allons donc, répondit-il, ce n'est qu'un méchant accoucheur. »

Dans toutes les branches de la chirurgie on trouvait la même ignorance et la même pusillanimité : on ne songeait même pas à faire le cathétérisme dans les rétentions d'urine. L'anecdote suivante est caractéristique :

« Je fus appelé, en 1723, dans une maison du voisinage de l'hôpital Santa-Ana. A la porte, je rencontrai un médecin qui m'avertit que j'allais voir un cas singulier, et s'excusa de ne pouvoir entrer avec moi parce qu'il avait un grand nombre de visites à faire; il avait raison, je trouvai un homme à l'agonie avec une grosse tumeur du bas-ventre de forme ovoïde, à petite extrémité inférieure. On avait cru que c'était un abcès et mis des cataplasmes ; c'était le cas de sonder, je demandai un bassin. « Pour l'amour de Dieu, prenez garde avant d'ouvrir, me dirent les commères qui se trouvaient là, MM. les docteurs ont déclaré que cela n'était pas mûr. » Avec l'algali je retirai un bassin et demi d'urine; la tumeur disparut, tout le monde criait au miracle. Pour sauver le malade, il eût fallu un vrai miracle, car on avait commencé par lui faire quinze ou seize saignées! »

Il existait cependant un enseignement médical ; l'Université de San-Marcos avait des cours ressemblant probablement aux lectures faites dans les écoles abbatiales du moyen âge. En 1780, l'anatomie, la physiologie, la pathologie, toutes les parties de l'art, en un mot, étaient enseignées par don Francisco de Rua, légiste dans des espèces de conférences qu'on appelait des vêpres de médecine. « Il y a deux cents ans que cette Université existe, disait de Paaw, et il n'en est pas sorti encore un seul travail de valeur. »

A la fin du dernier siècle et au commencement du nôtre, cet état de choses fut modifié dans un sens favorable. Unuane décrivit les maladies régnantes dans un livre dont de Humboldt a parlé avec éloge; puis vinrent Gabriel Moreno, Paredes, Villalobos, Peret y Valdes. Le plus remarquable de

trouble plus. On évapore ensuite au bain-marie, jusqu'à consistance d'extrait mou; on tient compte de la glycérine, et on mélange avec du sucre, de façon que 5 grammes de saccharolé (ou une cuillerée à café) représentent 1 gramme d'extrait.

M. Vigier a remarqué qu'il était nécessaire d'ajouter de 20 à 40 grammes d'acide citrique à la fin de l'opération pour que les alcaloïdes restassent bien dissous et que le saccharolé donnât toujours une solution limpide.

Je ne trouve qu'une objection à faire à ce procédé : c'est la présence de la glycérine. Je la crois inutile.

Quand l'eau acidulée a passé sur le quinquina, elle ne laisse rien à l'action dissolvante de la glycérine. J'ai cru remarquer toutefois qu'elle lui laisse prendre un peu du parfum du quinquina. Ce médiocre avantage peut-il compenser le désagrément que l'on éprouve à la dessiccation du saccharolé? Je ne le pense pas. Aussi je n'ai aucune hésitation à conseiller la suppression absolue de la glycérine de cette nouvelle préparation de quinquina.

En préparant, comme je viens de l'indiquer, le saccharolé ou saccharure de quinquina, on pourra utiliser tous les principes toniques, tous les alcaloïdes du quinquina, et dans les potions, par exemple, se servir ou bien de l'extrait de Vrij ou bien du saccharolé, ainsi que l'indique la formule suivante :

Potion :

Saccharolé de quinquina préparé avec l'extrait de Vrij	20	grammes
Sirop de quinquina	30	—
Eau	100	—

Chaque cuillerée contient 50 centigrammes d'extrait.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De l'érythème polymorphe, sa nature et son traitement spécifique, par M. Villemin, membre de l'Académie de médecine.

L'érythème polymorphe a été le sujet de bien des discussions au point de vue de sa nature et de la place qui lui revient dans le cadre nosologique. Nous venons apporter un élément nouveau et important, selon nous, pour la solution des questions controversées en même temps qu'un fait thérapeutique d'une certaine valeur.

Les différentes formes d'érythème réunies par Hébra sous le nom commun d'érythème polymorphe, sont-elles la manifestation d'une seule et même cause? L'observation clinique a déjà répondu par l'affirmative, car il n'est pas rare de voir chez le même sujet plusieurs variétés de cette éruption cutanée. Ainsi, tandis que l'érythème est noueux aux genoux, il est parfois papuleux aux bras et aux mains, circiné et vésiculeux au cou et à la face.

Nous verrons dans la suite que ces variétés si minutieusement décrites par les dermatologistes, que certains considèrent comme des entités morbides distinctes, sont rapidement et complètement modifiées par le même agent médicamenteux, en sorte que la qualification synthétique d'Hébra trouve sa consécration dans la thérapeutique elle-même.

Il fut un temps où l'on faisait de l'érythème une affection locale, une simple dermatose. La plupart des traités des maladies de la peau le revendiquent encore. Mais depuis longtemps déjà beaucoup le considèrent comme une maladie générale, une sorte de pyrexie. C'est qu'en effet un ensemble de symptômes indique bien l'état de souffrance de l'économie tout entière : la fièvre, les désordres des organes digestifs, des douleurs générales, musculaires, arthritiques et tendineuses, des endopéricardites, de la prostration et de l'insomnie simulant parfois la fièvre typhoïde.

Nombreux sont les auteurs français qui reconnaissent à l'érythème les caractères d'une maladie générale, quelques-uns l'assimilent aux fièvres éruptives et en font une sorte de maladie infectieuse, de cause spécifique (Trousseau, Hardy, Revillout, Germain Sée et Talamon, Rondot, Besnier et de Molènes-Mahon, etc.).

L'érythème polymorphe donne presque toujours lieu à des manifestations douloureuses précédant et accompagnant les poussées éruptives. Celles qui se traduisent du côté des articulations ont souvent pour siège les tissus périarticulaires, mais elles coexistent aussi très fréquemment avec des épanchements dans les synoviales. On comprend dès lors le rapprochement qu'on a établi entre l'érythème et le rhumatisme. Certains auteurs ont regardé l'érythème comme une expression de la diathèse rhumatismale. Rayer voyait dans les phénomènes généraux une fièvre rhumatismale dont l'érythème noueux et papuleux n'était qu'une manifestation cutanée. Bazin rangeait les différents érythèmes parmi les arthritides. Bouillaud et Ferrand ont aussi exprimé la même opinion.

Trousseau, au contraire, nia l'influence du rhumatisme sur l'érythème, et notre savant collègue, M. Hardy, considère l'érythème, non comme l'accessoire, mais comme la

---

tous fut probablement Davalos, à la mémoire duquel on a rendu une justice tardive et dont la biographie a été écrite par M. Torribio Polo. Il appartenait à une famille modeste, peu aisée, peu considérée, car elle était teintée de sang noir. Il fit ses humanités dans un établissement ecclésiastique, sa philosophie à San-Ildefonso, suivit les cours de Francisco de Rua, apprit assez pour sentir qu'il savait peu, et vint en France; il fit de nombreux voyages de Paris à Montpellier, étudia la botanique, la chimie et obtint le bonnet de docteur en 1787, dans la seconde Faculté, après une bonne thèse sur les maladies de la ville de Lima.

Le journal de Vandermonde la traduisit presque en entier. Davalos espérait, à son retour dans sa patrie, obtenir la juste récompense de son zèle et de ses travaux; il comptait sans la routine, l'ignorance jalouse, les préjugés; le Gouverneur crée pour lui une chaire de chimie à San-Marcos; l'Université résiste, attend le rappel de son protecteur et oppose une fin de non-recevoir à la présentation sous prétexte qu'il était contraire aux statuts d'admettre dans son sein un individu de race impure. Plus tard, il postule pour la chaire de botanique, on la donne à un militaire; pour celle de pathologie, il éprouve un nouvel échec. Découragé, il rappelle à l'administration — c'était en 1795 — que son père est mort sans fortune, qu'il est obligé de subvenir à l'entretien de sa famille, et demande l'autorisation d'aller au Mexique, espérant y trouver une situation meilleure; nouveau refus. Davalos travailla toute sa vie, publia même d'excellentes choses sur la faune et la flore péruviennes; toute sa vie il occupa d'infimes emplois, resta dans une condition presque misérable; sa veuve vécut de la charité publique et mourut à l'hôpital.

Ce médecin eut un tort grave : méprisé, entravé à chaque pas, abreuvé d'injustices, il perdit parfois le calme, qui seul assure le succès dans les luttes contre des forces sourdes, redoutables surtout par leur inertie. Il rendit les médecins de Lima ridicules jusqu'en Europe, les mystifia d'une

maladie principale dont le rhumatisme n'est qu'une complication tout à fait semblable au rhumatisme qui se produit dans la scarlatine.

Si la spécificité thérapeutique implique la spécificité étiologique, si le même agent médicamenteux fait promptement rétrocéder les diverses éruptions comprises sous la dénomination d'érythème polymorphe et fait tomber en même temps tous les autres phénomènes généraux, tels que la fièvre, le rhumatisme, les douleurs de toutes sortes et les autres souffrances du système nerveux, nous serons en droit, il me semble, de considérer comme tranchés les points litigieux que nous venons d'indiquer et d'affirmer :

1° Que les érythèmes auxquels les dermatologistes ont donné les noms de noueux, de papuleux, de circiné, de vésiculeux, etc., et qui sont compris sous la dénomination commune de polymorphe, ne sont que des variétés d'un même type morbide ;

2° Que l'érythème polymorphe est une maladie générale de nature spécifique dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrôme;

3° Que les douleurs des tissus fibreux, les tuméfactions et les épanchements articulaires ne relèvent pas du rhumatisme, mais ne sont qu'une des manifestations de la maladie et dérivent, comme l'éruption cutanée elle-même, d'une unique cause morbide.

Eh bien, l'agent médicamenteux auquel j'ai fait allusion plus haut est l'*iodure de potassium*. Je ne crois pas que la thérapeutique possède une substance aussi nettement, aussi *merveilleusement spécifique* que l'est ce sel dans l'érythème polymorphe. Dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures et avec une dose moyenne de 2 grammes par jour, tous les symptômes de la maladie sont *simultanément* modifiés d'une façon surprenante. La quinine n'a certainement pas dans la fièvre intermittente cette rapidité et cette sûreté d'action. La veille, on avait un malade avec une température de 39 à 40 degrés, un érythème douloureux, induré, rouge vif, une courbature pénible, des douleurs intolérables dans les membres, dans les jointures, de la prostration, de l'insomnie; le lendemain, tout est changé : la température est à 37 degrés, l'érythème pâlit, s'efface, perd son induration, les douleurs s'évanouissent, les tuméfactions articulaires se dissipent et dans trois ou quatre jours il n'y a plus trace de la maladie.

Plus la fièvre est élevée, plus sa chute est marquante. En douze heures, on voit parfois la température diminuer de près de 2 degrés. La disparition des douleurs a lieu aussitôt que celle de la fièvre ou la suit de très près. Mais, lorsqu'il y a des épanchements et des œdèmes, ceux-ci ne se résorbent pas toujours instantanément; on comprend, du reste, qu'il faille quelques jours pour faire rentrer dans la circulation les liquides extravasés.

La disparition de la coloration érythémateuse et la résolution des nodosités se font aussi avec la plus grande rapidité. Vingt-quatre heures suffisent pour leur imprimer des changements extraordinaires. Ce sont les papules et les tubercules les plus récents qui disparaissent les premiers. Lorsqu'il y a eu des extravasations sanguines, il y a naturellement persistance des macules ecchymotiques après guérison. Il faut aussi noter une particularité anatomo-pathologique qui pourrait induire en erreur. Là où la peau a été le siège de plaques érythémateuses, il y a quelquefois persistance d'une vascularisation anormale indiquée par une tache rougeâtre ayant une certaine analogie avec celles qui survivent aux coups de soleil. Il ne faudrait pas prendre ces taches pour de l'érythème, qui a disparu depuis longtemps.

Tous les observateurs ont signalé la tendance aux récidives. Le traitement spécifique que nous préconisons n'en préserve pas. On voit très fréquemment des retours de l'érythème lorsque l'on croyait à sa disparition définitive. L'usage de l'iodure de potassium pendant vingt-quatre à quarante-huit heures a toujours suffi pour faire avorter les premières ébauches de récidives.

La pensée que l'agent étiologique pourrait se trouver dans les vésicules de certains érythèmes nous a conduit à en inoculer le liquide au malade qui en était porteur; mais l'inoculation pratiquée une fois seulement n'a pas donné de résultat. Cette tentative mérite d'être renouvelée en ayant la précaution d'opérer sur des sujets qui ne soient pas sous l'influence du traitement, précaution que nous avons omise. Ajoutons que ces vésicules sont à peine humides, c'est plutôt une sorte de soulèvement épidermique sec.

Voici les pièces à conviction sur lesquelles sont basés les faits que nous venons d'exposer, elles se composent de onze observations.

Obs. I. *Erythème polymorphe (noueux, papuleux, vésiculeux) avec conjonctivite*, par le docteur Micault, médecin stagiaire. — R..., vingt-deux ans, soldat au 4e d'infanterie, a eu les fièvres intermittentes en Vendée, son pays natal; aurait eu des douleurs articulaires à l'âge de douze ans, mais qui ne l'ont jamais empêché de marcher.

Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, à la fin de janvier 1884, pour une conjonctivite.

Le 22 janvier, apparaît une éruption d'érythème qui augmente et s'étend les jours suivants, atteignant d'abord les membres inférieurs (genoux, jambes), puis les membres supérieurs (mains, avant-bras), et enfin le cou et la face.

En même temps la fièvre s'allume, il y a anorexie, soif vive, bouche pâteuse, constipation, courbature, douleurs dans les membres.

Le 16 février, le malade est évacué du service d'ophthalmologie

---

façon sanglante; on ne le lui pardonna pas. Un chirurgien très apprécié, José Partos Larimaya, avait fait un rapport de fantaisie à propos d'un monstre né d'une négresse dans une grande propriété voisine. C'était, d'après lui, un corps de pigeon couvert de plumes, sans tête ni pieds. Pour bien démontrer la réalité de ses assertions, il en exposa les viscères à la *Gazette de Lima*, dans la maison même de Davalos, qui les vit comme tout le monde. Mais celui-ci avait trop disséqué pour croire et s'émerveiller; une commission des médecins les plus instruits de la ville, réunie à son instigation, trouva dans le prétendu estomac fœtal des grains d'orge et de blé non digérés.

— Un travail d'un de nos confrères, le docteur Montano, donnant des renseignements extrêmement curieux sur les possessions espagnoles (1) de l'Océanie, a paru dans le cours de l'année dernière. La population indigène est étudiée au point de vue linguistique, ethnologique, etc. Il y a, en outre, des données précises sur les maladies locales, sur les hôpitaux et les statistiques sanitaires des troupes. Comme dans la plupart des pays tropicaux, l'anémie est le plus redoutable ennemi des Européens; il est vrai qu'elle apparaît assez tard parfois, après huit à dix ans de séjour. Pour la femme, le climat est moins clément, l'arrivée de la dyscrasie plus rapide ; elle est aggravée par des leucorrhées, des ménorrhagies. La fécondité n'est pas atteinte, mais les accouchements, rendus fort longs par l'inertie de l'utérus, deviennent souvent mortels par les hémorrhagies incoercibles qui les suivent.

Les autres affections communes sont les fièvres palustres qu'on rencontre un peu partout et la dysentérie; il ne paraît pas qu'un long séjour dans le pays crée une immunité; au contraire, les indigènes, en grande partie végétariens, vivant dans d'exécrables conditions hygiéniques,

(1) *Une mission aux îles Philippines et en Malaisie*. Paris, imp. nationale, 1885, in-8°, 209 p., 34 pl., 2 cartes.

dans celui de M. le professeur Villemin. On constate aux genoux un certain nombre de nodosités dures, arrondies, enfoncées dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'une consistance cartilagineuse, d'un rouge violacé.

Saillies papuleuses au dos des mains disparaissant momentanément sous la pression du doigt, s'étendant aux avant-bras.

Au devant du cou, taches érythémateuses faisant un léger relief, circinées, de coloration vineuse, présentant à leur centre une sorte de soulèvement vésiculeux de l'épiderme, sous lequel on trouve à peine du liquide.

Le front et les joues, surtout au voisinage des paupières, sont recouverts de taches analogues à celles du cou, tandis que les régions mastoïdiennes et la conque des oreilles sont le siège d'une éruption papuleuse comme celle des avant-bras.

Bruits cardiaques sourds, étouffés, offrant quelques irrégularités; souffle doux au premier temps et à la base; toux, quelques sibilances dans la poitrine.

On administre le salicylate de soude, qui n'apporte aucun changement, ni dans l'état local, ni dans l'état général. Du 16 au 22 la température oscille entre 38 degrés le matin et 39 degrés le soir.

Le 22, température : 38°,8, matin ; 39°,2, soir. (Potion avec iodure de potassium, 1 gramme.)

Le 23, température : 37°,6, matin; 36°,8, soir. (Continuation de l'iodure.)

Le 24, température : 36°,6 matin, 36°,6 soir. L'éruption a considérablement pâli, les indurations noueuses sont presque effacées, l'état général s'améliore, l'appétit revient; la conjonctivite s'éteint. (Continuation de l'iodure.)

Le 25, température : 36°,4, matin ; 37 degrés, soir. (Iodure de potassium, 1 gramme.)

Le 26, l'érythème est totalement effacé, le malade se lève et continue de bien se porter. (L'iodure de potassium est supprimé.)

En vingt-quatre heures la température a donc baissé de plus de 2 degrés; en trois ou quatre jours les manifestations générales et locales se sont évanouies.

Le 1er mars, R... se plaint de douleurs de reins, de courbature, de malaise. La température remonte à 38°,3 le matin et 38°,6 le soir. Des taches érythémateuses reparaissent aux jambes. On attend jusqu'au 3 avant de redonner l'iodure, afin d'assister à la marche du retour de la maladie. Pendant ces trois jours l'érythème se multiplie, la température se maintient à 38 degrés et au-dessus, la conjonctivite reparaît, l'appétit diminue.

Le 3, température : 38°,2 le soir. (Iodure de potassium, 1 gramme.)

Aussitôt la rétrocession des phénomènes locaux et généraux se manifeste, ainsi que l'amendement de la conjonctivite; l'iodure est continué jusqu'au 8.

Le 4, température : 37°,2, matin ; 38°,2, soir.

Le 5, température : 37 degrés, matin; 37°,4, soir.

Le 6, température : 36°,8, matin ; 37 degrés, soir.

Il n'y a plus trace de l'éruption, le malade ne se ressent de rien. Deux jours d'iodure de potassium ont suffi pour amener la défervescence fébrile, la rétrocession et la disparition de la manifestation cutanée de l'érythème.

Obs. II. *Erythème polymorphe (papuleux et noueux) avec arthrite*, par le docteur Petitbien, médecin stagiaire.— D..., vingt-deux ans, soldat au 119e d'infanterie. Pas d'antécédent morbide. Dès le 9 mai 1884, il ressent un malaise général, grande lassitude douleurs dans les membres, surtout dans les genoux et les chevilles.

Le 12, ayant été obligé de prendre part aux exercices communs, il est pris d'étourdissements qui l'obligent à quitter les rangs et à remonter dans sa chambre, soutenu par deux camarades.

Le 13, apparaît une éruption érythémateuse au cou et aux jambes.

Le 14, les bras et la face se couvrent de la même éruption. Il entre à l'hôpital le 16, avec une température de 41°,2, dans la soirée.

Le 19, l'exanthème forme des plaques denses, confluentes au cou et à la nuque; elles sont plus discrètes sur la face, les avant-bras et les mains. De larges taches envahissant le front occupent chaque sourcil; les pommettes en sont couvertes. Nulle sur le thorax et l'abdomen, l'éruption se retrouve sur la face antérieure des jambes et la face dorsale des pieds.

La lésion élémentaire n'a pas partout les mêmes apparences. A la tête, sur le dos des mains et des pieds, elle est papuleuse, à bords nettement limités, rouge, violacée, acuminée, à sommet vésiculeux, donnant à la palpation une sensation d'élevure, d'induration. La peau, sur quelques papules, est tendue, luisante, d'un rouge franc; sur d'autres, elle est ridée, flétrie, violacée, lie de vin; sur d'autres encore, on remarque de fines squames.

Aux avant-bras et aux jambes, les taches sont larges de 2 à 3 centimètres, surélevées, donnant à la palpation le relief d'un verre de montre et la sensation d'une nodosité centrale profonde.

Les articulations des genoux, des pieds, des coudes et des poignets sont douloureuses et tuméfiées. Les mouvements sont difficiles; il y a de l'œdème péri-malléolaire et un épanchement manifeste dans les synoviales des genoux.

Pouls irrégulier; rien à l'auscultation du cœur.—Température : 38°,2, matin; 38°,6, soir. (Potion avec iodure de potassium, 1 gramme.)

Le 20, température : 37°,4, matin ; 37°,2, soir. L'exanthème a perdu de sa vivacité de coloration, les saillies papuleuses sont notablement affaissées, l'affaissement est même complet au cou, à la nuque, l'épiderme est froncé. Les jointures sont plus mobiles et moins douloureuses, l'œdème péri-malléolaire a disparu, l'épanchement du genou a considérablement diminué. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Le 21, température : 36°,8, matin; 37°,2, soir. Affaissement complet des nodosités et des papules dont la place n'est plus indiquée que par une coloration feuille morte, la partie centrale est furfuracée. Quelques-unes sont représentées par des taches ecchymotiques témoignant qu'il y a eu extravasation sanguine. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Le 22, généralisation de la desquamation dans les points occupés par l'éruption. Les ecchymoses pâlissent. L'état général est très bon, l'appétit est revenu. Il n'y a plus ni épanchement, ni douleurs dans les articulations. L'iodure est continué jusqu'au 28.

Le 7 juin, on voit encore les vestiges de l'érythème au cou; la peau est restée rouge, *vascularisée* comme après un coup de soleil; mais ces taches ne doivent pas être considérées comme une persistance de l'érythème, c'est une modification consécutive de la peau. Donc défervescence en vingt-quatre heures, disparition presque complète de l'éruption, des douleurs et des épanchements articulaires en quarante-huit heures.

(*A suivre.*)

---

sont plus éprouvés que les Espagnols; en revanche, les accès ne présentent pas le même degré de violence chez les premiers que chez les seconds. L'observation confirme ici l'idée, défendue naguère par le regretté docteur Gaëtan Delaunay, que la rapidité de l'intoxication est en raison directe de l'activité des échanges organiques. L'alimentation et l'état général ont plus d'importance dans l'étiologie de la dysentérie que la race; dans les conditions ordinaires, les natifs absorbent des quantités considérables de substances pauvres en aliments nutritifs; tous, sont atteints de diarrhée; ils prennent la dysentérie plus vite que les colons ou les immigrants. S'ils changent de nourriture, la prédisposition disparaît. « C'est un fait journellement constaté sur les bateaux de l'escadre des Philippines, qui ont un équipage mixte d'Européens et d'indigènes. Ces derniers sont autorisés à choisir entre la ration des troupes indigènes et celle des Européens; ils ne tardent pas à préférer la dernière, au grand bénéfice de leur vigueur et de leur santé. »

C'est le seul chapitre du livre de M. Montano dont nous pensions devoir parler ici.

Dr L. Thomas.

Service médical des aliénés. — Par suite de la mort de M. Legrand du Saulle, les mutations suivantes auront lieu au mois d'août prochain dans le service médical des aliénés dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. M. le docteur Jules Voisin passe de l'hospice de Bicêtre à l'hospice de la Salpêtrière ; M. le docteur Deny, médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre, passe médecin titulaire dans le même établissement.

Bureau central. — Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils, qui doivent s'ouvrir lundi prochain 31 mai 1886, est définitivement constitué ; il se compose de MM. les docteurs Cusco, président ; Cruveilhier, Horteloup, Le Fort, Peyrot, Trélat, chirurgiens; et Ferrand, médecin des hôpitaux.

Clinique médicale.

Recherches sur le traitement du croup au moyen des fumigations par combustion d'essence de térébenthine et de goudron de houille (procédé du docteur Delthil). Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 14 mai 1886, par le docteur Cadet de Gassicourt.

Messieurs, je viens aujourd'hui remplir la promesse que je vous ai faite l'année dernière, à peu près à pareille époque, et vous rendre compte des résultats que m'a donnés la méthode du docteur Delthil (fumigations de vapeurs d'essence de térébenthine et de goudron), dans le traitement du croup.

Vous vous rappelez peut-être que, dans une première communication, j'ai cherché à établir dans quelles conditions le croup pouvait guérir sans opération, et dans quelles conditions l'intervention chirurgicale était indispensable. Tant que le croup, disais-je, n'a pas dépassé la période des accès de suffocation, la période dyspnéique, la guérison spontanée est possible et même assez fréquente; elle cesse presque absolument de l'être, dès qu'il est arrivé à la période du tirage permanent. En effet, pour que la trachéotomie s'impose à la période dyspnéique, il faut que le spasme acquière une telle violence qu'il mette à lui seul la vie en péril; au contraire, pour qu'elle puisse être évitée à la période du tirage permanent, il faut que le malade rejette, soit spontanément, soit sous l'action d'un vomitif, une partie des fausses membranes qui l'étranglent. Or ces deux faits sont très exceptionnels.

Il en résulte qu'un traitement quelconque employé pendant la période dyspnéique paraîtra souvent donner des résultats heureux même quand il serait tout à fait inefficace, tandis qu'une médication qui guérirait un seul cas de croup arrivé à la période de tirage permanent, sans que le malade expulsât de pseudo-membrane, aurait par cela seul fait ses preuves. Je suppose, bien entendu, que l'on donne son véritable sens au mot *tirage permanent*, et que l'on ne confonde pas avec lui le tirage quelquefois assez prolongé qui suit chaque accès de suffocation.

La conclusion qui s'impose est donc celle-ci : Pour savoir si un traitement guérit ou non le croup, il faut l'employer quand le croup ne guérit pas tout seul, c'est-à-dire à la période du tirage permanent.

Telles sont les idées que je vous exposais l'année dernière, dans le but d'établir nettement les conditions d'une expérimentation sérieuse. Mais quelques-unes d'entre elles ont été combattues par mon ami, le docteur Beaumetz, et j'ai à cœur de répondre aux deux objections principales qu'il m'a faites.

Il m'a reproché d'abord d'avoir donné pour titre à ma communication : « De la guérison *spontanée* du croup », et il m'a demandé si je n'avais fait aucun traitement. Eh bien, Messieurs, je conviens que j'ai fait un traitement : badigeonnage de l'arrière-gorge avec le jus de citron, lavages à l'eau de chaux, chlorate de potasse en potion, vomitifs même; et malgré tout cet appareil thérapeutique, je persiste à dire que le croup a guéri *spontanément*. Certes, je ne regarde pas cette médication comme inutile, car je suis convaincu qu'elle soulage les malades. Mais je suis également convaincu qu'elle ne les guérit pas.

La seconde objection qu'il m'a adressée est celle-ci : « Pourquoi donnez-vous le nom de croup à un ensemble symptomatique constitué au début par la raucité, puis par l'extinction de la toux et de la voix, plus tard enfin par les accès de suffocation? Même quand la présence de l'angine pseudo-membraneuse vous permet d'affirmer la diphthérie, êtes-vous sûr d'avoir affaire à une laryngite pseudo-membraneuse, c'est-à-dire à un véritable croup, quand vous n'en êtes encore qu'à la période de la toux rauque et même des accès spasmodiques? »

Il est certain qu'ici nous nous trouvons en présence d'une difficulté, que l'on peut formuler en ces termes: A quel moment les fausses membranes se développent-elles dans le larynx et la trachée d'un diphthérique dont la voix commence à s'éteindre? La plupart des auteurs admettent qu'au début la muqueuse laryngo-trachéale est boursouflée, enflammée, mais non encore tapissée de pseudo-membranes, et que celles-ci se montrent seulement quand la voix et la toux s'éteignent, ou plus tard encore, lors de l'apparition des accès de suffocation. Mais ce ne sont là que des probabilités; le véritable moyen de lever les doutes serait la vue directe du larynx et des cordes vocales par le laryngoscope.

Malheureusement, chez l'enfant, on se heurte à des difficultés matérielles insurmontables. J'avais vainement tenté autrefois de me livrer à cette étude avec mon ami Isambert, dont l'habileté était extrême. Tout dernièrement j'ai renouvelé ces tentatives avec le docteur Coupard, et les résultats n'ont pas été meilleurs. J'ajoute que, même chez l'adulte, l'examen laryngoscopique n'est pas toujours fructueux. Ainsi, chez un homme de quarante ans, le docteur Coupard a observé seulement la rougeur et le boursouflement de la muqueuse épiglottique, l'hypertrophie des cordes vocales supérieures et des ligaments épiglottiques, mais le rapprochement presque complet des cordes supérieures empêchait la vue de pénétrer plus profondément. Le laryngoscope n'avait donc permis de constater la présence d'aucune fausse membrane, et cependant à l'autopsie on trouvait la face postérieure de l'épiglotte, les cordes vocales supérieures et inférieures, la trachée recouvertes de fausses membranes.

Ainsi le laryngoscope est inapplicable chez l'enfant à cause de l'indocilité des petits malades, et, même quand il peut être employé, il donne des résultats incertains, parce que les fausses membranes échappent parfois à la vue, soit par leur situation, soit par la disposition particulière des parties sur lesquelles elles sont implantées.

Dans d'autres cas, il est vrai, on a pu constater l'existence des fausses membranes laryngées chez des adultes. Le docteur Coupard m'a communiqué une observation dans laquelle il a vu manifestement, chez un homme de quarante-cinq ans, des fausses menbranes sur la corde vocale supérieure gauche, dans le ventricule de Morgagni et sur la corde vocale inférieure, au quatrième jour d'une diphthérie, et à la période de la raucité de la toux et de la voix, c'est-à-dire à la première période du croup.

D'ailleurs, la clinique nous donne aussi des renseignements que nous ne devons pas négliger. Parfois un vomitif, administré à la première période du croup, provoque l'expulsion de fausses membranes laryngées; une des observations que je vous communiquerai tout à l'heure en est un exemple. Plus souvent encore, à la suite d'un accès de suffocation, une fausse membrane est rejetée, qui a tous les caractères des pseudo-membranes trachéales.

On ne saurait donc contester que les fausses membranes ne soient souvent installées dans le larynx dès la première période du croup, et presque toujours, sinon toujours, lorsque apparaissent les accès de suffocation. Et comme, d'autre part, il nous est absolument impossible de savoir à quel moment précis ces pseudo-membranes se développent, comme, de plus, il est fort probable que l'époque de leur développement varie selon les cas, nous sommes autorisés à décrire sous le nom de croup l'ensemble symptomatique qui commence à la raucité de la toux et de la voix, pour se terminer à l'asphyxie, et nous devons l'appeler *croup* à tous les moments de son évolution.

Cette question de pathologie une fois résolue (et j'espère que la discussion ne vous en aura pas paru trop longue), j'entre dans mon sujet, c'est-à-dire dans le récit des expé-

riences que j'ai instituées pour juger la valeur du traitement du docteur Delthil.

Vous savez qu'il consiste à soumettre les malades à des fumigations balsamiques en faisant brûler, dans une pièce hermétiquement close, un mélange d'un tiers d'essence de térébenthine et de deux tiers de goudron de houille. Je n'entre pas dans les détails, que vous connaissez aussi bien que moi.

Je ne pouvais songer à pratiquer ces fumigations en plein pavillon : les dimensions en sont trop vastes ; et, en outre, tous les diphthériques, sans distinction, y auraient été soumis ; ce qui n'eût pas atteint le but que je me proposais. J'ai donc pris une petite pièce, haute de 3 mètres, longue de 3m,34, large de 2m,91 ; j'avais ainsi un cube de 28 mètres environ. Dans cette pièce, attenante au pavillon, je fis installer un lit. Cet arrangement m'obligeait à choisir scrupuleusement les sujets d'expérience ; c'était, selon moi, un avantage plutôt qu'un inconvénient.

Le foyer de combustion était placé à l'angle de la pièce le plus éloigné du lit, de manière à éviter l'excès de chaleur pour le malade. J'avais cherché même à apporter un perfectionnement au procédé, en couvrant le foyer d'un réseau de fil de fer serré, destiné à s'opposer au passage d'une partie de la fumée, tout en permettant celui des vapeurs balsamiques ; mais j'ai rencontré des difficultés, sur lesquelles je n'insiste pas, et qui m'ont fait renoncer à mon idée.

Ces dispositions prises, j'ai voulu d'abord me rendre compte de l'action directe de la fumée de térébenthine et de goudron sur les fausses membranes. J'ai donc exposé à cette fumée, dans la chambre à expériences, des fausses membranes récemment détachées ou expulsées, et maintenues humides dans une faible quantité d'eau. Les fausses membranes y sont restées plusieurs heures, quelques-unes même un jour entier ; la seule modification qu'elles aient subie a été leur coloration en noir par le charbon ; mais leur consistance n'a été en rien altérée. Une expérience comparative faite dans la salle voisine par l'immersion dans l'eau de chaux a démontré au contraire l'action puissamment dissolvante de ce liquide.

L'occasion ne s'est pas offerte à moi, pendant la durée de mes recherches, d'expérimenter le procédé du docteur Delthil sur des angines diphthériques sans croup. J'aurais voulu agir sur des angines toxiques et non sur celles qui n'en ont que l'apparence. Je ne veux pas abuser de l'attention de la Société en lui exposant les différences qui séparent les angines toxiques des angines graves. Il me suffira de lui dire que les deux seules angines toxiques reçues dans mon service y sont arrivées trop tard pour être soumises à un traitement quelconque, puisque les malades ont succombé, l'un en deux heures, l'autre en trois heures. On m'eût accusé, à juste titre, de ne m'être pas mis dans les conditions d'une expérimentation sérieuse et loyale, si je les avais soumis au procédé des fumigations. Quant aux autres angines sans croup, elles ont toutes guéri, quelle qu'eût été la gravité apparente des symptômes. Les fumigations n'eussent sans doute pas changé le résultat final, mais il aurait été certainement injuste de leur attribuer la moindre part à la guérison.

D'ailleurs, mon excellent ami et collègue le docteur Labric a fait à cet égard une expérience comparative intéressante. Ayant reçu le même jour dans ses salles deux angines d'aspect absolument identique, il a traité l'une par les procédés ordinaires et il a soumis l'autre aux fumigations. Toutes deux ont guéri. Seulement, tandis que la première guérissait en quatre jours, l'autre mettait huit jours avant de disparaître. Je n'accuserai pas les fumigations d'avoir prolongé la durée de la maladie, je ne saurais cependant porter ce fait à leur actif.

Occupons-nous maintenant du croup. Mon premier soin a été de choisir les malades sur lesquels je devais expérimenter. Je l'ai fait avec une double préoccupation : celle de ne soumettre au traitement ni les cas trop graves ni ceux où la guérison sans opération était probable.

J'ai donc éliminé d'abord les cas toxiques, ensuite tous ceux pour lesquels la trachéotomie était urgente ou même prochaine. Pour faire un essai loyal, il fallait donner aux fumigations le temps d'agir et ne pas les mettre aux prises avec un empoisonnement accompli ou avec une asphyxie commençante.

D'autre part, afin de ne pas agir au hasard et de n'être pas dupe d'une illusion, j'ai dû attendre le début du tirage permanent pour commencer les fumigations. Mais vous verrez tout à l'heure, par le détail des observations, que j'ai attendu le moins possible, et que j'ai agi dès l'apparition des premiers symptômes de tirage. D'ailleurs, à ceux qui seraient enclins à me reprocher mes atermoiements et qui m'accuseraient d'avoir appliqué trop tard le traitement, je soumettrai les remarques suivantes :

En procédant comme je l'ai fait, j'ai, en somme, divisé les croups en trois catégories : 1° les croups entrés à l'hôpital à une période très avancée ; 2° les croups chez lesquels le tirage permanent commençait à s'établir ; 3° les croups qui n'avaient pas encore dépassé la période des accès de suffocation. Les premiers ont tous été opérés ; cela va sans dire. Nous nous occuperons tout à l'heure des seconds. Quant aux troisièmes (ils sont au nombre de sept), ils ont tous guéri sans opération ; et cela n'a rien d'extraordinaire, puisque l'accès de suffocation est rarement assez violent pour mettre la vie en péril quand il n'apparaît pas au cours du tirage permanent.

Or, que serait-il arrivé, si j'avais soumis indistinctement tous les croups aux fumigations térébenthinées ? C'est que j'aurais eu sept succès apparents, c'est que rien ne m'aurait autorisé à n'en pas faire honneur au traitement et que cependant cet honneur aurait été usurpé. Voilà l'erreur fatale à laquelle on s'expose toutes les fois qu'on procède au hasard et sans critique ; et voilà, je ne crains pas de le dire, ce qui arrivera plus d'une fois encore aux inventeurs de traitements.

Cela dit, voyons ce qui est advenu des croups chez lesquels le tirage permanent commençait à s'établir, et qui ont été soumis aux fumigations de térébenthine et de goudron.

Ils sont au nombre de douze. Voici leur histoire abrégée :

Obs. I. — Fille de quatre ans et demi. Entrée pour une angine étendue, mais non toxique. Le lendemain soir, commencement de croup au premier degré. C'est chez cette malade qu'un vomitif a provoqué l'expulsion d'une petite pseudo-membrane laryngée, quoiqu'on fût au premier degré du croup seulement. Le troisième jour du croup, à deux heures et demie de l'après-midi, un accès de suffocation isolé, non suivi de tirage permanent. A six heure et demie du soir, nouvel accès, suivi de tirage sus et sous-sternal. Sans attendre davantage, on transporte l'enfant dans la chambre à expérience, et l'on pratique les fumigations avec une cuillerée à bouche d'essence de térébenthine et deux cuillerées à bouche de goudron de houille. Or, avant la fumigation, l'opération ne semble pas urgente ; mais, dès qu'elle est commencée, le tirage s'accentue. Une demi-heure après, l'enfant asphyxie ; on l'opère. Elle a guéri.

Obs. II. — Un garçon de trois ans a une angine bénigne datant de trois jours, et un croup apparu la veille au soir. Le tirage est très peu accusé lorsque l'enfant est calme ; mais il s'accentue sous l'influence d'une légère émotion, et devient sus et sous-sternal. La voix est encore claire, mais la respiration obscure à l'auscultation. On est donc à peine au début du tirage permanent. Néanmoins, on commence les fumigations à dix heures. Mais à dix heures et demie, l'enfant tousse incessamment et commence à asphyxier ; la toux et la voix s'éteignent, le tirage s'accentue, la respiration est tout à fait obscure. On supprime les fumigations. A onze heures, la trachéotomie s'impose. Rejet de fausses membranes. L'enfant a guéri.

Obs. III. — Fille de deux ans et demi. Angine depuis trois jours, croup depuis la veille. Dans la nuit, à deux heures du

matin, accès de suffocation sans tirage consécutif. Nouvel accès à huit heures du matin. Le tirage s'établit; à huit heures et demie, première fumigation, le tirage persiste après elle; à dix heures, deuxième fumigation, plusieurs accès de suffocation pendant la fumigation, mais calme après qu'elle a été cessée. A trois heures et demie, les accès de suffocation recommencent et le tirage s'accentue. A quatre heures, nouvelle fumigation; l'enfant commence à asphyxier. On s'arrête à quatre heures et demie et on opère à cinq heures. Rejet d'une grande quantité de fausses membranes, entourées d'une croûte de charbon ; vomissements pleins de charbon. Guérison.

Obs. IV. — Garçon de quatre ans et demi. Angine depuis dix jours; croup depuis trois jours. Pendant les trois jours, le malade a été soumis chez lui au traitement par l'essence de térébenthine et le goudron, à la période des accès de suffocation; cependant la marche du croup n'a pas été enrayée. Il est opéré à l'hôpital trois heures après son entrée. Guérison.

Voilà donc quatre enfants traités par le procédé des fumigations. Tous quatre ont été opérés, il est vrai, mais tous quatre ont guéri. Si le traitement a été efficace, il n'a pas du moins été nuisible.

Passons à une seconde série.

Obs. V. — Fille de deux ans, malade depuis la veille au soir. Entrée à l'hôpital à une heure de l'après-midi; voix et toux rauques seulement; cet état se prolonge jusqu'à trois heures du matin. A ce moment, premier accès de suffocation ; à cinq heures, deuxième accès; à six heures, troisième accès; pas de tirage permanent. A six heures et demie du matin, quatrième accès suivi de tirage permanent. A sept heures, première fumigation ; à huit heures et demie, deuxième fumigation; l'état s'est aggravé; à neuf heures et un quart, troisième fumigation, qui dure une heure et un quart, grande agitation, le tirage persiste. A midi et demi, quatrième suffocation ; aussitôt l'agitation renaît, avec accès de suffocation subintrants; au bout de vingt minutes, l'état devient très grave, la malade asphyxie. On l'opère presque *in extremis.* Mort plusieurs jours après.

Obs. VI. — Fille de deux ans. Angine depuis six jours, croup depuis la veille au matin. A six heures du matin, accès de suffocation sans tirage; à sept heures trois quarts, accès violent. Sans plus tarder, on pratique une fumigation; elle dure vingt minutes; pendant la durée, la toux est continuelle et les accès violents. Dès lors, le tirage permanent se montre. A neuf heures trois quarts, deuxième fumigation d'une demi-heure; agitation, toux, suffocation; à onze heures, troisième fumigation, mais l'abattement s'accroît, la respiration ne s'entend plus, le tirage augmente, le péril est imminent. A onze heures et demie, l'opération est pratiquée sur un enfant affaissé, qui ne se défend plus. Mort six jours plus tard.

Obs. VII. Garçon de trois ans. Angine depuis huit jours, croup depuis trois jours, Un accès de suffocation à dix heures du soir, un autre dans la nuit. A six heures du matin, tirage permanent; à sept heures, fumigation; à sept heures trois quarts, trachéotomie. Mort quatre jours plus tard.

Obs. VIII.— Fille de deux ans et demi. Angine depuis trois jours, croup depuis la veille. Entrée à deux heures et demie de l'après-midi, avec tirage modéré; elle avait eu chez elle plusieurs accès de suffocation; on commence immédiatement la fumigation; le tirage s'accroît et après une demi-heure d'exposition à la fumée, l'asphyxie se montre si menaçante, que l'opération est pratiquée, Mort.

Obs. IX.—Fille de deux ans et demi. Angine depuis quatre jours, croup depuis deux jours. Entrée le matin à six heures, avec un tirage permanent ; à sept heures, première fumigation, accès de suffocation dans la fumée; le tirage persiste ; à neuf heures et demie, deuxième fumigation, agitation, commencement d'asphyxie; à dix heures, trachéotomie. Mort.

Obs. X.— Garçon de trois ans. Pas de renseignements. Le matin, dans un accès de suffocation, l'enfant a rendu une fausse membrane de 5 centimètres de longueur, non ramifiée. Tirage permanent. A onze heures et demie, première fumigation d'une demi heure. A midi, l'opération paraît urgente, mais l'enfant rejette une longue fausse membrane; à deux heures, deuxième fumigation ; état stationnaire; à quatre heures, troisième fumigation, mais à peine est-elle commencée, que l'enfant asphyxie. L'opération est rapidement faite. Mort. Bronchite pseudo-membraneuse.

Obs. XI. — Garçon de deux ans et demi. Angine et croup depuis quatre jours. Malgré l'absence de tirage permanent, comme il y a eu plusieurs violents accès de suffocation, on fait une première fumigation à dix heures et un quart : elle dure une demi-heure, pendant laquelle l'enfant a des accès de suffocation, et, quand il en sort, le tirage permanent est établi; à midi et demi, deuxième fumigation d'une demi-heure, état stationnaire; à trois heures, troisième fumigation. Au bout d'un quart d'heure, les accidents s'aggravent tellement que la trachéotomie s'impose. Une fausse membrane pleine de charbon est rendue, elle n'est nullement dissociée ni ramollie. Mort.

Obs. XII. — Garçon de quatre ans. Angine depuis quatre jours, croup depuis la veille, mais à la première période. Deux jours plus tard, dans la journée, un accès de suffocation à trois heures. Quoiqu'il n'ait pas de tirage permanent, l'interne le fait soumettre à la fumigation; il est agité et bientôt il commence à asphyxier. L'opération est près d'être faite, mais l'enfant se calme dès qu'il est soustrait à la fumée. La journée est assez bonne, sans tirage ; mais à quatre heures du matin, le tirage commence ; à cinq heures, première fumigation ; à six heures et demie, deuxième fumigation, pendant laquelle l'enfant tousse, s'agite, commence à asphyxier. Il est opéré à sept heures. Mort.

Dans ces huit observations, tous les malades ont succombé. Mais je suis convaincu que le traitement est aussi irresponsable de leur mort qu'il l'était des guérisons précédentes. Il suffit, pour s'en assurer, de constater que, de ces huit malades, les uns ont succombé à la broncho-pneumonie, d'autres à la bronchite pseudo-membraneuse, un autre à la paralysie.

En réalité, les fumigations n'ont en rien modifié les chances heureuses ou défavorables que courent tous les sujets atteints du croup; les uns ont guéri, les autres ont succombé, exactement comme s'ils n'avaient pas été soumis aux fumigations. Le nombre des guérisons a été assez élevé, il est vrai, puisqu'il a été du tiers des opérés; nous n'en saurions être surpris quand nous nous souvenons que les enfants traités ont été choisis parmi ceux qui ne présentaient à l'entrée aucun symptôme d'intoxication, et qui semblaient être dans les conditions les plus favorables.

Mais ces constatations une fois faites, au point de vue des guérisons et des morts, quelles conclusions devons-nous tirer des douze expériences que nous avons instituées ? Elles s'imposent, ce me semble, avec la dernière évidence : Le traitement du croup par les fumigations d'essence de térébenthine et de goudron de houille a la prétention de dissocier les fausses membranes et de guérir le croup sans opération. Or les fausses membranes n'ont jamais été dissociées et les douze cas que j'ai soumis à ces fumigations ont tous été opérés. Le résultat a donc été absolument nul.

D'autre part, dans aucune circonstance, la plus légère amélioration n'a succédé aux fumigations; souvent, au contraire, la toux, la dyspnée, les accès de suffocation ont paru être la conséquence de la fumée noire qui enveloppait les petits enfants et irritait leur trachée et leurs bronches. Si j'admets que les fumigations n'ont fait ni bien ni mal, je crois pousser l'optimisme à ses limites extrêmes.

Est-il nécessaire de vous dire que, pour compléter la série de mes expériences, j'ai soumis aux fumigations un enfant trachéotomisé? Le résultat a été lamentable. Un quart d'heure à peine après le commencement de la fumigation, la canule était presque entièrement obstruée par la poussière de charbon. A partir de ce moment, il fallut enlever toutes les cinq ou six minutes la canule interne qui se bouchait; et même, à trois reprises, la canule externe a été enlevée, parce que les masses charbonneuses ne sortaient pas toutes avec la canule interne. Le supplice des fumigations a été infligé trois fois au malheureux petit malade, de onze heures du matin à trois heures du soir. Si j'avais été présent, je

n'aurais certainement pas eu le stoïcisme de poursuivre l'expérience. A partir de trois heures, les fumigations ont été arrêtées ; le malade a pu mourir tranquille. Il s'est éteint à onze heures du soir. Sa mort m'aurait laissé inconsolable, si je n'avais trouvé à l'autopsie une bronchite pseudo-membraneuse.

Je trouvai aussi dans la trachée et dans les bronches des poussières charbonneuses, les unes très disséminées, les autres réunies en amas plus ou moins volumineux ; et je suis convaincu que leur présence aurait pu être nocive, si la vie du malade s'était prolongée. Ma certitude à cet égard était d'autant plus complète que je me rappelais les recherches faites en 1884, par le docteur Frémont, actuellement à Vichy, et qui était à cette époque interne chez le professeur Lannelongue.

Notre jeune confrère avait soumis aux fumigations par combustion d'essence de térébenthine et de goudron de houille, quatre cobayes et quatre lapins, préalablement trachéotomisés. Or, à l'autopsie de tous ces animaux, il avait trouvé, immédiatement au-dessous de l'ouverture trachéale, des traînées charbonneuses, parfois même un véritable bouchon de charbon. A l'examen macroscopique, on constatait des granulations charbonneuses sous la plèvre viscérale et dans les ramifications bronchiques les plus fines. L'examen microscopique permettait en outre de reconnaître que ces granulations charbonneuses imprégnaient un grand nombre de cellules alvéolaires et le tissu cellulaire de la trame des poumons. Enfin, on voyait manifestement, autour de ces fragments de charbons, les parois bronchiques enflammées, les cloisons des alvéoles infiltrées de cellules lymphatiques ; en un mot, de véritables noyaux de broncho-pneumonie dont le corps étranger était le point de départ.

Tel est, Messieurs, le résumé fidèle des recherches auxquelles je me suis livré sur le traitement du croup au moyen des fumigations par combustion d'essence de térébenthine et de goudron de houille. Ce travail vous aura sans doute paru bien long et bien minutieux, surtout pour arriver à des conclusions radicalement négatives. Mais je pense et j'espère qu'il aura une portée plus haute.

Il servira d'abord à établir dans quelles conditions d'exactitude et de précision doivent se placer tous ceux qui cherchent à expérimenter de bonne foi une médication destinée à combattre le croup.

Il montrera ensuite combien nous sommes soucieux, dans nos hôpitaux d'enfants, d'étudier tous les moyens qui nous sont proposés pour vaincre la diphthérie ou quelqu'une de ses manifestations.

Les gens du monde, parfois même nos confrères, sont enclins à nous accuser d'un esprit routinier, qui serait absurde, ou même d'une jalousie, qui serait criminelle. C'est faire injure à notre intelligence et à notre cœur. Nous sommes trop cruellement persuadés de notre impuissance contre la diphthérie pour ne pas accepter de toutes mains, malgré nos déceptions constantes, les médications qui nous sont offertes. Et nous appelons de nos vœux, nous saluons de nos espérances celui qui nous apportera le remède, dût-il nous convaincre en même temps d'étroitesse d'esprit et d'erreur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

SUR UNE ILLUSION VISUELLE. Note de M. *Aug. Charpentier*. — On sait que lorsque l'œil regarde pendant quelque temps dans une *complète* obscurité un objet immobile de petit diamètre et faiblement éclairé, il arrive très souvent que cet objet paraît nettement se mouvoir avec une certaine vitesse dans une direction déterminée du champ visuel. Il y a là une apparence analogue à celle d'une étoile filante, mais moins rapide : la vitesse angulaire du déplacement *apparent* de cet objet paraît être, en moyenne, de 2 à 3 degrés par seconde ; sa direction et son étendue sont variables ; cette dernière peut atteindre et dépasser même 30 degrés.

Or des recherches de l'auteur sur ce phénomène, il résulte que : 1° l'illusion a réellement lieu dans l'œil fixe regardant un objet fixe ; 2° que les attitudes diverses de l'œil n'ont aucune influence sur le phénomène ; 3° qu'il est possible de provoquer volontairement le déplacement apparent de l'objet dans un sens déterminé ; 4° que l'illusion visuelle, quand elle n'est pas provoquée par l'observateur, peut s'expliquer peut-être par des efforts inconscients se produisant dans le cerveau d'une façon presque continue en même temps que le phénomène bien connu de l'association des idées.

DE L'INFECTION PURULENTE A LA SUITE DE PNEUMONIE AIGUE, VULGAIRE, NON TRAUMATIQUE. Note de M. *Jaccoud*. — L'auteur communique deux observations dans lesquelles l'évolution des phénomènes morbides a démontré le développement de l'infection purulente à la suite d'une pneumonie non traumatique, primitive et franchement normale à son début, et dans lesquelles aussi la filiation pathogénique s'est bien décelée avec la plus entière évidence. Ces deux cas sont le type achevé de la pyohémie par migration microbienne. En effet la pneumonie arrêtée dans sa résolution aboutit à la formation du pus dans le poumon ; de ce foyer initial les agents pyogènes pénètrent dans le sang et déterminent sur un plus ou moins grand nombre de points des suppurations de même nature.

Après avoir décrit le processus morbide de l'infection purulente, suite de pneumonie et fait connaître les lésions anatomopathologiques que l'on trouve à l'autopsie, M. Jaccoud ajoute que les quelques faits cités jusqu'à ce jour de suppurations articulaires, survienant au cours ou à la suite de la pneumonie, non seulement diffèrent notablement des deux observations qu'il rapporte, mais encore qu'ils ont reçu de ceux qui les ont observés une tout autre interprétation, de sorte qu'ils ne sauraient en rien entamer la priorité de sa démonstration.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Marchand*, médecin aide-major, chargé du service sanitaire à Biskra, adresse un *Rapport* manuscrit sur *les vaccinations* qu'il a pratiquées dans les oasis de la zone des Zibans en 1886. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Du Castel* envoie un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Traitement de la variole par la médication éthéro-opiacée*, pour le concours du prix Desportes en 1886. (Inscrit sous le n° 5.)

M. le docteur *Riant* adresse un ouvrage intitulé : *L'hygiène et l'éducation dans les internats*, pour le concours du prix Vernois en 1886. (Inscrit sous le n° 5.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Sicard* (de Marseille), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Études sur le lait naturel et les laits médicamenteux* ; 2° de la part de M. le docteur *Duhoureau*, des brochures sur *l'action thérapeutique des eaux de Cauterets.*

M. *Proust* présente deux mémoires imprimés de M. le docteur *Napias*, sur *le travail des enfants dans les manufactures.*

M. *Laboulbène* fait hommage de ses *Notices sur H. Milne-Edwards et Ch. Robin.*

M. *Fournier* présente un travail de M. le docteur *Gaudichier*, intitulé : *De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis et en particulier de la syphilis cérébrale précoce*, pour le concours du prix Godard en 1886. (Inscrit sous le n° 11.)

M. *Constantin Paul* offre, au nom de M. le docteur *Caraman*, la réimpression d'un ouvrage paru en 1699 et intitulé : *Nouveau système des eaux minérales de Forges*. (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Larrey* présente un mémoire de feu M. le docteur *Daga*, médecin inspecteur des armées, sur *la fièvre typhoïde à Nancy en* 1881 *et en* 1882. (*Commission des épidémies.*)

M. *Gariel* dépose des *éléments et des piles*, construits par M. *Guérin* et dans lesquels les liquides sont immobilisés par une matière gélatineuse, pour le concours du prix Buignet en 1886. (Inscrits sous le n° 2.)

Élection. — Par 51 voix sur 74 votants, M. *Joannès Chatin* est élu membre titulaire dans la section de pharmacie. M. Prunier obtient 21 voix; MM. Marty et Tanret, chacun 1.

Déclaration de vacance. — L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

Microbes et microzymas. — M. *Cornil* donne lecture d'une lettre de M. *Nencki*, professeur à l'Université de Berne, lettre dans laquelle celui-ci proteste contre les opinions que M. Béchamp lui a attribuées en faveur de sa doctrine; il se déclare, au contraire, leur adversaire absolu.

Une nouvelle lettre de M. *Béchamp* en réponse à M. Armand Gautier est lue par M. le secrétaire perpétuel. L'Académie montre manifestement son désir d'attendre désormais les conclusions de la Commission devant laquelle M. Béchamp est prié de produire des expériences démontrant nettement la réalité de la doctrine des microzymas.

Drainage de la vessie. — On sait que les chirurgiens sont vivement préoccupés, après la taille hypogastrique, de favoriser l'écoulement de l'urine, afin d'empêcher son infiltration dans le tissu cellulaire antévésical. M. le docteur *Demons* (de Bordeaux) propose à cet effet d'introduire dans la vessie, par le canal de l'urèthre, un tube de caoutchouc rouge, ayant 90 centimètres de longueur, puis de saisir l'extrémité de ce tube dans la vessie par la plaie de l'hypogastre et de l'attirer au dehors, de façon à avoir dans la vessie du malade une anse dont la concavité, dirigée en avant, embrasse le pubis et dont les deux bouts peuvent être dirigés parallèlement dans un urinoir placé entre les cuisses du patient. Ce drain peut ensuite être remplacé par des tubes de plus en plus étroits et finalement par un fil; il a donné d'excellents résultats dans un certain nombre de cas. — (Le mémoire de M. Demons est renvoyé à l'examen d'une Commisssion composée de MM. *Polaillon*, *Léon Labbé* et *Marc Sée*.)

Tumeurs végétantes du péritoine pelvien.— M. le docteur *Péan* présente une malade qu'il a opérée, il y a deux ans, d'une tumeur végétante du péritoine pelvien. Il avait déjà vu plusieurs de ces tumeurs, qu'il était disposé à considérer comme des cancers, d'après l'aspect arborescent qu'elles présentaient et l'ascite (disproportionnée avec le volume de la tumeur) qui les accompagne. Mais M. Ch. Robin examina une de ces tumeurs, qu'il considéra comme étant de nature épithéliale, et cependant non malignes; or la malade présentée actuellement jouit d'une santé parfaite. Il y a donc lieu de faire remarquer que ces tumeurs, considérées comme des cancers et, par suite, non opérées par beaucoup de chirurgiens, sont de nature bénigne et ne donnent pas lieu à de la généralisation; on ne doit pas craindre de les enlever.

L'hygiène a Panama. — L'Académie a fait à M. le docteur *Ad. Nicolas* l'honneur d'ordonner la publication intégrale au *Bulletin* de son mémoire sur l'hygiène dans l'isthme de Panama. C'est au retour d'une mission qu'il vient d'accomplir afin d'assurer le service sanitaire dans les chantiers de l'une des Compagnies chargées du creusement du canal, qu'il rend compte de ses observations et présente de très intéressantes remarques sur la salubrité du pays, sur les conditions d'hygiène au milieu desquelles le travail s'y effectue, ainsi que sur les mesures à prendre pour y diminuer autant que possible la mortalité. Il nous faut renvoyer au *Bulletin* pour l'analyse complète de cette narration, dont nous résumons seulement quelques points.

L'insalubrité de l'isthme résulte du concours d'une chaleur humide particulièrement énervante et dépressive dans la saison et dans les mois où elle atteint sa plus grande intensité (normalement de mai à novembre), et des effluves marécageux disséminés dans l'air toujours à peu près saturé et généralement chargé, en toute saison, de nébulosités qui y maintiennent un marais aérien permanent. Toutefois les bouleversements du sol n'ont pas accru directement l'insalubrité, qui ne s'est pas montrée en rapport avec les défrichements; mais ces bouleversements modifient éventuellement les conditions hygiéniques par rapport à la maladie, toutes les fois qu'en changeant les conditions orographiques et par suite hydrologiques de la contrée, ils favorisent la formation du foyer morbide où s'engendrent les fièvres, et dans l'isthme comme ailleurs, — l'observation quotidienne le démontre dans tous les campements — l'origine principale de l'insalubrité tropicale, c'est le marécage. La tranchée comme la décharge sont inoffensives, quand elles ne provoquent pas le stationnement et la stagnation d'une eau de pluie, de source ou de rivière; dans le cas contraire, un marécage est bientôt constitué dans une contrée où la vigueur de la végétation a bien vite enseveli, dans le cours de la même saison, les travaux les plus récents sous le couvert de la forêt naissante, et partout où il apparaît ainsi, le marécage infecte à la fois le chantier et le campement.

Aussi convient-il d'insister, et M. Nicolas n'a pas manqué de le faire, sur l'importance du drainage, sur l'assèchement des marécages aux abords d'une lagune ou dans le delta d'un fleuve, sur la nécessité de construire des habitations où le repos soit garanti contre la chaleur par une ventilation énergique et contre les intempéries par une occlusion parfaite et facultative; il importe aussi d'orienter convenablement les façades et de moins songer à faire des villages qu'à élever des habitations. Le nettoyage et la propreté doivent être assurés avec soin, la désinfection pratiquée à l'aide de badigeonnages au sublimé en solution au millième. Quant aux inhumations, à défaut d'enfouissement des morts dans le talus des décharges, le dépôt des corps sur un lit de chaux dans une tranchée de béton doit être préféré. Reste la question de l'eau potable dont l'isthme manque totalement; la filtration sur des tissus d'amiante et mieux la distillation remédieront autant que faire se peut à ce grave danger. Toutes les maisons devront être pourvues d'appareils hydrothérapiques, dont on pourrait user plusieurs fois par jour, car la douche froide constitue le meilleur moyen pour atténuer les effets de la chaleur énervante de Panama. Il faut enfin tout mettre en œuvre pour y accroître la tonicité organique des individus; il n'y a guère là-bas d'acclimatement, il n'y a que des résistances qu'il faut augmenter par tous les moyens possibles. Dans ce but, M. Nicolas a imposé l'usage à titre préventif de la quinine, en raison de ses propriétés à la fois toniques, parasiticides et antipaludéennes; les essais faits dans la marine montrent que ce médicament préserve, dans une certaine mesure, des fièvres malariennes, y compris la fièvre jaune, contre laquelle l'inoculation vaccinale n'a encore donné dans l'isthme aucun résultat.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture de deux rapports de M. *Legouest* sur les candidats au titre de correspondant national et de correspondant étranger dans la deuxième division (*Chirurgie*). Les listes de présentation sont fixées ainsi qu'il suit: I. Pour les correspondants nationaux, 1° M. *Paulet*, médecin militaire; 2° M. *Louis Thomas* (de Tours); 3° M. *Surmay* (de Ham); 4° M. *Dezanneau* (d'Angers); 5° M. *Demons* (de Bordeaux). — II. Pour les correspondants étrangers, 1° M. *Wasseige* (de Liège); 2° M. *Bigelow* (de Boston); 3° M. *Saxtorph* (de Copenhague); 4° M. *Mac-Ewen* (de Glasgow); 5° M. *Sayre* (de New-York).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Récidive et malignité des kystes de l'ovaire: M. Terrillon. — Procédés de M. Le Fort pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre: M. Le Fort. — Kyste hydatique du foie guéri par la ponction simple: M. Le Dentu. — Cure radicale d'une hernie inguinale incoercible chez un homme de soixante-deux ans: M. Nicaise.

M. *Terrillon* a déjà entretenu dans le courant de l'année dernière la Société de la malignité et de la possibilité de récidive de certains kystes ovariques. Il peut aujourd'hui produire deux nouvelles observations à l'appui des conclusions, qu'il a formulées lors de son premier travail. La première observation est relative à une femme ayant un kyste de l'ovaire droit, compliqué d'adhérences, et une tumeur sarcomateuse de l'ovaire gauche. L'histologie a montré que les parois du kyste, très épaissies, étaient constituées par des éléments sarcomateux et qu'elles étaient revêtues à leur surface par de l'épithélioma mucoïde. La malade opérée depuis quelque temps seulement n'a pas encore eu de récidive. Dans la seconde observation, il s'agit d'une autopsie dans laquelle on trouva un ovaire kystique en pleine dégénérescence maligne.

M. *Terrier* rappelle qu'un de ses internes, M. Poupinel, a développé précisément le sujet en question dans sa thèse inaugurale. Il a réuni, à cet effet, un grand nombre d'observations et montré la récidive et la généralisation de certaines tumeurs kystiques des ovaires.

M. *Terrillon* ne croit pas que M. Poupinel ait découvert le premier ces tumeurs, car il y a déjà plusieurs années que MM. Malassez et de Synéty les ont signalées.

M. *Bouilly* a lu dans un journal anglais la relation de deux faits de papillomes de l'ovaire, qui après plus de quatre ans étaient restés sans récidiver. Il pense d'après cela que l'on n'est pas en droit de généraliser l'opinion soutenue par MM. Terrillon et Terrier.

M. *Terrier* ne considère pas la récidive comme fatale dans ces cas, elle est seulement imminente.

M. *Verneuil* pense que les papillomes, sont d'une façon générale, un produit de l'irritation; ils sont susceptibles de disparaître et ne deviennent pas nécessairement malins. Chose remarquable, ces papillomes se développent également des deux côtés, lorsqu'ils envahissent un organe pair.

— M. *Le Fort* communique un travail sur le procédé qu'il a imaginé pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre, procédé auquel il a donné le nom de dilatation immédiate progressive. Il rappelle d'abord les moyens qu'il a mis en usage pour franchir les rétrécissements dits infranchissables. Dans le principe, il poussait dans la vessie une injection d'eau à l'aide d'une canule empêchant le reflux et, pendant le temps même où l'eau pénétrait dans la vessie, il essayait de passer une bougie à travers le rétrécissement. Ce moyen n'a guère donné de résultat. L'électrolyse est aussi restée sans succès. Aujourd'hui il pratique ce qu'il appelle le cathétérisme dépressif. Voici en quoi il consiste: on introduit une bougie n° 16 environ jusqu'au contact de la stricture et on l'appuie sur elle assez fortement pendant quelques minutes; de cette façon les plis, les irrégularités, qui précèdent le point rétréci, disparaissent et la fine bougie qu'on introduit aussitôt qu'on a retiré la bougie déprimante a quelque chance de s'engager et de franchir le rétrécissement.

Pour les rétrécissements franchissables, M. Le Fort a mis à profit la dilatation inflammatoire, qui est la conséquence du séjour un peu prolongé d'une bougie dans l'urèthre. C'est en 1871 qu'il a fait ses premiers essais. Les instruments dont il se sert sont des dilatateurs coniques au nombre de trois, correspondant aux nos 5, 15 et 21 de la filière Charrière et se vissant sur une bougie armée. Voici comment on opère. On commence par introduire une bougie conductrice, munie d'une plaque perforée, vissée sur elle, et on la laisse au moins vingt-quatre heures en place. Au bout de ce temps, on peut introduire successivement les dilatateurs, qu'on doit faire pénétrer prudemment, lentement et sans jamais forcer. Car cette opération n'est pas une divulsion et le malade ne doit pas saigner. Pour M. Le Fort, la divulsion est une opération qu'il redoute. Quant à la dilatation lente, elle est trop lente et n'est pas sans faire courir quelques risques aux malades en raison de la répétition du cathétérisme qu'elle exige. Le procédé de M. Le Fort répond à toutes les indications de l'uréthrotomie interne et pour lui cette opération n'a plus sa raison d'être. Par contre, l'uréthrotomie externe a ses indications particulières et elle doit rester.

— M. *Le Dentu* présente une malade, qu'il a opérée d'un kyste hydatique du foie par la ponction et chez laquelle la guérison est survenue dans des conditions dignes d'être rappelées. La malade avait vingt-sept ans lorsqu'elle se présenta à l'observation de M. Le Dentu, avec un kyste hydatique du foie et une pleurésie légère. Deux litres de liquide sans crochets furent évacués par une première ponction. Il survint aussitôt après l'opération une élévation considérable de la température, qui atteignit 40 degrés sans qu'on puisse en trouver l'explication. Le liquide se reproduisit après quelque temps et sur ces entrefaites la malade fut prise d'une pneumonie grave. La guérison étant survenue, M. Le Dentu songea à la cure du kyste hépatique. Il examina la région du foie de son malade et fut tout surpris de ne plus trouver la tumeur, qui n'a du reste jamais plus reparu.

— M. *Nicaise* présente un malade âgé de soixante-deux ans, chez lequel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale incoercible. Outre la gêne qu'elle provoquait, cette tumeur s'accompagnait par intermittence de phénomènes de douleur et d'obstruction plus que suffisants pour justifier l'intervention. Grâce à l'opération, le malade peut aujourd'hui porter un bandage parfaitement contentif.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Résultats de la vaccination de la fièvre jaune: M. Rebourgeon. — Sur le phénomène de l'addition des impressions auditives: M. Charpentier. — Action thérapeutique de la narcéine: M. Brown-Séquard. — Sur la classification des alcaloïdes: M. Œchner de Coninck. — Coloration des tissus vivants: M. Pilliet. — Sur la reproduction des Péridiniens: M. Pouchet.

M. *Rebourgeon* communique les résultats que M. *Domingos Freire* (de Rio-de-Janeiro) a obtenus par son procédé de vaccination de la fièvre jaune. Sur 6000 vaccinés jusqu'à l'heure présente, il n'y a pas eu un seul cas de mort. Tous les individus vaccinés, quelle que soit leur race, ont été absolument préservés.

— M. *d'Arsonval* présente une note de M. *Charpentier* (de Nancy), de laquelle il résulte que le phénomène de l'addition des impressions, d'abord constaté pour les nerfs moteurs, puis pour les nerfs sensitifs, plus récemment enfin pour un nerf sensoriel, le nerf de la vue, existe aussi pour les impressions auditives. C'est un fait d'ailleurs que M. d'Arsonval lui-même et M. Gellé viennent tout dernièrement de signaler déjà à la Société. Mais M. Charpentier a trouvé, et il décrit un procédé très simple, pour la mesure

de cette addition des impressions auditives. C'est là ce qui donne un grand intérêt à sa note.

— M. *Brown-Séquard* a eu l'occasion d'employer pour lui-même, et de recommander à un certain nombre de personnes, la narcéine, étudiée autrefois par Claude Bernard et tombée depuis dans un injuste oubli, dans plusieurs cas de bronchorrée très tenace, et il en a obtenu des effets remarquables.

M. *Laborde* rappelle qu'il a pu, il y a plus de quinze ans, expérimenter avec une narcéine tout à fait pure, analogue à celle dont Cl. Bernard s'était servi dans ses expériences, et qu'il a observé le sommeil si calme que cette substance amène. Le fait est particulièrement remarquable chez les jeunes animaux. C'est même là ce qui avait donné l'idée à M. Laborde d'employer la narcéine dans la coqueluche. Il a vu la narcéine supprimer complètement les quintes de coqueluche et, comme le dit M. Brown-Séquard, réussir admirablement dans tous les cas d'hypersécrétion bronchique avec insomnie. M. Laborde a même publié, vers 1868, tout un mémoire sur l'emploi de cette substance dans la coqueluche.

— M. *Quinquaud* dépose une note de M. *Œschner de Coninck* sur la classification des alcaloïdes: l'auteur ramène tous les alcaloïdes au type ammoniaque (ammoniaques simples ou composées) ou au type pyridine (pyridines condensées ou non).

— M. *Rémy* présente une communication de M. *Pilliet* sur la coloration des tissus vivants. d'après la méthode récemment employée par Ehrlich, par M. Certes, etc. M. Pilliet a observé une élection remarquable de la matière colorante (bleu de méthylène), sur les chromoblastes des tritons, des sangsues, des grenouilles. La matière se mélange intimement au pigment des cellules.

— M. *Pouchet* a observé un fait que Claparède avait déjà signalé, à savoir que certains Péridiniens sortent d'un véritable kyste fusiforme; mais M. Pouchet a vu que ces kystes ne sont pas libres, mais sessiles, fixés à des corps étrangers.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action spéciale de l'Hydrastis canadensis, par M. Schatz. — Dès 1883 (*Archiv f. Gynäkol*, Bd XXIV), M. Schatz employa avec succès l'extrait fluide d'*Hydrastis canadensis* contre les hémorrhagie utérines. Récemment Fellner (*Med. Jahrb. der k .k. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 1885) a constaté dans des expériences sur les animaux, chiens et lapins, que cette substance non seulement augmente la contractilité du système circulatoire (cœur et vaisseaux), excitation qui se change en paralysie par les doses excessives, mais encore qu'elle excite les contractions utérines. M. Schatz ne pense pas que cette action puisse intervenir dans l'espèce humaine, car on ne donne pas aux malades de doses assez élevées pour cela; du reste cette excitation de la contractilité utérine n'est qu'un effet secondaire, celui de l'anémie, que l'*Hydrastis canadensis* détermine dans tous les vaisseaux de l'abdomen, notamment dans ceux de l'appareil génital. Les observations de M. Schatz lui ont démontré l'absence constante des contractions utérines chez les femmes qu'il a eu l'occasion de traiter par ce moyen. C'est là un avantage considérable dans toutes les maladies où l'excitation de ces contractions est nuisible ou du moins indifférente; en pareil cas l'hydrastis est toujours préférable au seigle ergoté.

Voici ces indications spéciales de l'hydrastis, d'après M. Schatz:

1° Hémorrhagies dans les cas de myomes, que les contractions utérines déplaceraient en les tiraillant;

2° Hémorrhagies dans les cas d'hypertrophie concentrique de l'utérus; la contraction fait bien cesser l'hémorrhagie, mais celle-ci se reproduit dès que l'utérus arrive à l'état de relâchement;

3° Tous les cas d'hyperhémie génitale, dans lesquels l'inflammation ou toute autre cause entravent l'action spéciale du seigle ergoté sur la contraction utérine, ou dans lesquels les alternatives de contraction et de relâchement tendent à augmenter l'hyperhémie;

4° Le pyosalpinx aigu ou chronique, lorsqu'on s'efforce d'atténuer l'hyperhémie sans déterminer de contraction des trompes;

5° Enfin la pelvipéritonite et l'oophorite chronique, etc.

La digitale ne saurait être employée comme succédané de l'hydrastis, car elle entrave la digestion que celle-ci favorise. M. Schatz, en terminant, insiste encore sur les avantages de l'hydrastis dans les cas où l'hémorrhagie menstruelle est trop fréquente ou trop violente soit chez les enfants, soit chez les femmes arrivées à l'âge critique. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 19.)

De l'action de la caféine, par M. A. Langgaard. — L'auteur a constaté que la caféine agit dans une certaine mesure comme un antidote du curare et des poisons curarisants. Dans de nombreuses expériences il a vu la caféine rappeler à la vie des animaux qui avaient absorbé des doses de curare un peu plus élevées que la dose léthale minimum. Ce phénomène s'explique par l'excitation des centres d'une part et par l'aptitude que la caféine communique aux muscles striés de réagir avec force contre les excitations centrales, d'où annulation de l'action paralysante du curare sur les extrémités musculaires, à la condition que cette paralysie ne soit pas complète, c'est-à-dire la dose de curare trop élevée. Même action antidotaire de la caféine vis-à-vis de la *conicine* et du *poison des moules*, dont l'action est curarisante. Le poison des moules en particulier exerçant une influence paralysante sur les centres nerveux, la caféine est utile ici non seulement par son action spéciale sur les muscles striés, mais encore par son action excitante sur les centres. Mais l'action antidotaire de la caféine ne saurait être mise à profit ici, comme dans l'empoisonnement par le curare, qu'à la condition que la dose du poison ingéré ne dépasse pas certaines limites.

A cette occasion M. Langgaard rappelle que l'ébullition du poison des moules avec du carbonate de soude détruit le principe toxique. Il y a donc lieu de chercher à provoquer le dédoublement, c'est-à-dire l'oxydation de ce principe dans l'organisme même, en administrant par exemple de l'acétate de potasse qui se transforme en carbonate de potasse dans l'économie, et a en outre l'avantage de provoquer la diurèse et par suite l'élimination du poison. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 20.)

De l'action de la mercuriale vivace (*Mercurialis perennis* L.), par M. H. Schulz. — L'auteur s'est livré à des expériences sur les cochons et les lapins avec l'extrait fluide de la mercuriale vivace. Voici les résultats qu'il a obtenus: la mercuriale à faible dose excite la vessie et détermine l'excrétion plus abondante de l'urine; à dose plus forte elle détermine de la polyurie avec paralysie du muscle vésical et probablement un certain degré d'inflammation, probablement secondaire, des uretères, qui se révèle par la présence dans l'urine de longs cylindres de mucus; enfin elle paralyse dans une certaine mesure le muscle intestinal et provoque de la diarrhée.

La mercuriale renferme une matière colorante, analogue à l'indigo, et une base volatile qui a reçu le nom de *mercurialine;* d'après Schmidt, elle aurait la même composition que la méthylamine; elle existerait également dans la mercuriale annuelle à côté de petites quantités de triméthylamine. On ne sait encore, dans l'état actuel de la science, à quel principe de la mercuriale vivace il faut attribuer l'ac-

tion paralysante sur le muscle de la vessie et de l'intestin. (*Archiv für experim. Pathologie*, Bd XXI, p. 88, 1886.)

Forme rare d'hernie diaphragmatique, par M. C. Sick. — Il s'agit d'un ouvrier vigoureux, de vingt-six ans, mort accidentellement (noyé).

A l'autopsie on trouva une hernie vraie du diaphragme logeant le rein, la capsule surrénale et des masses graisseuses, le tout enveloppé par un sac membraneux, constitué probablement par la plèvre; la hernie s'était produite au niveau du lieu de passage de la portion costale à la portion lombaire du diaphragme, c'est-à-dire de l'orifice dit de Bochdaleki; le volume du rein dégénéré, les exostoses des vertèbres dorsales, les adhérences partielles du poumon démontrent que la hernie n'était pas congénitale, comme dans les deux cas d'Autenrieth et de Schœller, les seuls connus dans la science, mais bien traumatique et que sa production remontait à un grand nombre d'années. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 20.)

Sur une source d'urée trop peu connue, par M. Th. Oliver. — L'auteur établit tout d'abord que tous les états morbides qui entraînent un appauvrissement du sang ou de l'anémie, sont caractérisés par une diminution de l'urée; tels la phthisie d'une part, l'empoisonnement saturnin d'autre part. Selon lui, c'est le foie qui joue le rôle principal dans la formation de l'urée; celle-ci y prend naissance aux dépens de la leucine et de la tyrosine, produits de la digestion pancréatique des albuminoïdes; mais un facteur méconnu jusqu'à présent à cet égard, c'est le globule rouge de sang; M. Oliver est persuadé que, tandis que la matière colorante du globule se transforme en bilirubine qui se convertit elle-même plus tard en urobiline, la plus grande partie de ce qui reste du globule forme de l'urée. (*The British medical Journal*, 15 mai 1885.)

D'un abcès du rein traité avec succès par des ponctions répétées, par M. Th. Edwards. — Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, fossoyeur, souffrant depuis dix-huit mois d'une douleur sourde dans la région lombaire, avec frissonnements continuels; il était complètement émacié, l'urine était rare et albumineuse, il y avait de la diarrhée profuse. Le malade éprouvait une vive douleur, s'irradiant à la jambe, lors de la pression exercée sur le rein droit; on percevait une fluctuation profonde. M. Edwards pratiqua une ponction à égale distance de la crête iliaque et de la dernière côte et évacua un gobelet de pus bien lié; les ponctions furent répétées cinq fois à quelques jours d'intervalle, chaque fois avec évacuations de 2 et jusqu'à 3 pintes 1/2 de pus. Le malade, dont l'état s'améliora rapidement, fut soumis à un traitement fortifiant. Au bout de trois semaines, la région lombaire étant le siège d'une sensation désagréable, sans être positivement douloureuse, de nouvelles ponctions furent faites; le liquide évacué était ambré, assez semblable à de l'urine; la quantité en diminua graduellement jusqu'à disparition complète. Le malade s'est très bien rétabli. (*The Lancet*, 15 mai 1886.)

Travaux à consulter.

Accusation d'intoxication par la colchicine, affaire R..., acquittement, relation médico-légale, par M. Brouardel. — Relation d'une affaire médico-légale des plus intéressantes et des plus délicates. En effet, dans les organes de la femme que le parquet soupçonnait d'avoir été empoisonnée par la colchicine, on trouve à l'autopsie une substance présentant la réaction fondamentale de cet alcaloïde; mais cette substance, injectée à un chien, parut l'empoisonner, sans que l'empoisonnement ait été accompagné de signes bien caractéristiques; de plus, dans les organes, l'urine, le sang de ce chien, on ne retrouvait pas de substance offrant les réactions de la colchicine. M. Brouardel, aidé de MM. Vulpian, Schutzenberger, Ogier et Pouchet, a fait à ce sujet de nombreuses recherches physiologiques et chimiques sur l'action de cet alcaloïde; les données fournies par l'observation des symptômes, par l'autopsie, par l'analyse chimique étaient en concordance avec l'hypothèse d'une intoxication due à l'ingestion d'une certaine quantité de l'alcaloïde suspecté; mais l'incertitude des expériences physiologiques ne permettait pas d'affirmer scientifiquement, avec une entière certitude, que cette hypothèse fût exacte. L'accusé fut acquitté. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mars 1886.)

Affaire Pel, accusation d'empoisonnement, relation médico-légale, par MM. Brouardel et l'Hote. — Relation de cette cause importante, dans laquelle la sagacité et la science des experts eurent à lutter avec l'habileté d'un accusé très versé dans l'étude des sciences. Les expériences faites pour démontrer la possibilité de l'incinération d'un cadavre de 60 kilogrammes en vingt-quatre heures dans un petit poêle ont eu une valeur très grande au point de vue médico-légal et toutes les circonstances de la cause ont été groupées avec soin de façon à entraîner la conviction. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janvier et février 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire officinal et magistral international, par les docteurs J. Jeannel et Maurice Jeannel. — 4e édition, J.-B. Baillière, 1886.

Voici bientôt dix ans que nous consultons fréquemment les éditions successives de ce formulaire. Nous avons pu le comparer aux autres ouvrages du même genre, en apprécier à diverses reprises l'utilité pratique, y trouver facilement les formules les plus variées. C'est donc une assez longue expérience qui nous donne aujourd'hui le droit d'en louer le plan général et les divers chapitres. Cependant, comme l'a fort bien expliqué M. J. Jeannel, dans les préfaces des éditions précédentes, ce formulaire *international* reste incomplet. Il n'était point possible de réunir, dans les diverses langues où elles sont écrites, les nombreuses formules usitées en Allemagne, en Angleterre ou en Amérique. Alors que, même en France, on n'a jamais pu s'accorder pour la rédaction d'un formulaire unique; alors que celui des hôpitaux civils diffère de celui des hôpitaux de l'armée ou de la marine et que tous trois ne sont pas toujours d'accord avec le Codex, il était bien difficile d'arriver à confondre les formules de toutes les pharmacopées étrangères. Les auteurs se sont donc contentés de donner les formules les plus importantes parmi celles que l'on peut emprunter aux ouvrages de thérapeutique étrangers. Nous devons, il est vrai, faire remarquer qu'il eût été avantageux de reproduire de temps à autre la formulation trop souvent encore usitée en Allemagne et en Angleterre, en donnant quelques spécimens de ces formules où des signes conventionnels indiquent le poids des grains, des scrupules, drachmes, etc. Que de fois l'on se trouve embarrassé quand on vient à lire ces formules et combien on regrette alors de ne pas comprendre ce qu'a voulu prescrire le médecin, souvent distingué, dont on est appelé à contrôler la prescription! Par contre, nous recommandons, dans l'introduction de ce livre, tous les préceptes relatifs à l'art de formuler. La plupart des médecins, même en France, ont l'habitude, lorsqu'ils prescrivent des pilules, de formuler en bloc les quantités nécessaires pour la confection de la masse pilulaire au lieu de se contenter d'indiquer sur la formule l'unité de dose du médicament, c'est-à-dire ce qu'il faut employer pour faire une pilule. M. Jeannel a bien montré les avantages de ce dernier système, qui évite des calculs assez compliqués et prévient, en conséquence, bien des erreurs. Nous avons plusieurs fois nous-même rappelé ces prin-

cipes de l'art de formuler, dont nous recommandons la lecture à tous les jeunes médecins.

Ce sont ceux-ci surtout qui adresseront aux auteurs une autre critique. Un assez grand nombre de médicaments nouveaux, et au sujet desquels on a fait assez de bruit dans ces dernières années, ne figurent pas dans ce nouveau formulaire. Ainsi, l'hypnone, l'hopéine, la kairine, la thalline, la terpine, etc. Il est probable que les épreuves de l'ouvrage étaient déjà imprimées quand ces nouvelles médications ont été vantées. Elles mériteraient certainement de figurer dans une nouvelle édition. Un autre produit que nous avons aussi cherché en vain et sur lequel nous tenons à appeler encore l'attention des praticiens est le phosphate de potasse. Voici près de cinq années que, sur le conseil qui nous en avait été donné par M. Bouchard, nous prescrivons très souvent ce médicament. Après avoir varié, à divers reprises, son mode d'administration, nous sommes arrivé à une formule que, sur notre demande, M. P. Vigier a fait connaître aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* (1885, p. 579). Nous l'avons simplifiée depuis en faisant dissoudre le phosphate de potasse dans du sirop d'écorces d'oranges amères. Quel que soit, du reste, son mode de préparation, ce médicament, qu'il importe de vulgariser, est un reconstituant des plus énergiques toutes les fois que le fer n'est point indiqué ou n'est point facilement toléré.

Terminons en reconnaissant que si les jeunes médecins se préoccupent souvent de rechercher des médications ou des formules nouvelles, la plupart des praticiens expérimentés sont, au contraire, d'avis que 4000 formules répondent à bien des indications et qu'elles suffisent dans l'immense majorité des cas. Par le soin avec lequel ont été établies les différentes tables de l'ouvrage, ces 4000 formules se retrouvent aisément et permettent de lutter avec avantage dans la plupart des circonstances qui peuvent se présenter.

L. LEREBOULLET.

DES TUMEURS ADÉNOÏDES DU PHARYNX, par le docteur Henri CHATELLIER, ancien interne de Paris. — 1886. J.-B. Baillière.

Dans cette monographie, accompagnée de photographies et de planches, l'auteur étudie les accidents qu'entraînent l'inflammation et la tuméfaction du tissu adénoïde contenu dans la muqueuse du pharynx, principalement du pharynx nasal. L'étude de ces phénomènes pathologiques a déjà été faite par plusieurs auteurs : Lacauchie en 1853; Charles Robin; de Troeltsch; Meyer (de Copenhague) (1874), etc., et Lœwenberg, en France, en 1879. Le but de M. Chatellier est de démontrer l'importance de l'étiologie et de la symptomatologie de ces tumeurs. Pour lui, l'hérédité joue un rôle des plus importants. Les déformations caractéristiques de la face conduisent à la vérification du fait : « C'est peut-être cette hérédité des tumeurs adénoïdes qui fait que les enfants issus de mariage entre consanguins sont plus fréquemment que d'autres affectés de surdi-mutité. » Les parents à hypertrophie tonsillaire la transmettent.. L'étiologie de ces tumeurs est inséparable de celle de l'angine granuleuse... Les symptômes en sont caractéristiques. Cette maladie frappe surtout les jeunes enfants, qui, le plus souvent, sont atteints d'écoulements d'oreille ou de surdité. Ils se présentent au médecin la bouche demi-ouverte, la lèvre supérieure grosse, le nez aplati transversalement, ayant l'aspect d'une lame. La voûte palatine est très élevée, rétrécie; les arcades dentaires supérieures sont très rapprochées; les dents chevauchent, etc. Les chapitres qui ont trait au diagnostic et au traitement ont été l'objet d'un soin spécial, et les photographies rendent compte de l'aspect des malades.

La lecture de ce travail ne peut manquer d'attirer l'attention sur certains cas rebelles d'otorrhée, de surdité, de nasonnement trop souvent négligés ou pour lesquels on se contente de faire suivre un traitement général. Prévenu par le facies typique de l'enfant, le praticien ne manquera pas d'éclairer son diagnostic par la rhinoscopie, qui lui permettra de voir la vraie cause des accidents et d'y porter remède par l'ablation complète de ces tumeurs.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Quatorzième liste.

MM.	de Salande et Arnauet, chacun 50 francs; Mmes Willson et Archambault, chacune 20 francs; MM. Hugo Tachauer et Ignace Mandl, chacun 10 francs. (Souscription du *Journal des Débats*)	160 fr.
M.	le docteur Woiniant, de Soissons	500
	Société des médecins de l'état civil	100
M.	Bouisset à Cugnaux	100
M.	le docteur Duboué à Pau	50
M.	le docteur Andral	50
M.	le comte de Riencourt et M. le docteur Demons de Bordeaux, chacun 20 francs	40
M.	le docteur Carcopins et le syndicat des médecins de Verneuil-sur-Eure	30
M.	Gabriel Maunoury fils	30
M.	le docteur Pitta	25
M.	le docteur Sedoux de Besançon, M. Deschiens, chacun 5 francs	10
	Total	1.095
	Montant des listes précédentes	40.492 fr. 50
	TOTAL GÉNÉRAL	41.587 fr. 50

CONCOURS. — Le jury du concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie se compose de MM. les professeurs Béclard, président, et Sappey; de M. Farabeuf, directeur des travaux pratiques, et Reynier, agrégé.

Les candidats sont MM. Delbet, Dumoret, Lyot, Pothrat, Récamier, Sébileau et Thierry.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Notre très honoré confrère, M. le docteur Kalindero (de Bucarest), ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur en récompense des nombreux et signalés services qu'il ne cesse de rendre, et comme médecin et comme ami del a France, à la colonie française de Bucarest.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Evory Kennedy (de Londres); David Parker, de Gardner (États-Unis); Robert Scott (de Glascow); Prof. Gierke (de l'Université de Breslau).

MORTALITÉ A PARIS (20e semaine, du 16 au 22 mai 1886). — Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 4. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 41. — Autres affections générales, 76. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 63. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 132. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 33; au sein et mixte, 24; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 19. — Total : 1130.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5557. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Élections. — Clôture de la discussion sur les microzymas. — Action physiologique de la vanilline : M. Grasset.

On sait depuis assez longtemps, surtout depuis les analyses de Bucholz, Vogel, Stokkeby, etc., que le principe odorant de la vanille ou vanilline doit être placé chimiquement à côté des aldéhydes aromatiques, tels que les aldéhydes benzoïque, cuminique, cinnamique, le camphre des laurinées et certaines essences liquides ou concrètes.

On sait aussi, et M. Layet, dans un travail communiqué au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences à Rouen (*Revue d'hygiène*, 1883, p. 711), a insisté sur ce fait, que les ouvriers qui manipulent les vanilles et parfois les personnes qui absorbent des glaces ou des crèmes à la vanille, sont sujets à des accidents parfois assez sérieux. Mais ces accidents sont-ils dus à la vanilline elle-même ou à la formation d'un acide gras dans les crèmes vanillées? Se produisent-ils quand on vient à cueillir des gousses de vanille avant leur maturité, comme le pense Rosenthal, ou bien faut-il accuser la qualité de la plante employée ainsi que le vanillon? Il est bien difficile, dans l'état actuel de la science, de répondre à ces questions. Pour essayer de les résoudre, M. Grasset, dans un travail présenté hier à l'Académie de médecine par M. Vulpian, vient d'étudier (en collaboration avec M. Roulliès) les propriétés de la vanilline en solution dans l'eau (à 1 pour 150). Nous croyons devoir reproduire ici les résultats principaux de ces recherches.

I. *Action sur le système nerveux.* — C'est l'action la plus nette, que mettent bien en lumière les expériences sur les grenouilles. 12 à 20 milligrammes, en injection hypodermique, développent des phénomènes d'excitation générale avec exagération des réflexes. Toutes les fois que l'on percute le liège sur lequel la grenouille est fixée, celle-ci réagit avec beaucoup plus de violence qu'à l'état normal. Avec 3 à 4 centigrammes, la grenouille présente des secousses brusques et spontanées, sortes de crises de trépidation épileptoïde ou de convulsions cloniques, qui se succèdent à des intervalles variables. Tantôt générales, tantôt localisées, les secousses paraissent se produire plutôt spontanément que par excitation de la peau (pincement par exemple). Déjà avec cette dose de 3 à 4 centigrammes, plus souvent et plus

FEUILLETON

Lettres médicales.

Je vous ai dit, il y a un mois, mon cher confrère, ce que je pensais du projet d'assurance mutuelle entre médecins dont M. le docteur Gallet Lagoguey s'est fait l'apôtre aussi ardent que convaincu. J'ai reçu à ce sujet de notre très honoré confrère une lettre fort courtoise, qui répond à mes réflexions, et que je crois devoir reproduire ici. Je supprime les compliments du début et j'arrive aux arguments :

« Permettez-nous, écrit M. le docteur Lagoguey, d'exprimer d'abord notre respect et notre admiration pour les bienfaits des deux grandes associations médicales françaises et de nous défendre de toute intention de disperser les forces vives de notre profession. Loin de prétendre faire mieux que ses aînées, l'Association projetée a un but plus modeste; elle espère seulement pouvoir donner à ses membres une indemnité plus élevée en n'immobilisant pas un capital considérable dont les intérêts seuls reçoivent une attribution généreuse et en dépensant au contraire la plus grande partie de ses ressources. Plus égoïstes que les créateurs de ces deux grandes œuvres, nous voulons créer une société de prévoyance *actuelle*, à la fois collective et individuelle, et nous ne prétendons pas thésauriser pour nos successeurs, qui pourront, s'ils le jugent convenable, suivre notre exemple.

» Nous demandons beaucoup parce que nous voulons beaucoup donner et, notre projet reposant sur le principe de solidarité absolue entre les associés, nous avons dû imposer à tous les mêmes devoirs en leur accordant les mêmes droits. De là la rigueur des statuts en ce qui concerne la régularité du payement des cotisations et la suspension du droit à l'indemnité : c'est la garantie absolue nécessaire à toute société de secours mutuels ; c'est la base qui a servi à établir les

rapidement avec 5 à 6 centigrammes, cette période de convulsions est suivie d'une période de résolution musculaire complète ; la grenouille reste dans une position quelconque, sur le dos ou autrement, sans réagir d'aucune sorte. Cette période se termine à son tour soit par la mort, soit par la réapparition des convulsions. Contrairement à ce qu'on observe pour la strychnine, cette période convulsive de retour paraît durer moins longtemps que la première.

Précisant cette action de la vanilline, suivant la marche expérimentale, adoptée par M. Vulpian, dans ses études sur la strychnine, MM. Grasset et Roulliès sont arrivés aux résultats suivants :

« Si l'on sectionne les nerfs du membre inférieur, d'un seul côté, d'une grenouille, les convulsions de la vanilline se développent dans tout le corps, sauf dans ce membre. Si inversement on lie l'artère iliaque d'un côté, les convulsions sont tout aussi violentes dans ce membre postérieur que dans le reste du corps. Si l'on sectionne la moelle au-dessus de l'émergence des nerfs lombaires, les convulsions n'en existent pas moins dans les membres inférieurs.

» On peut donc conclure de ces expériences que la vanilline exerce son action excito-motrice sur la moelle elle-même et sur les diverses sections de l'axe spinal.

» Après section préalable des os du bassin et de l'extrémité coccygienne de la colonne vertébrale, on comprend dans une ligature très serrée le tronc tout entier, sauf les nerfs destinés aux membres postérieurs ; toute circulation est donc interrompue dans ces membres prostérieurs qui restent reliés par leurs nerfs à l'axe cérébro-spinal. On injecte 6 centigrammes de vanilline. Quand l'excitation disparaît et que la phase de dépression arrive, les secousses cloniques n'existent bientôt plus que dans les membres inférieurs ; puis arrive la résolution complète. A ce moment encore, si l'on pince un des doigts d'une main par exemple, les parties dans lesquelles la circulation est intacte demeurent inertes ; mais un mouvement assez brusque se produit aussitôt dans les membres postérieurs.

» Les résultats sont les mêmes dans un seul membre, si, au lieu de lier le tronc entier, on lie une cuisse sauf le sciatique et si l'on sectionne au-dessous de la ligature tout ce membre inférieur qui ne reste plus en communication avec le reste du corps que par un nerf.

» Donc, dans la phase de dépression de l'action de la vanilline, la sensibilité est conservée dans les régions dont le mouvement est paralysé ; le courant centripète passe, et le courant centrifuge ne se manifeste plus. La cellule nerveuse de la moelle n'a pas elle-même sa fonction entièrement détruite, puisque l'action centrifuge se manifeste encore dans les régions tenues, par une ligature antérieure, à l'abri du contact direct et local du poison.

» L'action paralysante de la vanilline doit donc s'exercer localement sur les nerfs moteurs. On peut s'assurer de ce fait en étudiant l'excitabilité électrique de ces nerfs. Si l'on applique le courant induit d'une petite bobine de Dubois-Reymond sur le sciatique d'une grenouille arrivée à la phase dépressive de l'action de la vanilline, on constate que l'excitabilité de ce nerf est abolie ou tout au moins fortement diminuée, tandis qu'à ce même moment l'excitabilité musculaire persiste parfaitement pour ce même courant électrique.

» Pour résumer ce premier point, qui est le plus important de cette étude, on peut dire que la vanilline a une *action d'abord convulsivante, ensuite dépressive. Cette action convulsivante paraît s'exercer principalement sur la moelle. L'action dépressive paraît laisser intacts les nerfs sensitifs, mais s'exercer sur la moelle et surtout sur les nerfs moteurs.*

» II. *Autres actions physiologiques.* — 1° La vanilline a une action irritante locale très nette : placée directement sur la langue de la grenouille, des animaux supérieurs ou de l'homme, elle y développe une hyperhémie manifeste.

» En solution aqueuse, elle ne produit pas cet effet local ; à haute dose (sous cette forme), elle paraît exciter la sécrétion salivaire.

» 2° Dans des expériences sur l'homme, trop peu nombreuses encore pour être démonstratives, la vanilline a paru augmenter dans l'urine la quantité des chlorures et surtout de l'urée.

» 3° En injection hypodermique chez le chien (5 à 12 centigrammes), la vanilline produit une élévation de température de 0°,4 à 0°,7 ; à très forte dose chez la grenouille, elle paraît ralentir le cœur.

» 4° Quand on ajoute de 2 à 10 centigrammes de vanilline dans des tubes contenant des parcelles de foie dans de l'eau amidonnée, et préparés avec toutes les précautions voulues, on constate que le développement des granulations et des bactéries est beaucoup plus lent que dans des tubes semblables sans vanilline. Ce développement n'est pas empêché, mais il est retardé, et cela d'autant plus qu'on a mis plus de vanilline. Cette substance aurait donc une certaine action sur les fermentations putrides.

---

calculs sur lesquels sont fondées nos prévisions ; c'est aussi ce qu'exigent toutes les assurances véritables qui ne payent les sinistres qu'aux assurés en règle pour le versement de leurs primes.

» Cette rigueur pourra être atténuée dans l'avenir si le chiffre de nos économies le permet : l'assemblée restant maîtresse absolue des statuts de l'Association pourra toujours y apporter les perfectionnements dont l'expérience aura démontré la nécessité.

» Nous convenons avec vous que nos confrères un peu aisés hésiteront à réclamer l'indemnité pour une maladie de courte durée ; nous désirons qu'il n'en soit pas de même si leur maladie se prolonge ou devient chronique. C'est en effet aux maladies chroniques et aux infirmités avec toutes leurs tristes conséquences que notre projet a pour but de remédier. Si une maladie de moins de *huit* jours ne nous a pas semblé nécessiter le payement de l'indemnité, nous avons pensé qu'après ce temps le malade devait être payé depuis le premier jour, sans réduction de l'indemnité et quelle que fût la durée de la maladie.

» Nous espérons pouvoir lui donner annuellement, dans le cas d'infirmité ou maladie permanente, 3650 francs ; cette somme est, dites-vous, insuffisante pour faire *vivre* un médecin et sa famille. Oui, peut-être, s'il n'a pas d'autre ressource ; mais quelle serait sa situation dans ce cas si sa prévoyance ne lui avait pas assuré notre concours ? Quel est donc le taux maximum des secours alloués par les autres associations ? A coup sûr nous ne pouvons donner la fortune, mais nous pensons mettre nos associés à l'abri des étreintes d'une misère profonde.

» Vous êtes sans doute, mon cher confrère, des heureux de ce monde et vous n'avez pas eu l'occasion de rencontrer des médecins, pauvres honteux, qui n'osaient pas tendre la main à nos associations. J'en ai pourtant connu et j'ai vu aussi, lorsque je faisais partie de la commission générale de l'Association de la Seine, combien les secours beaucoup plus

» III. *Action toxique.* — 5 à 6 centigrammes sont toxiques pour la grenouille, qui meurt dans un temps variant de une à quatre heures et plus. »

Les auteurs n'ont pas trouvé de dose toxique pour les animaux supérieurs; ils ont donné aux lapins et aux cobayes jusqu'à 1gr,50 en injection hypodermique et aux chiens jusqu'à 5 grammes, par la gueule. Il survenait quelquefois des vomissements et une fois des selles dysentériques (à des doses très élevées).

« IV. *Rapports avec le chloral et la morphine.* — La vanilline et le chloral paraissent être antagonistes sous certains rapports, notamment au double point de vue de l'action sur le système nerveux et de l'action sur la température.

» Le chloral seul abaissant la température de 1 ou 2 degrés, la vanilline seule l'élevant de 0°,4 à 0°,7, nous avons vu l'association de la vanilline et du chloral produire un abaissement de 0°,3 à 0°,5 (chez le chien).

» Chez la grenouille, le chloral empêche les phénomènes convulsifs de se produire sous l'influence de la vanilline. Au contraire, la morphine ne les empêche pas et semble plutôt les exagérer encore.

» Quelques expériences encore peu nombreuses et qui ont besoin d'être reprises, indiquent même un certain antidotisme entre le chloral et la vanilline. 1 centigramme de chloral et 7 centigrammes de vanilline étant séparément des doses mortelles pour les grenouilles, nous en avons vu survivre après l'administration superposée de ces doses des deux substances ; ce résultat n'est du reste pas constant.

» V. *Applications thérapeutiques.* — De ce qui précède, et de quelques essais, encore peu nombreux, chez le malade, il semble résulter que la vanilline ressemble à la strychnine, dont elle représenterait un diminutif très atténué et sans pouvoir toxique appréciable chez les animaux supérieurs.

» On pourrait l'employer surtout comme eupeptique, spécialement dans les dyspepsies atones et putrides. Elle devrait rendre des services aussi comme correctif de certain médicaments, qu'elle ferait mieux digérer. Ainsi 5 centigrammes de vanilline dans une potion au chloral rendent ce médicament plus facilement acceptable pour certains estomacs. C'est cette même dose de 5 centigrammes, que l'on peut porter sans inconvénient jusqu'à 20 et 25 centigrammes, que l'on devra prescrire dans une potion de 120 grammes, toutes les fois que l'on voudra obtenir cet effet excito-moteur, qui nous paraît être la grande action thérapeutique de ce nouvel agent médicamenteux. »

— Outre cette présentation, nous n'avons à signaler à l'Académie que la lecture d'un mémoire de M. Giraud-Teulon sur une question d'ophthalmoscopie dont on trouvera plus loin l'analyse, et les élections de MM. Paulet, médecin-inspecteur de l'armée à Marseille, ancien professeur du Val-de-Grâce, et Wasseige (de Liège) aux titres de correspondant national et étranger.

— Le public médical tout entier s'associera à la décision prise par l'Académie de ne plus accueillir désormais aucune communication relative à la question des microzymas, avant que M. Béchamp ait répondu à la lettre par laquelle M. le Secrétaire perpétuel l'invite à venir exécuter devant la Commission académique les expériences sur lesquelles il fonde sa doctrine.

PATHOLOGIE INFANTILE

Pleurésie purulente chez les enfants; son traitement.

On sait que la pleurésie purulente est relativement beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Cette fréquence s'explique en partie par ce fait que l'enfant est plus exposé aux fièvres éruptives, et en particulier à la scarlatine, dans le décours de laquelle on voit souvent se manifester l'empyème pleural.

La pleurésie purulente peut se déclarer d'emblée; c'est surtout ce qui arrive dans les maladies infectieuses. Elle peut également succéder à une pleurésie simple. On a accusé de cette transformation la thoracocentèse. Trousseau a toujours considéré l'allégation comme purement gratuite, et, d'après lui, la thoracocentèse serait peut-être le meilleur moyen de prévenir la purulence; la question est difficile à juger. Il arrive souvent, en effet, que des épanchements qui semblent purement séreux à une première ponction contiennent déjà de nombreux éléments globuleux. Dieulafoy a insisté sur ce point. Ces éléments pullulent rapidement, et à une seconde ou une troisième ponction le liquide est franchement purulent, et l'influence de la thoracocentèse est alors mise en cause. Nous sommes convaincus que c'est à tort. La thoracocentèse ne saurait amener ce changement de composition, à condition toutefois que les appareils seront soigneusement surveillés et que les aiguilles surtout seront irréprochables. Sous ce rapport, nous avouons nous méfier de toute aiguille

---

faibles de 800, 700 et 1200 francs par an étaient utiles et appréciés. C'est vous dire que nos 3650 francs n'auraient pas un résultat moindre.

» Pourquoi, alors qu'un ouvrier gagnant de 4 à 6 francs par jour s'impose une cotisation mensuelle de 2 francs, le médecin ne pourrait-il pas verser 10 francs par mois ?

» La visite du conseil de santé sera pénible, dites-vous, mais toutes les Compagnies d'assurances sur la vie ne l'imposent-elles pas à leurs souscripteurs, et qui donc s'y refuse, sinon ceux qui auraient l'intention d'abuser des avantages promis ?

» Je n'ajouterai qu'un mot sur les raisons qui nous ont fait rejeter la création des pensions de retraite.

» Pour que la retraite atteigne un taux élevé, il faut, suivant l'âge, s'imposer des sacrifices toujours importants. Cette retraite est surtout utile aux vieillards qui cessent de travailler; or le médecin ne pouvant cesser d'exercer, le plus souvent, que quand ses forces sont épuisées, trouvera dans notre association une indemnité beaucoup plus considérable que cette retraite elle-même. »

L'impartialité m'obligeait à vous communiquer cette lettre Je n'ai pas l'intention d'y répondre longuement; mais, pour conclure, j'y ajouterai cette simple réflexion. Notre profession comprend trois ordres de praticiens. Les premiers, les heureux, comme on a l'habitude de le dire, sans tenir compte de la somme d'efforts et de travail qu'ils ont dû dépenser pour arriver *honnêtement* à une situation si enviée, ont acquis, avec la considération et l'estime publique, ce que l'on est convenu d'appeler une belle fortune. Leur devoir est de s'associer à toutes les œuvres de charité confraternelle, de donner une partie de leur superflu à ceux qui n'ont pas le nécessaire. Ne vous paraît-il pas évident, dès lors, cher confrère, qu'une assurance contre les maladies n'est pas faite pour eux et qu'ils devront porter à l'Association générale, à l'Association des médecins de la Seine ou bien à telle ou telle autre œuvre charitable leurs subsides annuels

ayant précédemment servi, surtout quand elle a déjà donné passage à un liquide purulent. Le flambage, le séjour prolongé dans les solutions phéniquées nous paraissent certainement des précautions utiles et qu'on serait coupable de négliger; mais nous préférons de beaucoup nous servir, pour chaque malade, d'une aiguille neuve, surtout pour une première ponction, et nous ne saurions trop recommander cette pratique, dont nous avons eu maintes fois lieu de nous applaudir. Elle donne une grande sécurité. Ce n'est pas à dire que le liquide, d'abord séreux, ne puisse pas se transformer; mais au moins, en pareil cas, peut-on tenir pour certain qu'on est absolument étranger à la transformation.

La purulence est d'autant plus fréquente, chez l'enfant, qu'il est plus jeune. Les privations, un mauvais régime nutritif, une hygiène défectueuse, conditions si fréquentes chez les enfants pauvres, en sont les facteurs habituels. Dans les premières semaines, l'état puerpéral de la mère a une influence capitale sur la composition du liquide épanché.

Les pleurésies infantiles simples ou purulentes passent souvent inaperçues. Ce n'est pas qu'elles soient d'un diagnostic très difficile, mais l'attention n'est pas attirée de ce côté. En outre, les cris de l'enfant, ses mouvements rendent l'auscultation et surtout la percussion particulièrement délicates. Une fois l'épanchement pleurétique constaté, peut-on reconnaître ou tout au moins soupçonner sa nature? Il faut bien dire que, dans la plupart des cas, on n'a que des présomptions qui se tirent surtout des circonstances dans lesquelles l'épanchement s'est développé. On a beaucoup parlé de l'état lisse de la peau, qui est tendue et brillante du côté malade; mais cet état lisse est simplement dû à l'abondance de l'épanchement et non à sa nature. La fluctuation est difficile à saisir en raison du rapprochement des côtes, et d'ailleurs peut-elle indiquer autre chose que la présence d'un liquide? Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas dans lesquels le pus de la plèvre a formé un abcès sous-cutané. La présence de cette collection, jointe à la matité, est pathognomonique, même avant qu'une ponction exploratrice ait dissipé tous les doutes sur la nature du liquide. Mais, en dehors de ces cas, qu'on peut regarder comme exceptionnels, les renseignements les plus précieux pour soupçonner la nature du liquide se tirent de l'état général et particulièrement de la fièvre avec cachexie rapidement croissante et de la diarrhée.

Il n'est pas douteux que l'enfant ne puisse spontanément guérir d'une pleurésie purulente. La nature a, chez ces jeunes sujets, des ressources infinies. La résorption simple est rare; elle se fait par une sorte de cloisonnement de la plèvre et la transformation caséeuse de son contenu, qui se résorbe à la longue. Bien imprudent qui compterait sur une pareille terminaison, toujours exceptionnelle!

Il n'en est pas de même de l'évacuation du pus. Les faits abondent et montrent combien de voies peuvent s'ouvrir en pareils cas. L'élimination se fait le plus habituellement par les bronches ou par la peau. Quand le pus prend cette dernière voie, il peut s'évacuer par un point correspondant à la cavité pleurale; mais quelquefois il fuse et se fraye des trajets singuliers. C'est dans la cavité abdominale, c'est au niveau de la fesse, de l'aine que la collection vient aboutir. Toutes les voies d'évacuation peuvent être favorables, à la condition que la sortie du pus puisse se faire facilement, et le foyer principal se déterger assez librement et assez promptement pour que le jeune sujet ne succombe pas à l'hecticité que détermine une interminable suppuration.

Mais on comprend que le médecin ne puisse se fier à ces efforts de la *natura medicatrix*, et qu'il tente de débarrasser le malade par des voies plus rapides et plus sûres, en tête desquelles se place tout d'abord la thoracocentèse.

Lorsque, chez un adulte, on voit, à la suite de la ponction, s'écouler un liquide purulent, on sait qu'un pronostic peu rassurant se dresse immédiatement devant le médecin, qui entrevoit la thoracotomie à l'horizon, après une série de ponctions suivies ou non d'injections médicamenteuses.

Chez l'enfant il n'en est pas de même. La guérison, dans plus d'un cas, a été le résultat d'une seule thoracocentèse. Nous avons publié une observatien de ce genre (*Gazette hebdomadaire*, 1884). Il s'agissait d'une fillette de cinq ans qui, dans la convalescence mal surveillée d'une scarlatine, avait été tout à coup prise d'une fièvre violente avec point de côté et dyspnée croissante. Un épanchement pleural se déclara et se développa avec rapidité; à un moment même on constata un tintement très accusé; la suffocation rendit bientôt une thoracocentèse nécessaire. Comme il était facile de le prévoir, à raison des circonstances dans lesquelles la maladie s'était développée, de la fièvre qui n'avait pas quitté l'enfant, et de l'amaigrissement rapide qui l'avait accompagné, la ponction, faite avec le trocart capillaire n° 2, donna issue à 120 grammes d'un pus de bonne nature bien lié et sans odeur, mais mêlé à une certaine quantité d'air. Le soulagement fut immédiat, et nous fûmes agréablement surpris en voyant que l'épanchement ne se renouvelait pas. Trois semaines après, la petite malade était complètement guérie.

---

ou leurs libéralités testamentaires. Les derniers, les déshérités de la profession, ceux qui n'ont pu réussir, ceux qui luttent contre la mauvaise fortune, ceux qui vivent au jour le jour, songeront-ils à grever leur pauvre budget d'une somme relativement élevée et à s'assurer contre la maladie, alors que les statuts de l'Association leur démontrent qu'ils ont tant de chances de ne jamais tomber malades? C'est à eux, au contraire, que je pensais, en recommandant à ceux qui sont à même de faire le bien, d'enrichir le plus possible l'Association générale. A ceux qui sont malades, ou qui sont atteints d'une maladie chronique, l'Association pourrait venir en aide si elle disposait de capitaux suffisants, c'est-à-dire si tous ceux qui prétendent faire du bien à leurs confrères s'appliquaient à accroître ses ressources. Reste donc une classe intermédiaire, comprenant ceux de nos confrères qui arrivent, à force de fatigues, à vivre modestement, ceux qui ne pouvant faire d'économies parviennent cependant à élever leur famille. Parmi ces médecins il s'en trouvera peut-être à qui sourira l'idée qui a inspiré le projet de M. le docteur Gallet Lagoguey. S'ils estiment que l'espérance d'obtenir, en cas de maladie chronique, la subvention qui leur est promise vaut les sacrifices mensuels qui leur sont demandés, je serai le premier à leur affirmer que l'Association qui fait appel à leur concours fera son possible pour leur être utile, car, je le répète, elle est entreprise par des hommes aussi honnêtes que convaincus.

— Les journaux politiques, plus encore que les journaux de médecine, se préoccupent du projet de réorganisation militaire qui vient d'être déposé par le nouveau ministre de la guerre. La situation nouvelle faite aux étudiants en médecine mérite cependant toute notre attention. Vous savez, cher confrère, en quoi consiste ce nouveau projet. « Chacun de nous sera soldat », tel est le refrain que chantent, avec un touchant ensemble, un trop grand nombre de nos représentants. A les entendre, l'égalité devant la loi militaire exige

Il ne faudrait pas trop compter sur des résultats aussi heureux. Le plus habituellement l'épanchement se reproduit et rend à brève échéance une nouvelle ponction nécessaire. Mais, chez l'enfant, après deux ou trois ponctions, il arrive souvent que le liquide se reproduit lentement, et que sa quantité diminue rapidement. L'état général se relève entre chaque opération, le malade peut s'alimenter, et si l'on a soin, comme le recommande M. Cadet de Gassicourt, d'évacuer le pus, dès que la fièvre revient et que l'état général devient mauvais, on peut espérer une guérison complète. Ces succès, très rares chez l'adulte, sont fréquents chez l'enfant. Aussi la cure de la pleurésie purulente par les ponctions répétées a-t-elle été préconisée comme méthode par plusieurs médecins, et en particulier par M. Bouchut, qui cite un cas de guérison après 122 ponctions. Certes on a rarement l'occasion de soumettre un jeune malade à une pareille série de ponctions. Quand les premières évacuations amènent une diminution progressive du liquide, on peut persévérer; mais nous ne croyons pas qu'on puisse dépasser cinq ou six ponctions. Il vaut mieux certes recourir à la thoracotomie. En attendant trop longtemps, on risque d'amener une sorte de condensation du tissu pulmonaire sous des adhérences de plus en plus épaisses; une rétraction plus accentuée de la paroi thoracique avec les déviations vertébrales consécutives, qui peuvent, comme je l'ai souvent constaté, amener des déformations persistantes et que l'âge ne modifie plus.

Quel intérêt d'ailleurs trouverait-on à reculer indéfiniment l'ouverture de la poitrine? Cette opération se fait dans des conditions d'autant meilleures que le tissu pulmonaire est moins modifié, qu'il peut se laisser plus facilement pénétrer par l'air, qu'il est moins bridé par les fausses membranes, et que la séreuse elle-même est moins profondément altérée.

On connaît mieux aujourd'hui les conditions de succès de l'opération, et là comme ailleurs les progrès de la chirurgie se sont fait sentir.

Nous avons en ce moment en observation plusieurs malades adultes dont l'histoire sera ultérieurement racontée, et chez lesquels l'opération, pratiquée avec quelques modifications que nous signalerons, a réussi d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Signalons dès à présent une fort intéressante observation de M. le docteur Emile Demange, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, et publiée dans le *Compte rendu annuel des séances de la Société de médecine* (1884-1885).

Il s'agit d'un enfant de vingt-cinq mois, qui fut atteint d'une pleuro-pneumonie au mois de novembre 1884, à la suite d'une rougeole. Au bout de quelques jours, notre confrère constata l'existence d'un épanchement pleurétique qui fut ponctionné d'urgence avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain. La ponction fut pratiquée dans le sixième espace intercostal, et donna lieu du premier jet à l'écoulement de 60 grammes de pus. En déchirant avec la canule les brides qu'on sentait facilement, on évacua encore 120 grammes de pus. Un soulagement considérable suivit cette première opération. Il fallut la renouveler au bout de quinze jours. Deux ponctions faites successivement évacuèrent à peu près 100 grammes de pus. Après une troisième opération, qui amena peu de soulagement, et en présence d'une aggravation progressive de l'état général du petit malade, on se décida à faire la thoracotomie. Après une ponction exploratrice, la canule fut laissée dans la plaie comme conducteur, on incisa la peau et les muscles, et l'on fit pénétrer le long de la canule un petit ténotome mousse qui servit à inciser l'espace intercostal. Un flot de pus s'écoula par l'ouverture, qui mesurait à peu près 2 centimètres. Un petit tube à drainage fut introduit, et la plèvre lavée à l'eau phéniquée.

Les suites de l'opération furent laborieuses. Pendant quinze jours, il fallut laver trois fois par jour la plèvre à l'eau phéniquée. La suppuration était très abondante. Ce ne fut qu'après vingt-cinq jours qu'elle diminua, pour tarir au bout de deux mois environ. La sonde avait été retirée trois semaines après la thoracotomie. On continua les injections par la plaie, qui se ferma au bout de trois mois environ. La guérison définitive était obtenue quatre mois après la première ponction. La respiration avait reparu avec la sonorité, et le retrait des côtes était modéré.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. On voit d'abord que les ponctions simples que nous avons vues amener des guérisons dans bien des cas, peuvent échouer complètement et mettre le médecin en face d'une opération plus grave, mais radicale.

L'âge de l'enfant la rendait plus délicate. L'espace intercostal est d'une grande étroitesse chez un enfant de vingt-cinq mois, et on ne peut qu'approuver notre confrère de s'être entouré de précautions minutieuses : ponction préalable, canule laissée à demeure et servant de conducteur, emploi du ténotome mousse, etc. La blessure possible de l'intercostale, dans le débridement, avait été prévue, et un thermocautère avait été placé à la portée de l'opérateur. Le lavage a pu se faire, grâce à l'étendue en largeur de l'in-

---

l'incorporation pendant trois années de tous les Français âgés de vingt ans, qu'ils soient ou non préparés d'avance aux exercices que l'on impose aux jeunes soldats, qu'ils soient destinés à servir dans la cavalerie, l'artillerie, l'infanterie ou les services administratifs. Une seule exception est faite en faveur des étudiants en médecine. Ceux-ci, à la condition qu'ils soient reçus docteurs à l'âge de vingt-cinq ans, pourront être autorisés à ne servir qu'une seule année, et cette année de service militaire ils la feront comme médecins de réserve. Ce n'est point là un mince avantage! Est-il bien désirable? Croit-on que ce privilège accordé à une seule catégorie de citoyens ne suscite pas bien des jalousies et ne provoque point des représailles? On incorporera pour trois ans les séminaristes, les étudiants de toutes les autres Facultés, les artistes, les ingénieurs, les architectes, les avocats, les notaires, etc., etc., et l'on ne donnera qu'aux seuls médecins le droit d'exercer leur profession sous l'uniforme et durant une année seulement! Je me suis demandé, avec plusieurs de mes confrères, comment il se faisait qu'un ministre, qui paraît peu disposé à écouter les observations des savants, de ceux qui ont pour mission de défendre avec l'avenir des hautes études, les intérêts moraux et matériels de la France, ait pu se montrer si tendre envers les médecins. On m'a laissé entendre, — mais je n'en veux rien croire, — qu'il avait obéi à l'injonction d'un de nos confrères, à qui un réel talent et un caractère, dont nul ne saurait méconnaître la loyauté et l'énergie, ont donné à la Chambre une situation éminente. Je crois savoir que ce projet n'a d'autre but que de supprimer ou tout au moins de réduire dans des proportions considérables la médecine militaire. On s'imagine que l'on pourra remplacer par des médecins de réserve, appelés à servir pendant une année, la plupart des médecins aide-majors ou majors de 2e classe. On espère qu'un certain nombre de ces médecins, requis pendant une année, resteront dans l'armée et que l'on remédiera ainsi aux démissions que le découragement multiplie tous les jours! Nous verrons ce

cision, qui a permis d'installer un tube. Notre confrère n'aurait pas hésité, dit-il, à exciser un fragment de côte, si la manœuvre avait été trop difficile.

L'écoulement purulent est resté abondant pendant quinze jours, et l'amélioration s'est fait attendre plus qu'on ne voit habituellement chez les jeunes sujets. Nous sommes d'avis que les conditions sont plus favorables quand on peut éloigner les pansements. Nous avons toujours vu la méthode des pansements rares amener chez nos malades d'excellents résultats; mais elle n'est pas toujours praticable dans les premiers jours de la maladie. Une fois l'amélioration bien régulièrement progressive, l'enfant a bénéficié de toutes les conditions favorables dues à son âge : flexibilité des côtes, souplesse des adhérences, rapprochement plus facile des parois pleurales, etc. Lors même qu'une fistule persiste, on peut compter à bon droit sur l'âge du malade pour arriver à une occlusion complète.

En résumé, bien que la pleurésie purulente, chez l'enfant, guérisse plus souvent que chez l'adulte par les ponctions simples suivies de lavage, il est indiqué de recourir à l'opération de l'empyème toutes les fois que l'amélioration n'a pas lieu franchement, après une série de quatre à six ponctions. L'opération ne paraît pas particulièrement dangereuse et doit être suivie de lavages désinfectants. Nous préférons de beaucoup la solution au sublimé au 1/1000e, ou une solution d'acide borique au 2/100e. Dès que la fièvre est tombée, on éloigne les lavages de plus en plus, de manière à les faire, s'il est possible, deux ou trois fois par semaine seulement. On se guidera d'ailleurs sur la fièvre et l'état général pour espacer les lavages. La plaie est recouverte avec plusieurs doubles de tarlatane phéniquée. Il faut avoir soin, à mesure que le foyer pleural se rétrécit, de diminuer la longueur des drains, qui peuvent gêner l'expansion pulmonaire, et que l'on supprime dès que la respiration se rétablit et que le suintement purulent s'est presque tari.

L'alimentation doit être aussi tonique que le permet l'état des fonctions digestives chez le malade. En se soumettant à ces diverses recommandations, on verra que la thoracotomie peut donner, dans la majorité des cas, d'excellents résultats chez l'enfant.

Un dernier mot. La thoracotomie est une opération douloureuse et qu'il convient cependant de faire avec lenteur. Eu égard à la gêne respiratoire, on a longtemps redouté l'administration du chloroforme. Nous l'avons cependant souvent administré sans inconvénient pour le malade. Il convient de ne l'employer qu'avec précaution, et de s'arrêter à une demi-somnolence. Il est sans aucun inconvénient de pratiquer en même temps l'anesthésie locale à l'aide d'un jet d'éther dirigé sur le champ de l'incision. Cette pratique nous a toujours donné de bons résultats. Elle facilite beaucoup la manœuvre, et permet d'opérer avec la lenteur nécessaire.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De l'érythème polymorphe, sa nature et son traitement spécifique, par M. Villemin, membre de l'Académie de médecine.

(Fin. — Voy. le numéro 22.)

Obs. III. *Erythème papuleux survenu dans le cours d'une syphilis secondaire*, par le docteur Toussaint, aide de clinique. — B..., cavalier de remonte. Pas d'antécédents héréditaires. Entré à l'hôpital en février 1884, pour un chancre induré de la verge, y resta cinquante-huit jours; roséole sur l'abdomen un mois et demi après le chancre; sorti de l'hôpital le 14 avril, après avoir subi le traitement antisyphilitique.

Le 5 mai, B... est envoyé au Val-de-Grâce pour une éruption d'acné varioliforme de la face (syphilide?).

Le 26 mai, il s'aperçoit d'une éruption papuleuse derrière les oreilles, sur l'apophyse mastoïde; le lendemain, l'éruption se montre le long de la ligne d'implantation des cheveux, à la nuque; malaise, courbature, élévation de la température, qui oscille entre 38 degrés le matin et 39 degrés le soir.

Le 30, le malade est évacué dans le service de M. le professeur Villemin, où l'on constate huit à dix taches rouges papuleuses, indurées, sur chacune des bosses frontales; taches de même caractère aux apophyses mastoïdes, mais plus larges; plusieurs sont chagrinées, l'épiderme en est froncé, comme vésiculeux, piqueté, papuleux à la racine des cheveux de l'occiput, très induré.

A la face postérieure des avant-bras et des poignets, papules analogues à celles du cou.

Acné pustuleuse sur le dos et le thorax; syphilides squameuses dans les cheveux et sur le cou. — Température : 38°,2, matin; 38°,4, soir. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Le lendemain 31, à la visite du matin, le malade est méconnaissable; l'éruption du front a presque complètement disparu, le toucher ne perçoit plus d'induration. Les papules des apophyses mastoïdes et des bras ont considérablement pâli, leur relief est imperceptible. Les syphilides du cuir chevelu et du cou ne s'aperçoivent que mieux. (Iodure de potassium, 2 grammes, continué jusqu'au 4 juin.) La température est descendue à 37 degrés. Le malade est débarrassé de toute trace d'érythème.

Le 11 juin, on voit reparaître quelques papules aux régions

---

qu'il adviendra de ces projets, mais je n'hésite pas, cher confrère, à préférer à une loi d'exception le projet adopté par le Conseil général des Facultés. Je regrette seulement que ce Conseil n'ait pas affirmé avec plus d'énergie que l'égalité devant la loi militaire ne signifie pas la nécessité pour tous les Français de servir pendant un nombre de mois déterminé à l'avance.

N'est-il pas évident que l'intérêt de la défense nationale, l'intérêt de l'armée et de sa bonne organisation exigent que l'on utilise, suivant leurs aptitudes, ceux qui peuvent être appelés, tous les trois ou quatre années après avoir quitté l'armée active de servir contre l'ennemi? Et puisqu'il faut à une armée des intendants, des officiers d'administration et des ingénieurs, aussi bien que des médecins, croit-on qu'il ne serait pas possible d'utiliser dans ces corps auxiliaires et, par conséquent, de n'astreindre qu'à un service d'une année tous ceux dont, en temps de paix, les travaux peuvent être si utiles à la patrie? Mais je n'insiste pas. Je me borne, mon cher confrère, à reproduire ici le vœu émis à ce sujet par le Conseil général des Facultés.

Ce Conseil a proposé que les étudiants immatriculés, lors de l'appel de leur classe, dans une des cinq Facultés ou à l'Ecole supérieure de pharmacie soient admis, après une année de service, à demander un sursis pour les deux dernières années s'ils fournissent les garanties d'instruction militaire exigées par le ministère de la guerre;

Qu'ils ne soient pas cependant dispensés sans conditions du service actif, et que des mesures soient prises afin que les jeunes gens à qui seront données des facilités pour leurs études, non dans leur intérêt, mais dans l'intérêt de l'Etat et du public, fassent effectivement ces études;

Qu'à cet effet, ils présentent, à l'issue de chacune des deux années, à l'autorité militaire, un certificat constatant qu'ils ont suivi régulièrement et avec profit l'enseignement d'une des Facultés ou Ecole;

Qu'un décret, délibéré en Conseil supérieur de l'instruction

mastoïdiennes en même temps que la température se relève un peu (37°,8 le soir). L'iodure repris aux mêmes doses fait tomber la fièvre en vingt-quatre heures, et disparaître l'érythème en quarante-huit heures d'une façon définitive. Le malade quitte le service le 17 juin.

OBS. IV. *Erythème polymorphe (papuleux et noueux)*, par le docteur Toussaint, aide de clinique. — T..., vingt-quatre ans, soldat de la garde républicaine, sans antécédents héréditaires ni personnels.

Le 21 juin 1884, en se levant, il constate une rougeur avec démangeaisons à la face interne du genou gauche; il sentit toute la journée un prurit intense au niveau de cette rougeur et au-dessus des deux malléoles; le soir il eut grand'peine à enlever ses bottes, ses jambes étaient enflées.

Le 22, il aperçut des taches rouge foncé dans les régions œdématiées, douloureuses à la pression, en même temps qu'un semis de taches semblables aux genoux et au tiers inférieur des jambes.

Le 23, T... fit son service au Palais-de-Justice, montant et descendant de nombreux escaliers dans la matinée. Vers deux heures, voulant rentrer au quartier, il ne put plus marcher, et fut obligé de se faire ramener en voiture. En malade intelligent, il raconte qu'après s'être déshabillé, il a remarqué que le genou gauche était *plein*, qu'il ne pouvait plus fléchir la jambe et que tout le mollet était tuméfié et douloureux. Il en était de même de la jambe droite dans son tiers inférieur. Appétit disparu, frissons, céphalalgie, insomnie.

Le 24, T... a grand'peine à se rendre à la visite, appuyé sur deux camarades; il entre à l'infirmerie, où il prend une purgation et du sulfate de quinine. Il reste à l'infirmerie quatre jours avec une température fébrile oscillant entre 38 et 39 degrés.

Le 28, il entre à l'hôpital. — Température : 38°,2, matin; 38°,6, soir.

Le 29, nous voyons le malade pour la première fois. Figure pâle, traits altérés, courbature très douloureuse dans les reins et dans les jambes; anorexie, langue saburrale, sommeil troublé par les cuissons et les douleurs des membres inférieurs.

Sept à huit nodosités érythémateuses à la partie externe du genou droit, de la grosseur d'une pièce de vingt centimes. Une nodosité plus volumineuse à la partie interne, dure, profonde, très douloureuse à la pression.

Au tiers inférieur de la jambe, peau rouge, tendue, luisante, chaude et douloureuse, avec œdème prononcé et nodosités confluentes.

A gauche, la moitié inférieure de la jambe présente une teinte érysipélateuse, d'une rougeur uniforme due à l'agglomération de taches confluentes ; cette rougeur est limitée à la partie externe par des nodosités dessinant une ligne festonnée.

Papules isolées vers la tête du péroné, aux condyles du fémur, à la face dorsale de la main gauche, au coude, aux apophyses mastoïdes, et à la nuque; œdème marqué surtout le long du tibia.

Pas d'épanchement appréciable dans les articulations. — Température: 37°,5, matin; 38°,5, soir. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Le lendemain, 30 juin, à la visite du matin, modification marquée de l'éruption qui a considérablement pâli aux apophyses mastoïdes, à la nuque et aux bras. A la visite du soir (trois heures), la pâleur s'est accentuée encore et l'induration est en partie résolue. La teinte érysipélateuse des jambes a pris la coloration feuille morte des ecchymoses en résorption. Les douleurs ont presque entièrement disparu. — Température: 37°,5, matin; 38°,4, soir. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

1er juillet. Disparition complète des papules des régions mastoïdiennes, de la nuque, du coude et des mains. Diminution de l'œdème des jambes et de la coloration des taches. Etat général bon au point que le malade s'est levé toute l'après-midi et n'a pris que la moitié de sa potion. — Température : 37°,2, matin; 37°,4, soir. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

2 juillet. Les larges plaques d'érythème des jambes n'ont plus qu'une teinte pâle jaunâtre, l'œdème n'est plus douloureux. Plus de fièvre. — Température : 37 degrés matin et soir.

Le 3 et le 4, toute trace d'érythème disparaît ainsi que l'œdème. L'appétit est bon. La température se maintient au-dessous de 37 degrés. On supprime l'iodure.

Le 13, le malade s'apprêtait à quitter l'hôpital lorsqu'il déclara avoir éprouvé pendant la nuit de vives démangeaisons dans les jambes. On constate en effet un peu d'œdème prétibial et quelques îlots de teinte rouge avec un peu d'induration douloureuse à la pression et du prurit. L'érythème reparaît avec un peu de fièvre, accusée par une température de 37°,6 le matin et de 38°,2 le soir. L'iodure de potassium rendu fait disparaître en deux jours ce retour de l'affection.

Dans ce cas, comme dans les autres, on voit la rapidité d'action du médicament, qui transforme tous les symptômes en quelques heures et éteint la maladie dans l'espace de trois jours.

OBS. V. *Erythème polymorphe (papuleux et noueux)*, par le docteur Toussaint, aide de clinique. — C..., vingt-neuf ans, garde républicain, a eu antérieurement plusieurs angines et deux blennorhagies. Entré à l'hôpital, le 4 octobre 1884, pour une angine folliculeuse, sa deuxième blennorhagie n'étant pas encore complètement guérie.

Le 8 novembre, C... ressent des démangeaisons brûlantes aux genoux et à la face antérieure des jambes. Dans la soirée apparaissent aux mêmes endroits des plaques rouges érythémateuses. Pas de phénomènes généraux autres qu'un peu de fièvre donnant une température de 37°,8 le soir.

Le 9, à la visite du matin, on constate plusieurs nodules érythémateux sur la cuisse droite, aux deux genoux, à la face antéro-interne des jambes où elles sont accompagnées d'œdème douloureux à la pression et de chaleur locale.

Pas d'épanchement dans les articulations. Le malade est fatigué et accuse une sensation de faiblesse marquée. — Température : 37°,7, matin; 37°,8, soir. (Iodure de potassium, 1 gramme.)

Le 10 au matin, la cuisson est moins intense, il y a peu ou pas de démangeaisons, la rougeur des plaques est très atténuée, et à la visite du soir l'érythème a presque disparu. L'œdème prétibial existe à peine. — Température : 37 degrés, matin; 36°,2, soir. (Iodure de potassium, 1 gramme.)

Le 11, l'éruption n'est plus marquée que par une légère teinte ecchymotique sur les tibias, plus de douleur, persistance d'un peu d'œdème. — Température : 36 degrés, matin; 36°,2, soir.

---

publique ou en Conseil d'Etat, détermine, en ce qui concerne chacune des Facultés ou Ecole, les conditions nécessaires pour l'obtention du certificat;

Que les étudiants qui n'auront pas satisfait aux conditions exigées soient reversés dans l'armée active pour y parfaire leur temps de service;

Que, pour assurer au cours du sursis conditionnel leur éducation militaire, et afin qu'ils ne perdent pas de vue leurs devoirs de soldats, les étudiants soient astreints à des exercices militaires ou à des périodes de service placées pendant les vacances universitaires.

Ce vœu sera-t-il exaucé? J'en doute! Mais je doute fort aussi, malgré le nombre de nos confrères qui siègent au Parlement, que la disposition qui exempte du service actif les étudiants en médecine, soit acceptée. Pour vous dire le fond de ma pensée, je doute même beaucoup que la loi militaire soit votée! Que d'années il faudra pour en terminer la discussion! Et d'ici là que de ministres se seront succédé rue Saint-Dominique! Les pères de famille peuvent donc dormir en paix pendant bien des années encore! Quant aux étudiants en médecine, ce que nous leur souhaitons, c'est de trouver pendant leur année de volontariat des chefs militaires qui sachent utiliser leurs aptitudes dans les hôpitaux de l'armée!

INSTITUT PASTEUR. — Après une discussion des plus regrettables et dont il vaut mieux taire les incidents, le Conseil municipal de Paris vient de mettre à la disposition de la commission chargée de fonder l'Institut Pasteur, un terrain de 2500 mètres dépendant de l'ancien collège Rollin. — La commission demandait 5000 mètres, nos édiles ont été d'avis que, pour un laboratoire d'expériences, la moitié était suffisante. Ils ont réduit de plus à trente ans la durée de cette concession.

Le 12, il n'y a plus qu'un peu d'œdème pour lequel on continue l'usage de l'iodure et qui a complètement disparu le 15.

Obs. VI. *Erythème polymorphe avec arthrite des deux genoux.* — M..., vingt-deux ans, soldat au 16e de dragons. Pas d'antécédents morbides.

Le 26 janvier 1885, il a ressenti en se levant une gêne douloureuse dans les membres inférieurs, qui l'a forcé à quitter ses occupations. Le soir, il a dû recourir à la complaisance d'un camarade pour enlever ses bottes; il ne pouvait plus fléchir les genoux.

Le lendemain 27 au matin, le médecin du corps constate un peu d'œdème périmalléolaire des deux côtés. L'ascension des escaliers est très pénible, la station verticale est douloureuse. Le malade ressent des poussées lancinantes le long de la face antérieure des jambes avec démangeaison. Dans la nuit, prurit désagréable aux mains, aux genoux, aux jambes et aux pieds.

Le 28, douleurs sourdes dans les coudes, les poignets, les genoux.

Le 30, M... est envoyé à l'hôpital. Il est dans l'impossibilité de marcher. On remarque le long des tibias, au niveau des genoux et des cous-de-pied, un œdème inflammatoire très douloureux à la pression avec chaleur locale. Des plaques saillantes, à base indurée, d'un rouge vineux se voient aux membres inférieurs le long de la face antéro-externe de la cuisse et antéro-interne de la jambe et aux genoux.

Les mouvements volontaires et imprimés sont douloureux dans les genoux et les pieds. Epanchements évidents dans les articulations des genoux.

Rien au cœur. Langue saburrale. — Température : 37°,6, matin; 38°,2, soir.

Le 31, la situation n'a pas changé. (Iodure de potasssium, 2 grammes.)

1er février. La teinte de l'éruption a considérablement pâli, l'œdème prétibial est moins douloureux, la flexion des genoux s'exécute plus facilement. — Température : 37°,3, matin; 37°,2, soir. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Le 2, les épanchements articulaires et l'œdème n'existent presque plus. — Température : 37°,2, matin; 37°,6, soir. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Le 3, l'épanchement articulaire est complètement résorbé, il n'y a plus d'induration érythémateuse, l'éruption n'est plus accusée que par une teinte feuille morte avec desquamation furfuracée.

Obs. VII. *Erythème polymorphe (papuleux, noueux, circiné), rhumatisme des genoux et des poignets*, par M. le docteur Toussaint, aide de clinique. — B..., vingt-deux ans, soldat au 119e de ligne. Pas d'antécédents pathologiques, ni personnels ni héréditaires. Vers le 10 février, il fut hospitalisé au Gros-Caillou pour un état fébrile avec courbature accompagnée de taches rouges, disséminées sur les jambes et aux paupières, taches qu'il reconnaît avoir été entièrement pareilles à celles qu'il offre actuellement. B... resta une quinzaine de jours à l'hôpital. Un mois après sa sortie, le 18 mars, il vit reparaître l'éruption avec fièvre, douleurs et gonflements des articulations, courbature, perte d'appétit et de sommeil. Il entra à l'infirmerie du corps et vint à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 25 mars.

A cette date, les régions des paupières et des sourcils sont le siège d'un érythème en plaques saillantes d'un rouge vineux uniforme, affectant la disposition circinée avec œdème. Le centre un peu plus pâle et plus déprimé a l'aspect chagriné, l'épiderme en est froncé sous l'apparence de vésicules d'herpès, mais il n'y a pas de liquide appréciable dans ces vésicules. Ganglions du cou légèrement tuméfiés et douloureux.

Des papules de même teinte sont disséminées au cou, principalement aux régions sterno-mastoïdiennes; elles sont douloureuses à la pression et le siège de brûlures.

Les membres inférieurs sont recouverts de nodosités saillantes et dures, rouges avec prurit et cuissons, surtout pendant la nuit.

Douleurs vagues dans les jambes et les genoux; marche difficile et pénible, flexion douloureuse; épanchement dans les articulations des genoux, œdème périmalléolaire.

Douleurs vagues dans les avant-bras avec nodosités érythémateuses à la face postéro-externe.

Tuméfaction douloureuse du poignet droit rendant les mouvements impossibles.

Rien d'anormal au cœur. — Température : 38°,7 le soir. (Potion avec 3 grammes d'iodure prise dans l'après-midi.)

Le 26, température : 38°,3, matin; 37°,7, soir. Du jour au lendemain la température a donc baissé de 1 degré, et le malade se loue de la potion, qui a diminué sensiblement sa courbature. (Iodure de potassium, 3 grammes.)

Le 27, les nodosités s'affaissent et pâlissent; à leur centre se montre une légère desquamation furfuracée. L'œdème des paupières a disparu et B... est tout étonné de ne plus voir les taches si apparentes la veille. Les articulations prises sont encore douloureuses, mais sensiblement moins tuméfiées. — Température : 37°,7, matin; 37 degrés, soir. (Continuation de l'iodure de potassium.)

Le 28, fièvre nulle (37 degrés, matin et soir). Articulations entièrement dégagées, mouvements faciles et complets, bon sommeil, bon appétit.

Le 29, il n'y a plus d'érythème; l'éruption des paupières ne se reconnaît plus que par une teinte bistrée pâle; une légère desquamation furfuracée indique seule la place des papules érythémateuses des autres régions. (Suppression de l'iodure.)

Le bien-être continue jusqu'au 5 avril. A ce moment une nouvelle courbature avec sensation de brisement, surtout dans les membres inférieurs, fait pressentir le retour du mal. En effet, le lendemain 6, on remarque une poussée de papules érythémateuses aux jambes, la température remonte à 37°,2. L'iodure est rendu à la dose de 2 grammes, et au bout de quarante-huit heures tout est rentré dans l'ordre.

Obs. VIII. *Erythème polymorphe (papuleux noueux).* — L..., petite fille âgée de six ans, malade depuis huit à dix jours. Perte d'appétit, langue saburrale, soif, grande lassitude, accablement et tristesse, insomnie, agitation nocturne.

Nombreuses taches d'érythème papuleux sur les jambes, principalement rassemblées aux genoux; quelques-unes sont très indurées et noueuses; œdème prétibial. Pas d'épanchement articulaire, rien au cœur.

Le 8 mai 1885, la température est à 39 degrés dans l'après-midi. (Iodure de potassium, 40 centigrammes.)

Le lendemain 9, les taches ont beaucoup pâli, leur relief est presque effacé. — Température : 37°,8. (Continuation de l'iodure de potassium.)

Le 11, les taches ne s'accusent plus que par une légère teinte ombrée, beaucoup ont entièrement disparu. — Température : 37 degrés.

L'appétit est revenu avec la gaîté, la petite malade se lève.

Le 13, une légère desquamation furfuracée indique seule la trace de l'érythème. (Cessation de l'iodure.)

Obs. IX. *Erythème polymorphe (papuleux).* — X..., petite fille âgée de dix ans, toujours bien portante. Rentre de l'école le 25 mars 1885, avec des frissons, beaucoup de malaise, de la courbature et des envies de vomir. Sa mère la couche et la retient au lit les jours suivants; elle remarque qu'elle est brûlante et aperçoit des taches rouges sur les jambes.

2 avril. Nous constatons une température de 38°,5, et de nombreuses taches d'érythème papuleux aux jambes, principalement à la face antérieure et aux genoux; il en existe quelques-unes aux cuisses.

Même éruption aux membres supérieurs, surtout aux avant-bras, aux poignets et au dos des mains. Les taches sont saillantes, rouge violacé, accompagnées d'une démangeaison brûlante. (Iodure de potassium, 50 centigrammes.)

Le 5, l'éruption a presque totalement disparu, une légère teinte jaunâtre en marque la place. — Température : 37 degrés.

Le 7, plus de trace de l'érythème. L'enfant va très bien, elle a recouvré l'appétit et la gaîté. (Suspension de l'iodure.)

Le 12 au soir, retour des frissons et du malaise, l'enfant vomit son repas. La mère la tient au lit de nouveau et voit reparaître l'éruption. Nous voyons la malade le 14 au matin, et constatons le retour de l'éruption aux jambes seulement. (Iodure de potassium, 50 centigrammes.)

Le 16, l'éruption a disparu. Une légère desquamation furfuracée sur un fond teinté de jaune pâle, indique la place de l'éruption, qui ne reparaît plus.

Obs. X. *Erythème polymorphe (papuleux, noueux), simulant à son début une fièvre typhoïde* (Service de M. le professeur agrégé Vaillard). — P..., entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 10 février 1886. Vigoureux et bien constitué, pas de maladie antérieure.

Le 6 février, au milieu d'une santé parfaite, il a été pris de

frissons fugaces et répétés, de malaise avec endolorissement général, céphalalgie frontale gravative, vertiges, nausées. P... est obligé d'interrompre son service et de se coucher tant est pénible la fatigue qu'il éprouve. Pendant la nuit, la céphalalgie augmente, le sommeil est tourmenté par des rêves pénibles.

Le lendemain 7, la lassitude est moindre et P... peut reprendre son service, mais vers le soir surviennent de nouveaux frissons suivis de fièvre, de céphalalgie avec vertiges et nausées. Insomnie presque absolue.

Le 8, la fatigue persiste, atténuée le matin, plus intense vers la fin de la journée; inappétence absolue. Le soir, la céphalalgie s'exagère et le malade éprouve encore des frissonnements suivis de fièvre. Pendant la nuit, insomnie complète, douleurs contuses dans la continuité des membres, coliques, deux selles diarrhéiques.

Le 9, même lassitude profonde, épistaxis, selles diarrhéiques; vers le soir, frissons répétés et fièvre, insomnie, toux assez fréquente pendant la nuit.

Le 10, P... entre à l'hôpital. Fièvre vive (40°,6). Peau sèche et brûlante, pouls fréquent sans dicrotisme; la physionomie accuse quelques traits de stupeur typhoïque. Toujours céphalalgie intense, langue sèche, nausées. Un peu d'endolorissement dans la fosse iliaque droite, léger météorisme abdominal, deux selles diarrhéiques. Quelques râles disséminés dans les régions postéro-inférieures des deux poumons.

Rate normale, pas d'albumine dans les urines.

Le 11, même état général. — Température : 39°,4, matin; 39°,6, soir. On soupçonne une fièvre typhoïde.

Le 12, même état général. Température : 40°,3, le matin. La nuit a été agitée, langue sèche, un peu de ballonnement et de douleur dans la fosse iliaque.

Sur la face, particulièrement sur le front, ont apparu des papules rosées, larges comme une pièce de 50 centimes, un peu saillantes. Le malade accuse des douleurs très vives au niveau des deux genoux et dans la continuité des deux membres inférieurs. On constate dans ces régions l'existence d'une éruption confluente de nodosités saillantes, rouges, disséminées sur toute la face antérieure des deux jambes depuis l'articulation fémoro-tibiale jusqu'au cou-de-pied. Ces petites tumeurs dures, très douloureuses à la pression, sont tantôt isolées, tantôt agglomérées de façon à former des plaques vineuses de la largeur d'une pièce de 5 francs.

A la face antérieure de chaque cuisse existent deux taches papuleuses légèrement saillantes.

Les genoux et les cous-de-pied ne présentent aucun gonflement, mais sont douloureux spontanément et surtout à la pression; il en est de même des épaules et des coudes. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Dès le soir même grande amélioration dans l'état général; les douleurs diminuent et la température tombe à 38°,5. En sorte que dans l'espace de quelques heures il y a une défervescence de près de 2 degrés.

Le 13, nuit excellente; physionomie normale, langue humide et bonne, ventre souple, indolore, plus de diarrhée. Disparition complète des douleurs accusées la veille aux membres inférieurs et aux jointures. L'érythème persiste encore, mais la teinte a beaucoup pâli. (Iodure de potassium, 2 grammes.) Température : 37°,6, matin; 37°,08, soir.

Le 14, apyrexie, appétit revenu. Les nodosités érythémateuses s'affaissent et prennent une teinte ecchymotique; elles sont à peine sensibles à la pression. Température : 37°,2, matin; 36°,4, soir. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Les jours suivants, les vestiges de l'érythème disparaissent graduellement.

Le 16, on n'en aperçoit plus. (Suppression de l'iodure.)

Le 24 février, survient un mouvement fébrile (38°,2, matin; 38°,8, soir), accompagné de douleurs articulaires dans les deux genoux, sans gonflement appréciable. Il n'existe aucune trace d'érythème, dont cependant on soupçonne le retour prochain.

Le 25 au matin, la fièvre a augmenté (39°,6) et quelques papules se dessinent sur le front, les régions malaires, en même temps que de petites nodosités apparaissent à la face antérieure des deux jambes.

Deux grammes d'iodure de potassium sont administrés séance tenante en une seule dose. Le soir même, la fièvre est en décroissance (38 degrés) et l'endolorissement articulaire est devenu presque insignifiant.

Le lendemain 26, apyrexie complète; les douleurs ont disparu, les papules et les nodosités sont très pâles et s'éteignent les deux jours suivants.

Guérison complète et définitive.

Obs. XI. *Érythème polymorphe (noueux, papuleux) avec rhumatisme* (Service de M. le professeur agrégé Vaillard). — Th..., vingt-deux ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 4 mars 1886. Bien constitué, vigoureux, pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il y a huit jours, il a commencé à éprouver des douleurs vagues, diffuses, dans les membres inférieurs, des frissonnements fréquents suivis de bouffées de chaleur et un malaise général plus accentué le soir.

Le 1er mars, s'ajoutèrent à cet état une céphalalgie continue, de l'inappétence, une fatigue profonde et de la fièvre avec sueurs abondantes pendant la nuit. En même temps les douleurs ressenties dans la continuité des membres prennent une acuité plus vive et se manifestent également dans les genoux, les coudes et les épaules. Traité d'abord à l'infirmerie, Th... est envoyé à l'hôpital le 4.

Le 4, température : 38°,8, matin; 39 degrés, soir. Céphalalgie intense, courbature générale, langue saburrale, nausées; ventre souple et indolore. Le malade accuse surtout des douleurs vives dans les jambes et les genoux. Les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes des deux côtés sont tuméfiées et très sensibles à la pression.

La face antérieure des jambes est littéralement recouverte par une éruption de nodosités rouges, larges, isolées ou conglomérées, entremêlées de papules saillantes d'un rouge vif.

L'éruption est cantonnée en ces points et n'existe sur aucune autre partie du corps. (Iodure de potassium, 3 grammes.)

Le 5, température : 37°,5, matin; 37°,4, soir. Les douleurs sont très amoindries, les nodosités ont pâli et perdu de leur saillie. Il existe encore un léger degré de tuméfaction des jointures. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Le 6, apyrexie; disparition complète des douleurs et du gonflement articulaire. L'éruption s'affaisse et s'efface de plus en plus. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

A partir de ce jour, la guérison est définitive; l'éruption prend ultérieurement les teintes successives de l'ecchymose en résolution.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Aucun travail de médecine n'a été présenté: M. le Secrétaire perpétuel a donné seulement lecture des lettres de candidature de MM. les professeurs *Germain Sée* et *Jaccoud* dans les sections de médecine, en remplacement de M. *Vulpian*, élu secrétaire perpétuel de l'Académie il y a deux mois environ.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. *Nocard* et *P. Mégnin* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

M. le docteur *Diday* (de Lyon) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*).

M. *A. Tallandier* adresse un échantillon de *sulfate de quinine chimiquement pur*, de sa fabrication. (Renvoi à la section de pharmacie.)

M. le docteur *Clémenceau de la Loquerie* envoie une *Étude* manuscrite *sur la mortalité de la ville de Fontenay-le-Comte (Vendée) pendant les années* 1883-1885. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Coiffier* (du Puy) adresse un mémoire manuscrit sur cinq nouvelles applications de la seringue de Pravaz. (Renvoi à l'examen de M. *Jungfleisch.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* présente une *Note* de M. le docteur *V. Galippe* sur *un champignon développé dans la salive humaine.*

M. *Gosselin* dépose une observation de M. le docteur *Dubar* (de Lille), ayant pour titre: *Pierre dans la vessie et double fistule uréthro-pénienne chez un enfant*

de huit ans, taille hypogastrique et uréthroplastie dans la même séance. (Commission : MM. *Gosselin, Cusco* et *Léon Labbé*.)

M. *Leblanc* présente un mémoire manuscrit de M. *P. Cagny* (de Senlis) *sur l'emploi des vapeurs d'éther dans la médecine des animaux domestiques*, pour le concours du prix Desportes en 1886. (Inscrit sous le n° 6.)

M. *Ernest Besnier* fait hommage, de la part de M. le docteur *Bailly* (de Chambly, Oise), d'un mémoire imprimé sur *l'inspection médicale des écoles. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)*

M. *de Villiers* dépose : 1° un ouvrage de M. le docteur *Verrier* sur *l'accouchement comparé dans les races humaines*; 2° une brochure de M. le docteur *Durand-Desmons* (de Melun) sur l'exécution de la loi Roussel en 1885 dans le département de Seine-et-Marne. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Vulpian* présente : 1° une Note manuscrite de M. le docteur *Alison* (de Baccarat), intitulée : *Contribution à l'étude de l'influence de l'alcoolisme sur le développement de la tuberculose pulmonaire et de la cirrhose atrophique du foie*; 2° un mémoire manuscrit de MM. les docteurs *Grasset* et *Roullès* (de Montpellier) sur *les actions physiologiques de la vanilline*. (Renvoi à une Commission composée de MM. *Germain Sée, Dujardin-Beaumetz* et *Constantin Paul*.)

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage, au nom de M. le docteur *Fournier* (d'Angoulême), d'un mémoire sur *le traitement de la fièvre typhoïde.*

Élection. — Par 38 voix sur 70 votants, M. *Paulet*, médecin militaire, est élu correspondant national dans la division de chirurgie; M. Surmay (de Ham) obtient 20 voix; M. Louis Thomas (de Tours), 7 et M. Dezanneau (d'Angers), 5.

L'élection d'un correspondant étranger dans la division de chirurgie nécessite deux tours de scrutin : M. Wasseige (de Liège), présenté en première ligne, obtient d'abord 32 voix sur 64 votants; M. Bigelow (de Boston), 25; M. Soxtorph (de Copenhague), 5 et M. Sayre (de New-York), 2. Au deuxième tour, M. Wasseige est élu par 26 voix contre 23 à M. Bigelow.

Microbes, matières albuminoïdes et microzymas. — M. *Schutzenberger* réfute les critiques que lui avait adressées incidemment M. *Béchamp* dans sa dernière communication. M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une nouvelle lettre de M. Béchamp. L'Académie décide alors, par un vote spécial, qu'elle ne recevra plus désormais aucune lettre relative à cette discussion, jusqu'au jour où il lui sera donné communication des résultats des expériences que M. Béchamp a été convié de faire devant une Commission précédemment nommée; il sera sous peu mis en demeure de produire les expériences attendues de lui.

Opthalmoscopie. — M. *Giraud-Teulon* étudie dans cette communication un certain genre d'anomalies que l'on rencontre assez fréquemment dans l'aspect de la circulation rétinienne et qui lui paraît n'avoir pas jusqu'ici suffisamment fixé l'attention des pathologistes. La principale de ces anomalies consiste dans la conservation par le sang veineux rétinien de la coloration rutilante propre au sang artériel : permanence de couleur qui témoigne du passage du sang dans les capillaires, sans y éprouver de désoxygénation. L'importance de cette aberration dans la nutrition de la membrane sensible de l'œil a porté l'auteur à relever, dans les observations sujets de cette remarque, les principaux symptômes ophthalmoscopiques coexistant avec cette altération principale; ces symptômes collatéraux ont été groupés par lui dans les quatre catégories suivantes : 1° les troubles trophiques; 2° les troubles de la sensibilité spéciale; 3° les troubles de la motricité (système musculaire de l'œil); 4° les maladies ou états constitutionnels antérieurs ou concomitants et pouvant jouer un rôle causal.

On remarque d'abord, dans le premier groupe (troubles trophiques), la forte proportion accusée par les altérations subies par la rétine et le nerf optique (75 pour 100); ce que justifie suffisamment la relation immédiate existant entre ces organes et les vaisseaux mêmes sur lesquels porte l'observation. Mais ce qui ne laisse pas de surprendre, c'est la proportion relativement considérable (40 pour 100) qu'offrent, sous cette même influence, les troubles de transparence rencontrés dans la lentille; la nutrition du cristallin ayant été jusqu'ici généralement considérée comme étant sous la dépendance directe de la circulation choroïdienne (Procès ciliaires).

Il y a là toute une étude nouvelle à reprendre.

Dans un second chapitre, M. Giraud-Teulon étudie, au même point de vue des symptômes ophthalmoscopiques concomitants, les cas, tout opposés, dans lesquels le sang veineux rétinien présente, au contraire, une coloration ultra-foncée, et les distribue entre les quatre mêmes classes.

Comparant ensuite ces deux tableaux, l'auteur relève, entre la proportionnalité respective de chaque groupe de symptômes, d'énormes différences. Ce qui n'est point pour surprendre, les altérations devant singulièrement varier suivant que la nutrition des tissus, leur oxydation, pèche par déficit (sang rutilant), ou par excès (sang ultra-veineux). Dans le premier cas (absence de désoxygénation), les symptômes les plus marquants ressortissaient, comme on l'a vu, aux troubles trophiques (rétine, nerf optique et cristallin) dans plus des trois quarts des cas! Dans le second, excès de combustion ou d'oxydation des tissus, extrême veinosité du sang, le symptôme qui tient le premier rang (trois quarts des cas également), ne porte plus sur la nutrition, mais bien sur le système fonctionnel moteur de l'œil (accommodation et convergence), en un mot, sur la motricité. L'interprétation de ces contrastes est fournie par l'application des lois de Cl. Bernard sur l'innervation vaso-motrice.

D'après ce maître, le passage du sang à travers les parenchymes, sans y éprouver de désoxygénation, dénote une circulation trop rapide, et celle-ci, un déficit dans l'action des nerfs constricteurs du système vasculaire (grand sympathique); comme, d'autre part, un excès de combustion des tissus, l'ultra-veinosité, reconnaît pour cause une circulation ralentie, ou une parésie des nerfs antagonistes ou vaso-dilatateurs.

Le travail de M. Giraud-Teulon le conduit directement aux mêmes conclusions; les observations sur lesquelles il repose se rapportent, en immense majorité, à des cas où domine la faiblesse, l'adynamie nerveuse. L'ophthalmoscope, en ces circonstances, apporte donc un précieux concours, comme élément de diagnostic, à la pathologie non seulement oculaire, mais générale.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos du traitement de l'obésité : M. Debove (Discussion : M. C. Paul).— Fracture de côte spontanée, par M. Antony : M. Richard. — De la destruction dee poils par l'électrolyse : M. Brocq. — Variole cohérente traitée par le collodion appliqué sur la faoe. Mort due à l'emploi de ce topique : M. Comby. — Note sur un cas de fièvre hystérique : M. Barié. — Recherches sur l'influenoe de la graisse sur la nutrition : MM. Debove et Flamant. — Hémiplégie hystérique chez une petite fille de quatre ans : M. Guyot (Discussion : MM. Desnos et Féréol).

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Debove* répond aux critiques que lui a adressées M. C. Paul; il fait remarquer que l'observation unique rapportée par son collègue est assez complexe et ne peut servir à démontrer que l'abstinence des boissons fait maigrir : il s'agit, en effet, d'une personne obèse qui s'est soumise à un régime sévère et à un traitement fort complet, dans lequel entrent bien d'autres éléments que le rationnement des liquides. D'ailleurs, M. C. Paul a cité également des observations de Schweninger où l'amaigrissement a été obtenu tout en permettant aux obèses quatre litres de liquide par jour. D'autre part, deux des sujets sur lesquels M. Debove a expérimenté étaient de véritables obèses si l'on compare leur poids à leur taille; on ne peut donc lui reprocher de ne pas avoir fait porter ses recherches sur des gens atteints d'obésité. Enfin, ces deux obèses avaient déjà maigri lorsqu'il a augmenté

leur ration de liquides ; ils étaient donc dans les meilleures conditions pour engraisser, ce qu'ils n'ont point fait. D'ailleurs, la nutrition de l'obèse diffère seulement *quantitativement* de celle de l'homme sain, et chez lui la graisse reconnaît les mêmes origines que chez les autres sujets.

M. *C. Paul* est parfaitement d'accord sur ce dernier point avec M. Debove : la seule différence c'est que certains individus font de la graisse, avec les mêmes éléments, plus facilement que d'autres ; certains, au contraire, n'engraissent jamais, quel que soit leur régime. Il ne pense pas, du reste, que le rationnement des liquides soit par lui-même suffisant pour faire maigrir ; il considère comme utiles tous les éléments du régime qu'il a expérimenté. Dancel ne rationnait pas la quantité des aliments, mais obtenait fatalement, au moyen d'un régime toujours identique, que ses malades se réduisissent d'eux-mêmes au minimum nécessaire des ingesta. Ce n'est pas un élément isolé qu'il faut envisager dans le régime, c'est l'ensemble ; il est possible d'accorder davantage sur certains points si l'on retranche sur d'autres. Ainsi Schweninger accorde quatre litres de liquide, mais, comme il interdit de boire aux repas, les malades mangent forcément une moindre quantité d'aliments.

M. *Debove* rappelle que, si Dancel ne rationne pas la viande, du moins il interdit la graisse et les féculents ; or Voit a démontré qu'il faut une bien plus grande quantité de viande, lorsqu'elle est privée de graisse, pour nourrir un même individu. C'est donc un véritable rationnement que Dancel obtient en défendant la graisse, sans parler de l'influence d'un régime uniforme conduisant le malade à manger le minimum de ce qui lui est nécessaire.

M. *C. Paul* fait observer que Dancel permet presque toutes les viandes et, comme féculents, les pommes de terre : son régime est donc suffisamment varié.

— M. *Richard* donne lecture, au nom de M. Antony, médecin-major à Souk-Arrhas, d'une observation de *fracture de côte indépendante de tout traumatisme extérieur*, chez une dame de soixante-trois ans, obèse, atteinte depuis quatre ans de bronchite chronique avec emphysème. La fracture, produite par une secousse de toux, siégeait sur la neuvième côte droite, dans la ligne axillaire. M. Richard fait remarquer que ces fractures, signalées déjà chez les emphysémateux par M. Desnos, siègent plus ordinairement à gauche ; il insiste sur la consolidation rapide, qui s'est effectuée en trois semaines, malgré les secousses fréquentes de toux, chez une femme âgée.

— M. *Brocq* lit un mémoire intitulé : *De la destruction des poils par l'électrolyse.* (Sera publié.)

— M. *Comby* relate une observation de variole cohérente, chez une femme de trente-deux ans, à laquelle un médecin de la ville avait cru devoir appliquer sur la face un masque épais de collodion, en vue de prévenir les cicatrices ultérieures. Les souffrances furent très intenses au niveau de la face, sur laquelle on constatait, à travers le collodion, une éruption variolique avortée ; de graves accidents se montrèrent, accompagnant des phénomènes de suppuration fétide au-dessous de la carapace collodionnée, et la malade mourut sept jours après son entrée à l'hôpital. M. Comby ne put réussir à enlever le masque collodionné, et dut renoncer à tenter cette ablation, qui déterminait de violentes douleurs et laissait le derme à nu et saignant ; il s'est contenté de pansements antiseptiques au niveau des fissures de cette carapace, par lesquelles s'écoulait une sanie fétide. Les symptômes observés pendant la vie, la marche normale d'une éruption discrète ou cohérente sur le reste du corps, les résultats de l'autopsie démontrant l'intégrité des viscères, l'absence d'abcès métastatique, conduisent M. Comby à attribuer la mort à l'application du collodion sur la face ; ce topique a déterminé la formation d'une vaste plaie qui a entraîné la terminaison fatale comme l'aurait pu faire une brûlure étendue, bien qu'on n'ait pas rencontré d'ulcère duodénal. Il conclut à la proscription de la médication topique en général dans la variole.

— M. *Barié* donne lecture d'une Note sur *un cas de fièvre hystérique.* (Sera publié.)

— En son nom et au nom de M. Flamant, M. *Debove* donne lecture d'une travail intitulé : *Recherches sur l'influence de la graisse sur la nutrition.* (Sera publié.)

— M. *Guyot* rapporte une observation d'*hémiplégie hystérique chez une petite fille de quatre ans*, qui fut frappée subitement, le 25 novembre 1885, de paralysie de tout le côté droit du corps, y compris la face, à l'occasion d'une vive émotion à la vue d'un chien ; la paralysie, à forme hémiplégique, s'accompagnait d'analgésie, d'anesthésie et d'aphasie, sans irrégularité des pupilles. M. Guyot diagnostiqua une hémiplégie hystérique, à cause des antécédents nerveux héréditaires très accusés, et de l'absence de toute cause d'accidents méningitiques ; il prescrivit l'isolement et l'administration du bromure ; le soir même l'hémiplégie avait disparu. Elle se montra de nouveau le surlendemain, sans cause appréciable, et le docteur J. Simon appelé en consultation porta également le diagnostic de paralysie hystérique ; ce diagnostic avait déjà été formulé par un confrère appelé aussitôt après les premiers accidents. Le même jour l'hémiplégie disparut encore brusquement, et depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de six mois, cette enfant n'a présenté aucun malaise nerveux : on peut trouver dans le long temps écoulé depuis la cessation de tous les accidents un argument de plus en faveur de la nature hystérique de cette paralysie.

M. *Dumontpallier* demande s'il existait des troubles des organes sensoriels.

M. *Guyot* croit qu'il eût été bien difficile de s'en assurer chez une enfant de quatre ans, atteinte d'aphasie. La vue et l'ouïe étaient manifestement conservées. Du reste, jamais depuis lors on n'a constaté aucun trouble fonctionnel des divers appareils.

M. *Desnos* ne conteste nullement un semblable diagnostic ; il a lui-même observé un certain nombre de faits de ce genre chez des enfants de l'un ou l'autre sexe âgés de six à sept ans. Les cas de cette nature sont assez fréquents. Il demande cependant à M. Guyot si l'on n'aurait pas pu songer, en pareille circonstance, à des phénomènes paralytiques prémonitoires d'une méningite tuberculeuse.

M. *Guyot* a écarté cette hypothèse par suite du défaut d'antécédent héréditaire, ou de manifestations antérieures quelconques chez la petite malade pouvant faire redouter la tuberculose. La sœur aînée avait présenté, il est vrai, des accidents broncho-pulmonaires à répétition, dépendant peut-être d'une adénopathie trachéo-bronchique, et dont la nature exacte est toujours demeurée incertaine ; mais l'enfant n'a jamais offert aucun phénomène autorisant à craindre l'éclosion de la tuberculose.

M. *Féréol* demande si l'on s'est assuré qu'il n'existait pas chez cette enfant des vers intestinaux.

M. *Guyot* a constaté à diverses reprises que cette petite fille ne possédait aucun parasite de l'intestin.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Action thérapeutique du sulfate de spartéine : MM. Laborde et Legris. — Sur l'affaiblissement mutuel de plusieurs sons : M. Charpentier. — Appareil pour mesurer les variations rapides dans la production de chaleur : M. d'Arsonval. — Sur les débris épithéliaux paradentaires : M. Malassez. — Nature de petits kystes trouvés dans le scrotum : M. Galippe. — Action physiologique de la narcéine : M. Laborde. — Ablation des centres psycho-moteurs : M. Dupuy. — Sur la cirrhose des enfants : M. Laure.

M. *Laborde* présente la thèse de M. *Legris* sur le sulfate de spartéine et signale la concordance remarquable des résultats obtenus par l'emploi de ce médicament dans diverses affections du cœur avec les résultats de ses propres expériences physiologiques sur les animaux.

— M. *d'Arsonval* présente une note de M. *Charpentier* (de Nancy) sur la cause de l'affaiblissement ou du renforcement mutuel de plusieurs sons.

— M. *d'Arsonval* décrit un appareil qu'il a imaginé pour mesurer facilement les modifications rapides qui peuvent survenir dans la production de chaleur. Il a appliqué ce dispositif à l'étude des variations de la chaleur animale qui dépendent de l'anesthésie et il indique à la Société quelques-uns des résultats qu'il a déjà obtenus.

— M. *Malassez* a constaté la présence de débris épithéliaux paradentaires autour des dents anormalement développées, comme sont celles que l'on peut trouver dans les kystes de l'ovaire.

— M. *Galippe* a récemment vu un individu porteur de nombreux petits kystes sur le scrotum. Ces kystes ne contenaient point de productions calcaires, mais surtout des cristaux de cholestérine, et, de plus, des parasites. M. Galippe signale ce dernier fait à l'appui de l'idée qu'il a émise dernièrement sur le rôle des organismes inférieurs dans la formation des kystes en général.

— M. *Laborde*, à propos de la communication faite par M. Brown-Sequard dans la dernière séance, rappelle les résultats généraux des expériences qu'il a poursuivies autrefois sur l'action physiologique de la narcéine. Ces résultats ont été analogues à ceux que Cl. Bernard avait observés; M. Laborde insiste particulièrement sur le sommeil calme que procure la narcéine, sommeil si différent de celui que procure la morphine.

— M. *Dupuy* a enlevé les centres dits psycho-moteurs des deux côtés sur un chien. Cet animal a conservé intacte sa sensibilité, mais présente une exagération de tous les réflexes; il est, de plus, complètement aveugle. M. Dupuy présentera ce chien dans une prochaine séance.

— M. *Straus* présente une note de M. *Laure* (de Lyon) sur les lésions histologiques du foie dans la cirrhose des enfants. Cette cirrhose, d'après les observations de M. Laure, serait souvent la suite de maladies infectieuses aiguës, comme la rougeole.

Société de thérapeutique (1).

SÉANCE DU 26 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Injections hypodermiques de solutions ferrugineuses, par M. Hirschfeld : M. Dujardin-Beaumetz. — A propos de la cocaïne : M. Vigier. — Colique hépatique, expulsion d'un volumineux calcul : M. Bouloumié. (Discussion : MM. C. Paul, F. Vigier, Dujardin-Beaumetz, Cadet de Gassicourt, E. Labbés, Bedoin.)

M. *Dujardin-Beaumetz* offre à la Société la thèse du docteur Hirschfeld ayant pour titre : *Contribution à l'étude des ferrugineux en injections hypodermiques.* A l'instigation de M. Dujardin-Beaumetz, l'auteur a expérimenté les différentes préparations ferrugineuses solubles, les pyrophosphate, peptonate, citrate, malate, albuminate de fer, etc., l'hémoglobine de Deschiens, mais les injections de toutes ces solutions se sont montrées douloureuses, et toujours il a fallu leur associer la morphine ou la cocaïne pour diminuer les souffrances qu'elles occasionnent. Ce procédé est donc peu pratique et inapplicable dans la clientèle ; de plus il est inefficace. On a prétendu, à l'étranger, que le fer était facilement absorbé par la voie hypodermique et on en a donné comme preuve son passage rapide dans les urines ; mais on peut s'assurer que les urines en renferment normalement une certaine quantité qui s'accroît même notablement lorsqu'on supprime le fer dans l'alimentation. Lussana a émis l'opinion que le fer n'agit pas directement sur les hématies, mais bien d'une façon indirecte en passant par les organes hématopoiétiques, le foie en particulier; cette manière de voir semble confirmée par l'inefficacité absolue des injections hypodermiques de préparations ferrugineuses.

M. *Duchesne* demande si M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté le salicylate de fer vanté par certains auteurs.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas retiré de cette préparation plus d'effets utiles que de toutes les autres.

— M. *P. Vigier* donne lecture d'une lettre de M. Bignon (de Lima) sur la préparation de la cocaïne. L'auteur conteste l'utilité des préparations chimiques pures en thérapeutique, et préconise l'usage d'une cocaïne impure comme très satisfaisant. — Cette lettre est renvoyée au comité de publication.

— M. *Bouloumié* relate l'observation d'une femme de cinquante ans, atteinte de lithiase biliaire; il présente un volumineux calcul hépatique, pesant 20 grammes, et mesurant 5 centimètres de longueur et 7 centimètres de circonférence, que la malade a expulsé après une cure aux eaux de Vittel. Cette personne, arthritique, obèse et migraineuse, avait présenté des crises de colique néphrétique gauche, et des accès douloureux de colique hépatique longtemps attribués à de la gastralgie. Les symptômes s'étant plus manifestement localisés du côté du foie, la malade se rendit l'année dernière, le 25 juillet, aux eaux de Vittel, où elle fut prise de coliques hépatiques violentes revenant à trois reprises différentes, et s'accompagnant d'un état lipothymique menaçant, puis enfin d'ictère. Le traitement par l'eau de Vittel, qui avait été interrompu, fut de nouveau mis en œuvre, et l'on vit réapparaître, après une période de calme, des douleurs hépatiques subaiguës et des crises de migraine. La malade quitta Vittel dans un moment où les crises douloureuses avaient cessé ; mais une nouvelle attaque de coliques extrêmement violente se montra au mois d'août et fut suivie de l'expulsion d'un volumineux calcul. Depuis lors, la malade a dit être certaine d'en avoir rendu d'autres pendant le traitement ; elle expulsa encore un dernier calcul depuis cette crise si pénible. M. Bouloumié, se basant sur la longue absence d'ictère, sur l'absence de facettes à la surface du gros calcul qu'il présente à la Société, pense que celui-ci n'était pas situé dans la vésicule, mais sans doute dans une dilatation des canaux biliaires ; probablement les autres calculs rendus à Vittel, au dire de la malade, étaient logés dans la vésicule.

M. *C. Paul* insiste sur ce fait que, dans la grande majorité des cas, les premières crises de colique hépatique sont prises pour de la gastralgie. Quant au siège de ce volumineux calcul, il diffère d'opinion avec M. Bouloumié ; il est d'avis que ce cholélithe était logé dans la vésicule et s'y trouvait seul, ainsi que semble le démontrer l'absence de

(1) Par suite d'une erreur typographique, lisez dans le compte rendu de la dernière séance, n° 21, p. 349 le nom de M. Clément a été imprimé ; c'est M. *Bédoin* qu'il faut lire.

facettes à sa surface; s'il n'y a pas eu d'ictère avec un calcul aussi énorme, c'est précisément parce qu'il se trouvait dans la vésicule. Les autres calculs, vraisemblablement plus petits, étaient sans doute situés dans les conduits excréteurs. Il semble, d'après l'observation clinique, que ce gros calcul ait réussi à dilater le canal cholédoque pour arriver jusque dans l'intestin; cependant son volume considérable oblige à faire quelques réserves. N'aurait-il pas perforé la vésicule et la paroi intestinale préalablement unies par des adhérences? La malade a-t-elle présenté de la fièvre, du frisson pouvant rendre cette hypothèse probable? En étudiant la coupe de ce calcul, on voit qu'il est presque uniquement composé de cholestérine; il semble qu'un noyau primitivement vésiculaire ait été accru par l'apport de couches successives de cholestérine sur l'une de ses extrémités, probablement vers le col de la vésicule; on peut, à ce qu'il paraît, distinguer sur cette coupe la trace de trois phases distinctes d'accroissement.

M. *Bouloumié* affirme que sa malade n'a eu aucun phénomène pouvant faire songer à une perforation de la vésicule et de l'intestin; il ne croit donc pas au passage direct du calcul dans le tube intestinal.

M. *F. Vigier* a été appelé à analyser dernièrement un calcul tout semblable; il était composé de cholestérine et de pigment biliaire, avec une très faible proportion de sels de chaux. Les diverses couches offraient toutes la même composition.

M. *C. Paul* rappelle que les calculs nés dans la vésicule sont composés de cholestérine; dans le cas contraire, on rencontre surtout des sels biliaires.

M. *Dujardin-Beaumetz* insiste sur l'intérêt que présente la proportion plus ou moins considérable des sels de chaux. En effet, on voit parfois se développer dans la vésicule, lorsque son ouverture est oblitérée, de gros calculs renfermant des sels calcaires en grande quantité. Il fait remarquer, en outre, combien il semble au premier abord surprenant que les canaux excréteurs du foie puissent se prêter à une dilatation aussi considérable; dans le cas en question, il ne s'est écoulé que vingt-deux jours entre l'apparition de l'ictère et l'expulsion d'un calcul énorme. Il est vrai que chez cette malade les voies biliaires avaient été préalablement dilatées par le passage d'autres calculs moins volumineux.

M. *Cadet de Gassicourt* est d'avis que la production de l'ictère pendant la crise de colique qui a précédé l'expulsion du gros calcul ne permet pas d'admettre la perforation de la vésicule et le passage direct dans l'intestin.

M. *E. Labbée* demande à M. Bouloumié dans quelle mesure il convient au médecin d'intervenir pendant la crise de colique hépatique?

M. *Bouloumié* croit qu'il faut supprimer rapidement les douleurs pendant les premiers jours, car à ce moment les malades souffrent sans aucun bénéfice, puisque la plupart des cholélithes ne sont expulsés que du douzième au dix-huitième jour. A partir du septième ou huitième jour, il est plus sage de se borner à modérer seulement la douleur, sans faire cesser entièrement la crise.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que dans ses Leçons de clinique thérapeutique il a combattu l'opinion de Sénac, qui repousse les injections de morphine comme arrêtant les contractions expulsives des voies biliaires. D'ailleurs Sénac est revenu à la pratique des injections sous-cutanées. On peut employer avec avantage une solution de morphine et d'atropine; et Laborde a démontré que, aux doses ordinaires, la morphine ne suspend nullement les contractions utiles des canaux hépatiques: elle supprime seulement la douleur.

M. *C. Paul* est d'avis de faire cesser, dès le début des accès, les vives douleurs au moyen des injections de morphine; on obtient ainsi, dans bien des cas, l'expulsion du calcul dans les quarante-huit heures.

M. *Bouloumié* a vu une malade, soumise aux injections hypodermiques répétées, expulser un grand nombre de petits calculs. Après une amélioration qui dura une année environ, elle revint à Vittel et, pendant une nouvelle crise, calmée également par la morphine, elle rendit encore plusieurs calculs analogues. On voit que l'usage des injections morphinées n'entraîne en rien la progression des cholélithes dans les voies biliaires.

M. *Bedoin* rappelle que, souvent, on retire d'excellents effets des inhalations de chloroforme à petite dose pendant les crises très douloureuses de colique hépatique. Il a eu plus d'une fois recours à ce moyen.

M. *E. Labbée* est d'avis que l'on peut administrer avec avantages une solution de chloral; si les malades ont des vomissements, on donnera le chloral en lavement.

M. *Dujardin-Beaumetz* regarde ce procédé comme défectueux, car les malades, sous l'influence de la douleur, sont en proie à une agitation trop grande pour conserver le lavement; ils l'expulsent avant qu'il ait pu être absorbé.

M. *C. Paul* indique un bon signe différentiel, tiré de l'attitude du malade, entre la colique hépatique et la colique néphrétique. Le sujet atteint de colique néphrétique, s'agite, se livre à des contorsions, se promène; celui qui souffre de colique hépatique s'incurve, se ratatine pour ainsi dire autour de son calcul, en immobilisant autant qu'il le peut la région douloureuse.

M. *Bouloumié* considère cette remarque comme parfaitement exacte; il a observé plus d'une fois à Vittel ces différences dans l'attitude des malades en proie à une crise.

M. *Cadet de Gassicourt* insiste, contrairement à l'opinion de Sénac, sur l'*inutilité* des douleurs dans la colique hépatique; ce sont les contractions des voies biliaires qui sont utiles, et on ne doit pas les confondre avec la douleur.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Nous avons signalé, dans notre dernier numéro, les observations sur lesquelles s'appuie M. Lépine pour considérer la pneumonie comme une maladie infectieuse. Comme conséquence de cette doctrine, M. Lépine recommande de traiter la maladie par les injections intra-parenchymateuses de liquides antiseptiques. Il affirme qu'aucun de ses malades n'a succombé et qu'il a pu, sans inconvénients, injecter jusqu'à 100 centimètres cubes de liquide dans le poumon. Voici son mode de procéder: « Avec une longue aiguille de Pravaz, dit M. Lépine, je pénètre à travers un espace intercostal à 2 ou 3 centimètres de profondeur dans le poumon au niveau de la partie hépatisée, et, adaptant immédiatement la seringue à la canule, de peur que du sang ne s'y coagule, j'injecte une certaine quantité de liquide (jusqu'à 20 centimètres cubes) à la même place. Puis, retirant un peu l'aiguille et l'inclinant dans une direction convenable, je le fais pénétrer dans une autre partie du poumon hépatisé. Au besoin je la retire tout à fait et l'enfonce à quelque distance dans un autre espace intercostal; je fais ainsi trois ou quatre injections distantes de quelques centimètres les unes des autres. »

M. Lépine déclare que la toux est insignifiante, l'expectoration parfois sanguinolente en raison du traumatisme, la

douleur un peu vive. Quant à la solution à injecter, il n'est point encore fixé sur sa composition. Une solution d'iodure de potassium en solution concentrée a amené une défervescence précoce. Une solution de bichlorure de mercure au quarante-millième donne d'excellents résultats. En résumé l'innocuité de la méthode paraît prouvée. Son utilité au point de vue pratique reste discutable. (*Lyon médical*, n° 22, 30 mai 1886.)

Ptomaïne extraite d'un fromage toxique, par M. V. C. Vaughan. — En 1883, environ 300 personnes tombèrent subitement malades, dans l'état de Michigan, après avoir mangé du fromage. Les accidents consistaient surtout en vomissements et en diarrhée, avec une sensation d'ardeur et de constriction du pharynx. Aucune ne succomba, mais aucune de celles qui avaient pris du même fromage ne fut épargnée; les accidents furent d'autant plus violents que la quantité de fromage absorbé avait été plus grande. M. Vaughan réussit à en isoler un principe cristallisable, qu'il expérimenta sur lui-même; les symptômes furent analogues à ceux déjà indiqués: sécheresse de la gorge, nausées, diarrhée. Il lui donna le nom de *tyrotoxine;* ce principe, qui ne présente pas les réactions ordinaires des alcaloïdes, paraît être une ptomaïne analogue à celle extraite par Husemann et Bœhm, des saucisses toxiques; comme celle-ci, elle répand une odeur âcre, rappelant le vieux fromage. La composition de la tyrotoxine n'a pu être déterminée, vu la faible quantité de ce corps que l'auteur avait à sa disposition (*Zeitschrift für physiolog. Chemie*, Bd X, Heft. 2, 1886.)

La production de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique, par M. H. Landwehr. — Voici l'hypothèse de M. Landwehr, hypothèse qu'il étaie de considérations chimiques très ingénieuses. Un ferment spécial détermine la formation d'acide lactique aux dépens du mucus gastrique. Au contact de ces acides, les chlorures alcalins donnent naissance à une petite quantité d'acide chlorhydrique qui s'unit aux albuminoïdes des aliments. Le lactate de soude formé est résorbé. Lors de la transformation des albuminoïdes en peptones, l'acide chlorhydrique redevient soluble; il peut se trouver mis complètement en liberté lors de l'absorption des peptones; à ce moment le suc gastrique bleuit le violet de méthyle. Cette hypothèse n'est du reste en contradiction avec aucun fait connu. (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, 1886, n° 19.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis de médecine légale, par le docteur Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine. Précédé d'une introduction par le professeur Brouardel. — Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

Il suffit de lire la remarquable introduction écrite pour ce livre par M. Brouardel, pour se rendre compte à la fois de l'importance du rôle du médecin légiste, des devoirs qui lui incombent, des qualités scientifiques qu'il doit posséder, et des difficultés qu'il rencontrera trop souvent dans l'accomplissement de son mandat. Aussi les jeunes médecins, qui peuvent du jour au lendemain se voir commis au rôle d'expert dans une instruction criminelle, ne sauraient-ils trop se préparer à la pratique médico-légale, par des études sérieuses et approfondies.

Ce n'est pas, en effet, ainsi que le dit M. Brouardel, une *opinion* personnelle que la justice réclame de l'expert, une appréciation sur l'ensemble des faits, mais bien une *démonstration* sur le fait même au sujet duquel il est interrogé. « Pour l'expert il ne s'agit pas de dire : il est probable que tel ou tel fait a été accompli dans telles ou telles conditions, mais il est démontré que tel fait a été accompli dans telles conditions. » Puissent tous les médecins qui liront cet ouvrage, profiter des conseils si sages, formulés par M. Brouardel, relativement à la notion exacte que doit posséder l'expert de ce qu'il sait et de ce qu'il ignore. Il devra dire à temps : « Je ne sais pas », pour ne pas être obligé de dire plus tard : « Je me suis trompé parce que je ne savais pas. »

Il est un cas cependant qui comporte une appréciation de probabilité de la part du médecin légiste, c'est lorsqu'il s'agit de la somme de responsabilité d'un prévenu, supposé atteint d'aliénation mentale. L'état de l'inculpé n'est plus le même qu'au moment de l'acte criminel, l'excitation, la passion ont disparu; l'expert doit alors « déduire de ce qu'il observe chez un homme malade, ou présumé tel, ce que cet homme a été à un moment de son existence ». C'est un procédé qui se rapproche de la méthode médicale ordinaire.

Il importe encore à l'expert d'être bien pénétré des limites exactes de son mandat; il n'est ni juge, ni juré, encore moins accusateur public, et il ne pourra se garder avec trop de soin d'une tendance, malheureusement fréquente, qui a porté plus d'un médecin légiste à se former une conviction en dehors des résultats eux-mêmes de son expertise. D'ailleurs, comme le fait très justement observer le docteur Vibert, un des beaux côtés du rôle de l'expert est encore de faire éclater l'innocence d'un accusé, en démontrant qu'une mort, dont l'origine paraît suspecte, est le résultat de causes naturelles.

C'est dans cet ordre d'idées, c'est en vue de faciliter la tâche à ses confrères, et de préparer les étudiants à remplir honorablement les importantes fonctions qui pourraient plus tard leur être confiées, que M. Vibert a composé son *Précis de médecine légale*. C'est une œuvre bien personnelle et non pas un simple manuel, produit de compilation; c'est un traité complet pour la rédaction duquel l'auteur a mis à profit les nombreuses expertises médico-légales dont il a été chargé depuis six ans par le tribunal de la Seine, ainsi que les conférences d'enseignement pratique qu'il a faites à la Morgue, sous la direction du professeur Brouardel, aux élèves suivant le cours de médecine légale. On ne saurait trop louer la constante préoccupation de l'auteur de s'adresser toujours à l'expert en le supposant au cours de l'instruction, ou aux assises, et de ne jamais laisser échapper une affirmation que ne saurait permettre l'état actuel de nos connaissances scientifiques.

On comprend qu'il ne saurait entrer dans notre dessein d'analyser les chapitres qui composent les quatre parties de cet ouvrage : nous en signalerons seulement le plan général. Les attentats à la vie et à la santé, ainsi que l'étude de la mort subite au point de vue médico-légal, font le sujet de la première partie; nous croyons devoir insister plus particulièrement sur un chapitre des plus intéressants, et neuf à bien des égards, c'est celui qui traite de la forme, de la direction des plaies et de leurs rapports avec l'instrument qui les a produites. Dans le chapitre consacré à la mort et aux blessures accidentelles, on lira avec intérêt une étude relative aux conséquences tardives, parfois si graves, des accidents de chemins de fer.

La seconde partie comprend les questions qui se rapportent à l'instinct sexuel et à la génération ; elle est écrite avec un tact et une mesure fort louables, et l'on y rencontre une très sage réaction contre des assertions récemment formulées au sujet de certaines déformations vulvaires et vaginales résultant d'habitudes solitaires ou des divers modes de masturbation réciproque entre femmes.

Dans la troisième partie, on trouve des renseignements fort précis sur la technique permettant de déterminer la nature des diverses taches de sang, de sperme, de méconium, etc., ainsi qu'une étude des questions relatives à

l'identité. Enfin, la quatrième partie est consacrée à l'aliénation mentale et à l'appréciation du degré de responsabilité des inculpés. L'auteur a soin, d'ailleurs, de faire ressortir la nécessité qui s'impose le plus souvent au médecin légiste de provoquer en pareille circonstance une expertise spéciale, confiée à un médecin aliéniste plus compétent.

Pour compléter son œuvre, le docteur Vibert a donné de nombreux modèles de rapports médico-légaux sur la plupart des questions qui sont journellement soumises à la sagacité des experts.

Si les indications d'analyse chimique relatives aux empoisonnements font défaut dans ce *Précis de médecine légale*, c'est une omission volontaire de la part de l'auteur, qui a jugé, à bon droit selon nous, qu'il vaut mieux ne pas traiter un sujet plutôt que de le traiter incomplètement, et qu'il y aurait inconvénient réel à laisser croire aux médecins qu'à l'aide de notions sommaires ils seraient à même de se livrer à ces expertises minutieuses et difficiles réclamant l'expérience d'un chimiste habile : aussi renvoie-t-il le lecteur, désireux d'étudier ces questions spéciales, aux traités de toxicologie.

Nous pensons que ce sommaire suffira pour mettre au courant des matières diverses traitées dans ce volume, et nous sommes certain que l'esprit pratique qui a présidé à sa rédaction, aussi bien que le point de vue élevé auquel s'est placé l'auteur dans l'appréciation des questions de dignité et de responsabilité professionnelles, mériteront à son œuvre, auprès du public médical, le légitime succès qui lui est dû.

André Petit.

Éléments de physiologie générale, par W. Preyer, professeur de physiologie à l'Université d'Iéna. Traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur, par Jules Soury, maître de conférences à l'Ecole pratique des hautes études. 1 vol. in-8° de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Paris, 1884. Félix Alcan, éditeur.

Deux qualités sont requises pour traiter avec succès des généralités d'une science : la connaissance approfondie de cette science et un esprit philosophique. Le professeur Preyer les possède incontestablement l'une et l'autre, et il est de ces savants, à la fois penseurs et hommes de laboratoires, dont les écrits ne sauraient passer inaperçus et dont les théories, alors même qu'on ne les partage pas sur tous les points, méritent cependant d'être méditées et discutées avec soin.

Les *Eléments de physiologie générale* du professeur de physiologie de l'Université d'Iéna contiennent trois parties : la première consacrée à l'histoire de la science, la seconde à la physiologie générale ou bionomie, et la dernière à la physiologie spéciale ou biognosie. Ces trois parties d'inégale étendue nous semblent aussi de valeur inégale. La première surtout, à bien des égards, est sujette à critiques. L'auteur, dans son historique, a trop obéi à ce que Herbert Spencer appelle, en son *Introduction à la science sociale*, les préjugés du patriotisme. Que l'Allemagne ait puissamment contribué au progrès des sciences biologiques, il serait ridicule de le nier; mais encore ne faudrait-il point s'appliquer à diminuer les services rendus par les voisins, ou même à les passer sous silence. Certes, M. Preyer concède à Descartes une place honorable, autant pour ses découvertes en physiologie que pour « cette vue profonde, que les êtres vivants doivent être considérés physiquement comme des *machines* »; mais, d'une autre part, il cherche à diminuer la gloire de Lavoisier en rapportant à Mayow l'honneur de la découverte d'*une théorie de la respiration*. Quant au « jeune Bichat », il n'est cité que pour mémoire et pour ses travaux en *thanatologie* ou science de la mort.

Une histoire philosophique des sciences ferait sans doute dater l'ère moderne de la biologie des travaux de l'illustre auteur de l'*Anatomie générale*, et il serait aisé d'en donner des raisons démonstratives. M. Preyer veut que la période moderne de la physiologie commence à Jean Müller; et cet honneur lui est décerné parce qu'il est le créateur de la physiologie comparée, parce qu'il écrivit, en 1827, cette phrase : « C'est en considérant les organes au point de vue de l'anatomie comparée, tant dans le monde animal qu'en embryologie, que nous apprenons à connaître le mode réel de leur formation et que nous puisons la notion physiologique des organes. Aussi la physiologie ne peut-elle être que comparative. » C'est là une idée profonde et juste; mais nous en demandons pardon à M. Preyer, elle a été formulée aussi en France et avant 1827. Sans remonter plus haut, qu'il relise l'introduction magistrale que Ducrotay de Blainville a mise en tête de son ouvrage classique : *De l'organisation des animaux, ou principes d'anatomie comparée*, ouvrage publié en 1822. Le savant naturaliste français enseignait en outre la physiologie comparée en 1829, à la Faculté des sciences de Paris, et son cours a été publié en 1833 : c'est un ouvrage important, mais nous n'en trouvons nulle mention dans la bibliographie physiologique dont M. Preyer fait suivre son historique. Si nous insistons sur ces détails, ce n'est pas dans l'intention de rabaisser le génie de Jean Müller, dont l'œuvre est considérable, mais pour montrer que, si ce savant éminent « a créé la physiologie comparée » en Allemagne, elle était déjà enseignée et cultivée en France à l'époque même où il terminait ses études médicales à Bonn.

Ces critiques ne nous empêchent pas de reconnaître la justice rendue à Geoffroy Saint-Hilaire (Etienne), à Lamarck, « le père de la théorie de la descendance », et à quelques autres savants physiologistes français. Peut-être aurions-nous encore le droit de trouver bien exiguë la place réservée à Claude Bernard, mais passons.

La deuxième partie — la plus importante du livre — est consacrée à la physiologie générale ou bionomie. Elle comprend six chapitres qui entrent dans le vif de la philosophie biologique. On peut y étudier successivement la nature de la vie, la matière des corps vivants, la morphologie des êtres vivants, les forces et les fonctions des corps vivants, et enfin la classification des fonctions physiologiques. Que tous ces points soient traités avec compétence, personne n'en doute, étant connue la science profonde du professeur d'Iéna; qu'il y ait plaisir à suivre la pensée de l'auteur à travers les difficultés que présentent les idées générales, relatives à un domaine scientifique, aussi vaste et aussi riche que la biologie, nous nous empressons de le reconnaître. Mais ce qui importe surtout ici, c'est de rechercher la pensée maîtresse du livre, d'indiquer d'après quels principes philosophiques il a été écrit.

M. le professeur Preyer, comme la majorité des savants de l'Allemagne, appartient à l'école philosophique connue sous le nom de *monisme*. L'idée essentielle de cette doctrine peut se résumer dans la formule suivante : « Toutes les sciences sont réductibles à la mécanique, parce que tous les processus de la nature sont pour nous des mouvements » (Jules Soury). Si tel est le principe du monisme, on étonnera peut-être plus d'un de ses adeptes, en lui apprenant qu'il a été posé par Saint-Simon, qui enseignait « qu'on peut déduire d'une manière plus ou moins directe l'explication de tous les phénomènes de l'idée de la gravitation universelle ». Quoi qu'on puisse penser de l'excellence de cette explication monistique de l'univers et de l'homme, il n'en faut pas moins étudier séparément les nombreuses propriétés naturelles et leurs lois. C'est ce que M. Preyer a compris, et son livre, tout en étant inspiré par l'idée monistique, en démontre aussi la faiblesse. N'est-il pas obligé, pour être conséquent avec ses principes, d'admettre une sorte de vie

universelle, d'attribuer à toute matière la faculté de sentir, rudimentaire, il est vrai, et une sorte de mémoire? C'est grâce à cette « hypothèse nécessaire » qu'il arrive à jeter un pont « entre les faits de la biologie et les principes certains de la physique et de la chimie ».

On définit d'ordinaire la vie par sa propriété la plus générale, la *nutrition;* M. Preyer propose une généralisation plus grande « en s'appuyant sur l'antique principe, que *la chaleur constitue le fondement de tous les phénomènes de la vie* ». « Il est certain, ajoute-t-il, que la vie n'est possible que là où le mouvement qu'on nomme chaleur existe et persiste. » Mais en concluant ainsi, il définit la vie par un résultat; la chaleur dans l'organisme n'est-elle pas due aux actions chimiques et aux actions mécaniques qui s'y produisent incessamment?

La troisième partie ne comprend que trois chapitres, qui étudient successivement les fonctions des échanges de matières, celles des échanges de forces et celles des changements morphologiques.

Quelles que soient les critiques qu'elle peut susciter, ou plutôt à cause de ces critiques, il faut reconnaître la haute portée scientifique et philosophique de cette œuvre. Ce n'est jamais d'un ouvrage banal qu'on dira qu'il est *suggestif*, et celui de M. Preyer fait penser. Les écrits de philosophie scientifique sont rares de nos jours et, quand il s'en présente un, on se plaît à le lire et à le discuter. Nous devons être reconnaissant à M. Jules Soury, qui a bien voulu mettre à profit sa connaissance approfondie de la langue allemande pour nous donner de celui-ci une traduction aussi claire qu'élégante. Ecrivain de grand talent et philosophe d'une vaste érudition, personne mieux que lui ne pouvait mener à bien une tâche aussi difficile.

Dr Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Retenu à Lyon, M. le docteur Renaut, professeur d'anatomie générale et d'histologie à la Faculté de cette ville, n'a pu accepter de faire partie du jury de ce concours. Il a été remplacé par M. le docteur Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de Lille.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire d'anatomie et la chaire de clinique obstétricale de cette Faculté viennent d'être déclarées vacantes.

Société médicale des hôpitaux (Séance du vendredi 11 juin). — *Ordre du jour* : M. Dieulafoy : Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. — M. Dujardin-Beaumetz : Présentation de malade. Déformation du pied avec atrophie musculaire. — M. Albert Robin : Influence du régime dans l'albuminurie. — M. Alex. Renault : Observations sur un cas de pneumonie à foyers successifs.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 29 mai ont été nommés : Directeur du service de santé : M. le docteur Lucas. Médecin en chef : M. le docteur Vaillant. Médecin principal : M. le docteur Hyadès.

Corps de santé de l'armée. — Par décret en date du 29 mai ont été nommés : Médecins-majors de 1re classe : MM. les docteurs Julié et Aubry. Médecins-majors de 2e classe : MM. les docteurs Maire, Luillen, Escard.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'intérieur vient de décerner les récompenses suivantes, pour dévouement aux cholériques pendant l'épidémie de 1885 :

Médaille d'or de 1re classe. — M. Prengueber, médecin à Palestro (Algérie).

Médaille d'argent de 2e classe. — MM. Chalençon et Labbé, médecins; Malbos et Paterne, internes en pharmacie, à Mustapha.

Inspection des enfants assistés. — Le conseil d'État, en assemblée générale, a voté un nouveau règlement d'administration publique sur l'organisation de l'inspection des enfants assistés, que la constante inexécution du règlement du 31 juillet 1870 laissait livrée à l'arbitraire ministériel. Les innovations qu'il contient sont les suivantes : le cadre de l'inspection est fixé pour le département de la Seine, par le décret lui-même, et pour les autres par arrêtés du ministre; des inspectrices et sous-inspectrices sont créées en sus du personnel masculin; un maximum d'âge de quarante-cinq ans est établi pour l'admission dans le service en considération de l'activité physique qu'il réclame. Des simplifications sont introduites dans la classification et l'échelle des traitements des fonctionnaires; pour que leur recrutement offre toute garantie de maturité et de compétence, il s'opérera : pour les inspecteurs, dans la profession médicale, les bureaux du ministère de l'intérieur, l'inspection de l'enseignement primaire; pour les sous-inspecteurs, dans le personnel administratif des préfectures, sous-préfectures, mairies et établissements de bienfaisance et parmi les instituteurs; des règles spéciales sont instituées pour le département de la Seine. Enfin, pour que les frais de tournée ne constituent pas un supplément indirect de traitement, ils ne seront liquidés qu'à concurrence des dépenses faites et dûment justifiées.

Les égouts de Londres. — On parle souvent du système adopté à Londres pour l'évacuation des immondices, et les partisans du *tout à l'égout* ne manquent pas de rappeler qu'en Angleterre ce mode de vidange a été et est encore des plus parfaits. Il paraît qu'il n'en est pas toujours ainsi. Ces jours derniers la séance de la Chambre des Communes a dû être levée en raison du méphitisme produit par des émanations malodorantes. Celles-ci existent depuis deux ans, et malgré les travaux de plusieurs Commissions, composées d'ingénieurs et d'architectes, n'ont pu être combattues. Toutes ces Commissions ont admis que les odeurs dont on se plaignait provenaient des égouts; mais il a été impossible jusqu'à ce jour de décider où se trouvaient les égouts défectueusement construits. Les uns ont prétendu que c'étaient les égouts placés sous le bâtiment même, les autres que c'étaient les égouts voisins. Mais, tandis que ces Commissions délibèrent, les membres de la Chambre des Communes protestent et peut-être résultera-t-il de ces protestations et de ces études cette conclusion que le système de vidange à l'égout nécessite, pour bien fonctionner, une canalisation étendue, des pentes suffisantes et de vigoureuses chasses d'eau.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Ferrier, médecin du lazaret de Pauillac, mort à l'âge de quatre-vingt-quatre ans et celle de M. le professeur Auspitz (de Vienne), l'un des dermatologistes les plus éminents de l'école d'Hébra, l'un des syphiliographes les plus distingués de l'Allemagne, l'un des fondateurs des *Archives de dermatologie et de syphiliographie* de Vienne. Les journaux de Vienne et de Berlin publient, à l'occasion de sa mort des articles où l'homme et le praticien sont loués au même titre que le savant.

Mortalité a Paris (20e semaine, du 23 au 29 mai 1886). — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 7. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 50. — Autres affections générales, 58. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 98. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 18 ; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; de l'appareil circulatoire, 65; de l'appareil respiratoire, 88; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 12. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 22. — Total : 1085.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5610. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Durée de l'incubation et contagiosité de la scarlatine.

L'Académie de médecine n'a pu tenir séance mardi dernier; ou, pour mieux dire, sa séance a dû se borner à un comité secret. En vain M. le président Trélat a-t-il fait appel aux orateurs inscrits. Les uns étaient absents, les autres n'étaient point préparés à prendre la parole. Et il ne s'est point trouvé, comme il arrive parfois, même à l'Institut, qu'un académicien de bonne volonté consentît à entretenir la Compagnie.

Nous profiterons de cette disette de communications scientifiques pour appeler plus spécialement l'attention sur l'observation suivante, qui nous est adressée par M. le docteur Mabboux. Ainsi qu'on le verra, cette observation semble prouver que la durée de l'incubation de la scarlatine peut être excessivement courte. Déjà Trousseau avait cité un cas à peu près semblable et qu'il n'est pas sans intérêt de rappeler ici : « Un négociant de Londres avait conduit une de ses filles aux Eaux-Bonnes, dans les Pyrénées, et avait passé l'hiver avec elle à Pau. En retournant en Angleterre, il s'arrêtait à Paris, où il désirait rester quelques jours. Sa fille aînée était demeurée à Londres à la tête de la maison. Pressée d'embrasser son père et sa sœur, elle part; en traversant la Manche, elle est prise de fièvre, de mal de gorge et arrive sept ou huit heures plus tard à Paris avec une scarlatine fort grave. Elle descend à l'hôtel presque au même moment que son père et sa sœur arrivaient de Pau. Celle-ci reste dans la même chambre que son aînée, et vingt-quatre heures après, elle éprouvait les premiers symptômes d'une scarlatine, qui fut bénigne. Or la scarlatine régnait à Londres; il n'y en avait pas à Pau.

» Ce fait si curieux, ajoute Trousseau, prouve que l'incubation dans certains cas de scarlatine, peut ne durer que vingt-quatre heures; mais je suis bien loin de conclure qu'il en soit ordinairement ainsi. Il est probable que si le temps d'incubation de la variole a quelque chose de nettement déterminée, il n'en est pas de même pour les autres pyrexies exanthémateuses. »

Depuis que Trousseau écrivait ces lignes, la question qui nous occupe n'a guère progressé; M. Sanné, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, cite un grand nombre d'observateurs qui ont vu l'incubation de la scarlatine durer de trois à sept jours; c'est le chiffre qu'il signale comme le plus fréquent. Dans son excellent *Traité clinique des maladies de l'enfance*, M. Cadet de Gassicourt arrive à la même conclusion. L'observation de M. Mabboux, rapprochée de celles de Trousssau et de Fœhr, prouve que l'incubation peut, chez un sujet déjà malade mais non particulièrement prédisposé, être réduite à vingt-quatre heures. Elle prouve de plus que la maladie est contagieuse avant sa période d'éruption, ainsi que divers observateurs, et en particulier Girard (de Marseille), en ont cité des exemples. A ces divers titres elle méritait d'être signalée.

Scarlatine chez un phthisique avéré, après une incubation de quelques heures. Retentissement favorable sur la lésion pulmonaire, par M. MABBOUX, médecin-major à l'hôpital militaire de Lille.

OBSERVATION. — R..., vingt-quatre ans, soldat à la 1[re] section d'ouvriers, en traitement à l'hôpital militaire de Lille depuis le 27 janvier 1885, pour tuberculose pulmonaire attestée par les signes stéthoscopiques, les signes généraux et la présence plusieurs fois constatée des bacilles de Koch. Le 15 avril 1885, la réforme avait été prononcée, mais l'état cachectique dans lequel était plongé le malade nécessita son maintien à l'hôpital; il eut plusieurs poussées tuberculeuses, tant sur la plèvre que dans le poumon, et à plusieurs reprises le côté droit se remplit de liquide. Ce n'est que dans les premiers jours de l'année 1886 que l'état général commença à se relever : R... devait quitter l'hôpital militaire le 15 mars pour être dirigé sur l'hôpital civil de Mâcon.

Le 10 mars, il était dans l'état suivant. *Côté droit :* en avant, submatité sous la clavicule dans l'étendue de quatre travers de doigt; râles humides, respiration soufflée, mais pas de signes de caverne. En arrière, matité dans toute la hauteur; diminution du bruit respiratoire, râles humides dans les fosses sus et sous-épineuses, craquements secs et frottements pleurétiques à la base. Du *côté gauche*, la respiration était soufflée au sommet et on entendait des craquements en avant et en arrière. Expectoration muco-purulente, riche en bacilles, remplissant un crachoir

dans les vingt-quatre heures. Maigreur prononcée: un peu de fièvre tous les soirs; sueurs nocturnes; diarrhée fréquente.

Le 11 mars, un militaire du 43e de ligne, atteint de violente angine pultacée, entre à l'hôpital à dix heures du matin et est placé dans le lit voisin de celui de R... (n° 23 et n° 24).

A trois heures de l'aprés-midi, je constate chez cet entrant un aspect franchement scarlatineux de la langue et l'apparition de larges plaques rouges sur les cuisses et l'abdomen; je le fais placer de suite dans le quartier des contagieux.

Dans la nuit, R... éprouva de la douleur dans l'arrière-gorge et le 12, à la visite du matin, il accuse de la courbature et un malaise général: l'aspect de la gorge ne révéle rien qu'un peu de rougeur, qui s'accentue le soir en même temps que la température s'élève à 40 degrés. A sept heures du soir, frisson violent et vomissements répétés.

13 mars. — L'angine présente le type scarlatineux et la peau du tronc et des membres supérieurs a une couleur rouge écarlate; la dyspnée est trés vive. Le diagnostic étant fait, le malade est isolé. A partir de ce moment, la température a baissé progressivement, mais certains symptômes ont conservé pendant quelques jours un caractère inquiétant; des vomissements presque incoercibles ont duré jusqu'au 17, accompagnés de diarrhée profuse; la dyspnée était extrême. L'éruption s'est rapidement étendue à tout le corps et a été remarquable par sa durée, conservant jusqu'au cinquième jour une couleur rouge sombre.

Les urines, examinées dés le premier jour de l'éruption (13), n'ont été albumineuses qu'à partir du 16; le précipité était trés abondant.

A partir du 17, la détente a commencé à se produire, et la desquamation a débuté par la face. Les journées du 17 et du 18 ont été marquées par une céphalalgie frontale et un lombago très violent: urines peu abondantes, fortement albumineuses. Toux très fréquente, expectoration abondante.

La desquamation, par larges écailles, s'est continuée jusque vers le 15 avril, bien que favorisée par des frictions huileuses et des bains tièdes.

Le 20, la convalescence était franchement établie; elle s'est poursuivie sans encombre et les forces sont promptement revenues, dépassant notablement aujourd'hui (29 avril) ce qu'elles étaient avant l'invasion de la scarlatine. En même temps l'état des poumons se modifiait avantageusement; aujourd'hui, 1er mai, le malade sort de l'hôpital, commençant à marcher, ayant bon appétit, et ayant repris de l'embonpoint, mais les pieds enflent encore tous les soirs et l'anhélation se produit au moindre effort. L'auscultation ne révèle plus dans le côté droit, qui était si gravement atteint, que des craquements secs dans toute la hauteur et des frottements pleurétiques à la base: l'expectoration est très faible et ne consiste plus qu'en quelques crachats visqueux, dans lesquels on ne rencontre pas de bacilles.

Réflexions. — Cette observation est intéressante par certains côtés, que je vais tâcher de mettre en relief aussi brièvement que possible.

1° *La grande vulnérabilité de notre malade, phthisique avéré, vis-à-vis du contage scarlatineux.* — Bien que des faits assez nombreux s'élévent contre l'opinion de Rilliez et Barthez, admettant l'existence d'un antagonisme formel entre la phthisie pulmonaire et la scarlatine, il est certain que cette fièvre éruptive frappe rarement les tuberculeux. Tel est du moins l'avis exprimé par M. Sanné dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, qui est un véritable traité, et des plus complets, sur la fièvre scarlatine. Le cas ci-dessus est donc intéressant au point de vue des facilités exceptionnelles qu'a rencontrées le contage scarlatineux. L'intensité de ce contage dans le cas particulier ne peut guère être invoquée, puisque les malades occupant les lits voisins n'ont pas été contagionnés.

2° *La courte durée de l'incubation.* — La contagion paraît bien s'être exercée par l'intermédiaire du malade, qui a séjourné de dix heures du matin à trois heures de l'aprés-midi dans le lit voisin.

Ce malade, qui a fait une scarlatine assez grave, avait notamment une angine des plus intenses; il avalait avec beaucoup de peine et les liquides étaient fréquemment projetés hors de la bouche avec des débris de matière pultacée, éclaboussant tout le voisinage. La première pensée qui m'est venue à l'esprit en voyant R... pris de scarlatine le 12 mars, c'est qu'il avait été contagionné par suite de ce voisinage de quelques heures avec le scarlatineux du lit n° 24; mais la rapidité foudroyante de cette contagion avait quelque chose d'anormal et ne cadrait pas avec les conditions habituelles de la contagion en matière de fièvre éruptive. Aussi ai-je recherché soigneusement les contacts suspects auxquels le nommé R... avait pu être exposé récemment. Cette enquête m'a été facile, car je dirigeais le service depuis cinq mois et le malade n'avait pas quitté son lit depuis un an. Depuis quatre mois il y avait eu à l'hôpital militaire trois cas de scarlatine, c'est-à-dire que trois convalescents de cette maladie avaient passé quelques jours dans la salle où couchait R..., après avoir été traités dans le quartier des contagieux. Ces trois malades n'avaient été mis en salle commune qu'aprés avoir pris plusieurs grands bains savonneux, précédés de frictions à l'huile phéniquée, et n'avaient apporté avec eux aucun des objets de literie, des effets de lingerie et des vêtements qui leur avaient servi dans le quartier des maladies contagieuses.

Si l'on admet que le sujet de notre observation a pu être contagionné dans les conditions habituelles par un de ces trois hommes, en dépit des mesures rigoureuses de désinfection qui ont précédé leur mise en salle commune, il est permis de s'étonner que la contagion ne se soit pas étendue à d'autres malades. Si au contraire on admet, et c'est vers cette manière de voir que j'incline, que la contagion a eu pour agent le scarlatineux entré le 11 mars et placé pendant quelques heures dans le lit voisin, on peut expliquer la courte durée de l'incubation par le mauvais état général du contagionné, et le rapide développement du germe par la qualité exceptionnelle du terrain.

Cette interprétation heurte l'opinion trop généralement répandue que la scarlatine n'est contagieuse que dans la période de desquamation. Mais est-il besoin de rappeler que des faits bien observés ont démontré la contagiosité des fièvres éruptives même dans la période des prodromes?

Peut-être le contage est-il moins actif à cette période, mais la qualité du terrain peut compenser le défaut de vitalité de la graine.

3 *Retentissement favorable de la fièvre éruptive sur la lésion pulmonaire.* — Des médecins ont soutenu que c'est une heureuse chance pour un phthisique de gagner la scarlatine, et que la survenance de cette fièvre éruptive augmente les chances de guérison de la tuberculose. Sans aller jusque-là, je crois qu'il est bon de signaler l'amélioration incontestable survenue dans l'état local et dans l'état général de notre malade à la suite d'une scarlatine violente. Ces heureuses suites d'une affection dont j'appréhendais vivement l'action immédiate et le retentissement ultérieur sur la lésion pulmonaire, m'ont vivement surpris, et cette surprise est bien naturelle si on la met en regard de la proposition suivante extraite de l'article déjà cité de M. Sanné: « La scarlatine intervient rarement dans la tuberculose, mais presque toujours d'une manière funeste. »

Du cancer massif du foie.

Il n'y a pas vingt ans qu'on discutait encore à la Société anatomique sur l'existence du cancer primitif du foie. Le travail de Monneret ne visait guère que le cancer secondaire, et l'on ne semblait pas disposé à admettre la localisation initiale du cancer dans la glande hépatique, en dehors des voies biliaires. Aujourd'hui la question est résolue dans le sens de l'affirmative. Selon Frerichs, le cancer du foie est primitif douze fois sur soixante cas, et, selon Hess, huit fois sur vingt-cinq (1). La proportion est assez considérable. Pourquoi donc la pathologie de cette affection est-elle demeurée si confuse? C'est d'abord, au point de vue anatomique, parce que les tumeurs qui la caractérisent dans chaque cas représentent des variétés histologiques très différentes; et ensuite, au point de vue symptomatique, parce que les observations, en général mal recueillies, n'ont pas encore mis en relief l'individualité du type clinique. C'est cette dernière lacune que M. Gilbert s'est efforcé de combler dans sa thèse inaugurale (2), et il nous semble s'y être pris de la bonne façon. Il ne s'est pas lancé dans une monographie complète du cancer hépatique. Il s'est borné à étudier une forme de cancer primitif, à en déterminer les lésions, et à grouper les symptômes qui permettent de le diagnostiquer.

I

On sait qu'il existe deux principales variétés de cancer hépatique primitif: l'une, très analogue au cancer secondaire, qui consiste en une production de tumeurs multiples, éparses à la surface et dans la profondeur du foie. On l'appelle pour cette raison *cancer nodulaire*). L'autre, est constituée par une masse compacte et suffisamment homogène de tissu cancéreux, située au centre de l'un des lobes, quelquefois entre les deux: c'est le *cancer massif*, le seul dont M. Gilbert se soit occupé. Ici, point de nodules qui donnent à la main qui palpe la sensation d'une surface bosselée. La dégénération s'effectue au centre de l'organe, gagne de proche en proche les parties périphériques, progressivement dans tous les sens, avec une telle régularité, que la forme générale du foie n'en est pas altérée d'une manière sensible. D'ailleurs l'exposition sommaire des principaux caractères anatomiques de cette tumeur ne pouvant que faciliter la compréhension des symptômes, nous allons les énumérer d'après la thèse de Gilbert et la description tout à fait concordante de Rendu.

Le cancer massif du foie présente l'aspect d'un bloc de substance grisâtre, à contour bien arrêté, régulier, circulaire, et dont la consistance varie depuis celle de l'encéphaloïde — ce qui est le cas le plus ordinaire — jusqu'à celle du squirrhe — ce qui est le cas le plus rare. Il occupe d'habitude la profondeur du lobe droit et, de là, s'accroît dans la direction du lobe carré et du lobe de Spigel, qui subissent quelquefois la dégénération totale. A cela on peut immédiatement deviner la nature cancéreuse de la lésion. Mais bien plus souvent il faut sectionner le foie pour reconnaître la présence même d'une tumeur, attendu que celle-ci s'arrête presque toujours à une certaine distance de la surface. Une bande de tissu sain la sépare donc du péritoine, ce qui explique la rareté des épaississements pseudo-membraneux de la périhépatite chronique. Cet encapsulement du carcinome dans une coque de parenchyme hépatique lui a fait donner par MM. Hanot et Gilbert le nom de *cancer en amande*. Quelque chose justifie peut-être mieux encore cette désignation : c'est que le centre de la tumeur est ramolli, creusé d'une cavité plus ou moins grande et rempli d'un détritus grisâtre, composé de suc cancéreux, mélangé avec du sang. Le cancer massif ressemble ainsi à une noix de coco.

Mais il ne faudrait pas croire qu'il ne consiste jamais qu'en un bloc isolé. Souvent un foyer principal projette autour de lui des infarctus cancéreux de plus petites dimensions, simulant la disposition du cancer nodulaire; et cependant il est certain qu'il ne s'agit pas là d'un cancer secondaire avec une localisation prépondérante. Peu importent le nombre et les apparences des nodules disséminés. Du moment que la plus grande masse de la tumeur est homogène, profondément située, excavée à son centre et qu'elle n'atteint pas la capsule de Glisson, on peut être assuré que cette masse-là est le cancer primitif. C'est en vain qu'on chercherait dans tous les autres viscères le point de départ d'une généralisation cancéreuse et d'un envahissement secondaire du foie. Il est même permis d'être encore plus affirmatif: s'il existait quelque part une production de même nature, il faudrait la considérer comme secondaire, ou postérieure au développement de la tumeur hépatique. En effet ce cancer massif fait naître souvent des foyers d'apoplexie cancéreuse non seulement dans son voisinage (exceptionnellement sur le trajet des voies biliaires), mais jusque dans la cage thoracique, tout le long de la chaîne ganglionnaire, au milieu même du parenchyme pulmonaire ou à la surface des plèvres.

A l'inverse de ce qui constitue la règle pour les cancers secondaires, la rate n'est pas ici hypertrophiée. D'autres lésions accessoires, comme la pyléphlébite, la thrombose des veines iliaques et les œdèmes qui en résultent, méritent à peine d'être mentionnées. Mais il est une lésion qui, pour être accessoire et nécessairement inconstante, n'en présente pas moins une grande importance: la cirrhose.

Comment qualifier cette cirrhose? Et d'abord convient-il d'employer ce mot? Ce qui est certain, c'est que le foie est hypertrophié, non seulement parce qu'une tumeur s'ajoute à sa propre masse, mais parce que tous ses éléments constitutifs ont augmenté de nombre et de volume.

Dès les premiers travaux relatifs au cancer hépatique, l'hyperplasie épithéliale et conjonctive est mentionnée. Il n'est pas un livre classique qui ne la signale. Pour désigner un tel état de choses, le terme d'hépatite parenchymateuse est peut-être préférable à celui de cirrhose, mais le fait reste le même. Or cette cirrhose surajoutée serait, selon M. Gilbert, très fréquente dans les cancers nodulaires et exceptionnelle dans les cancers massifs. Il n'en existait, à sa connaissance, que deux observations. Nous objecterons à M. Gilbert, en passant, que son travail ne repose guère que sur des observations anciennes et qui pèchent par le contrôle histologique. Une altération de structure peut échapper à l'œil nu et ne point laisser place au doute à l'examen microscopique. Pour notre part, nous sommes convaincu, jusqu'à plus ample informé, que le cancer massif coïncide presque toujours avec une cirrhose, car nous avons observé trois cas de cancer massif (1), et tous les trois étaient également des cas de cirrhose (2).

(1) Rendu, article Foie du *Dict. encycl. des sc. méd.*

(2) *Du cancer massif du foie*, th. Paris, 1886.

(1) Ces observations font l'objet d'une étude destinée à paraître prochainement dans les *Archives générales de médecine*.

(2) Nous ne dirons rien ici de la structure microscopique du cancer massif, qui rappelle, presque de tous points, celle du cancer nodulaire primitif.

II

L'étude des symptômes est la partie la plus nouvelle et la plus instructive du travail de M. Gilbert. C'est un chapitre de pathologie hépatique tout à fait inédit, car, à l'époque où le cancer massif du foie ne comptait que pour une curiosité anatomo-pathologique, il ne pouvait être seulement question d'en ébaucher la symptomatologie. Ou bien c'était une symptomatologie de convention, sauf celle du mémoire de Monneret, qui est la plus scrupuleuse. Quant à l'article de Rendu, si exact et si complet dans tout ce qui concerne l'anatomie pathologique du cancer primitif, il ne traite le côté clinique qu'à propos de la variété nodulaire et néglige complètement la forme massive.

Il convient, pour l'étude, de diviser la maladie en trois périodes. Dans la première, tout se borne à des troubles digestifs, au premier rang desquels figurent l'anorexie et le dégoût pour la viande. En somme il n'y aurait là rien que d'assez banal si ces troubles n'empruntaient une certaine singularité à la grande anémie, à l'amaigrissement rapide, on pourrait dire à la cachexie précoce qui en découlent. On observe quelque chose d'analogue dans le cancer gastrique latent, avec cette différence que les vomissements y font rarement défaut, et M. Gilbert prend soin de nous dire qu'ils sont exceptionnels dans le cancer *massif* du foie. Déjà, dès cette première période, l'épigastre et l'hypochondre, sans être vraiment douloureux, sont le siège d'une sensibilité plus grande.

La matité hépatique est plus étendue, et l'on reconnaît par la palpation que le foie dépasse la limite des fausses côtes, que son bord tranchant est émoussé, que sa consistance est plus dure, etc.

La deuxième période est celle de l'hypertrophie confirmée. Le malade y arrive en trois ou quatre mois tout au plus, quelquefois en trois ou quatre semaines. Cette hypertrophie est analogue à celle de la cirrhose hypertrophique de Hanot, c'est-à-dire que la face supérieure du foie ne dépasse guère la limite normale, tandis que son bord inférieur descend au-dessous de l'ombilic et atteint quelquefois la fosse iliaque. Les troubles digestifs restent les mêmes ou s'exagèrent, et il est rare qu'on ne constate pas une décoloration des matières fécales presque aussi prononcée que dans les cas d'obstruction complète du canal cholédoque. Il n'y a pas cependant trace d'ictère. Force est donc d'admettre un arrêt de la sécrétion biliaire, lequel résulte peut-être d'une altération de la totalité du parenchyme hépatique.. Mais l'interprétation importe peu. Au contraire, le signe en lui-même a une valeur d'autant plus grande que l'absence de l'ictère, dans le cancer massif, contraste davantage avec la constance presque absolue de ce symptôme dans le cancer nodulaire, où les selles sont loin de perdre au même degré leur coloration.

Un autre phénomène dont la signification n'est pas moindre est la diminution considérable de la quantité des urines, qui tombe à 500 grammes, et du taux de l'urée qui, dans un cas, n'atteignit que les chiffres de 4 grammes, 2 grammes et même, accidentellement, de 50 centigrammes. Chose remarquable, ces urines si rares ne furent jamais albumineuses.

La troisième période est marquée surtout par les signes précurseurs de la mort (*phlegmatia*, œdèmes, délire, fièvre, etc.). La fièvre ici ne s'explique guère. Quelquefois assez intense, on ne peut l'attribuer à la périhépatite, puisque cette dernière complication est tout à fait rare. Ainsi la bonne interprétation est encore à trouver.

Tous ces phénomènes évoluent dans un laps de temps qui varie d'un à sept mois.

Nous n'avons pas parlé, pour ne pas compliquer les choses, des symptômes qui, au dire de M. Gilbert, manquent le plus souvent, tels que l'ascite, le développement des veines sous-cutanées abdominales, l'hypertrophie splénique, etc.

III

Les classiques pensent qu'il n'est permis d'affirmer un cancer primitif du foie, qu'à la condition que des « bosselures » soient appréciables à travers la paroi du ventre. En d'autres termes on n'a diagnostiqué jusqu'à présent que les cancers nodulaires.

L'exposé de symptômes qui précède démontre la possibilité de reconnaître le cancer massif; mais il manque des éléments du diagnostic différentiel. C'est encore là un point que M. Gilbert a traité d'une façon très intéressante. Le défaut de place nous obligera à ne dire que le strict nécessaire.

Il y aurait lieu d'abord de différencier le cancer massif du cancer nodulaire, dont les nodosités ne sont pas encore appréciables. Or celui-ci ne va guère sans ictère et sans ascite Quant au cancer primitif des voies biliaires, il se traduit par des symptômes trop spéciaux pour prêter à la confusion.

Un kyste hydatique de la face convexe du foie qui abaisse le bord tranchant bien au-dessous des fausses côtes sans déformer sensiblement l'organe peut présenter une grande analogie avec le cancer massif et réciproquement; d'autant plus que l'anorexie et le dégoût pour la viande sont assez ordinaires chez les malades atteints de kyste. L'erreur est donc possible. Elle l'est à tel point que, dans un cas de cancer massif observé par Hartmann dans le service de M. Millard, il fallut la ponction pour décider du diagnostic. M. Gilbert, il est vrai, estime que la cachexie précoce, dans le cas de cancer massif, est un élément de diagnostic différentiel qui permet de se prononcer sans le secours du trocart.

Certaines hypertrophies hépatiques qui relèvent de la syphilis, du diabète, de l'impaludisme, pourraient, *peut-être* simuler le cancer. Ici la notion étiologique est indispensable. Il en est de même de la dégénération amyloïde, où la cause est presque toujours visible et tangible, et qui, en outre, s'accompagne invariablement d'albuminurie, tandis que nous savons que ce symptôme fait défaut dans le cancer massif.

La confusion avec une cirrhose hypertrophique ne serait possible que dans le cas exceptionnel d'un cancer compliqué d'ictère. Il faudrait d'ailleurs s'assurer que cet ictère — à l'inverse de ce que l'on observe dans la cirrhose hypertrophique, où les matières fécales restent colorées — n'est pas la conséquence d'une hypercrinie biliaire. Si l'on tient compte aussi de l'évolution beaucoup plus lente de la cirrhose, jusqu'à un certain point compatible avec la santé, on pourra écarter ce diagnostic, comme l'a fait M. Sevestre dans un cas rapporté par Lebreton.

Il n'est pas jusqu'à la cirrhose alcoolique veineuse que le cancer massif ne puisse imiter en dépit de tant de dissemblances. Jardet a recueilli dans le service de M. A. Chauffard une observation de cancer massif qui avait présenté des allures de cirrhose rapide avec ascite et circulation collatérale. L'épanchement avait même nécessité une ponction. Il faut dire cependant que le foie était notablement hyper-

trophié, et c'est par là seulement que l'erreur eût pu être, à la grande rigueur, évitée. Mais nous touchons à un point qui réclame un supplément d'information : le rapport de fréquence du cancer massif avec la cirrhose des buveurs. Les observations futures jugeront en dernier ressort.

E. Brissaud.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur la préparation du vin de quinquina.

Nous croyons devoir ajouter un mot à ce que nous avons dit il y a quinze jours du saccharolé de quinquina. L'auteur le donne comme un succédané de la *macération*, du *vin* et de l'*extrait* de quinquina ordinaires. Nous ne partageons pas cette manière de voir. Son produit ne peut pas leur être comparé. A un certain point de vue, il leur est préférable, mais c'est autre chose. Les écorces de quinquina ont une action thérapeutique appropriée à leur nature et à leur composition. Les quinquinas gris, riches en tannin et pauvres en alcaloïdes, sont considérés comme toniques, tandis que les quinquinas jaunes et ceux qui, par la culture, possèdent une grande quantité d'alcaloïdes, paraissent surtout agir comme fébrifuges.

M. de Vrij a récemment démontré qu'il était bien facile d'obtenir du sulfate de quinine basique pur, pourvu que l'on ne tînt pas à l'aspect léger du sel.

Il est dans le vrai; cependant il ne faut pas s'exagérer l'importance qu'ont sur l'organisme 10 pour 100 de quinidine et cinchonidine dans le quinquina du commerce. La quinidine est pour le moins aussi fébrifuge que la quinine; la cinchonidine l'est un tiers en moins. Quant à la cinchonine, dont l'action se rapproche de celle de la strychnine (Laborde), les sulfates de quinine n'en contiennent jamais, et surtout ne doivent jamais en contenir.

Il est bien plus rationnel de n'employer que des sels quiniques solubles.

Nos lecteurs se souviennent peut-être des efforts que nous avons tentés pour faire adopter, de préférence au sulfate, le lactate de quinine. Aujourd'hui le chlorhydrate de quinine est surtout recommandé par divers médecins et même par certains membres de l'Académie de médecine. Nous nous permettrons de faire remarquer que le chlorhydrate de quinine ne nous a jamais paru pouvoir se bien conserver au point de vue de sa composition chimique. Ce qui est plus grave, il pourrait, dans certaines circonstances, être confondu par les pharmaciens avec le chlorhydrate de morphine. Est-il, en effet, besoin d'insister pour rappeler que tous les médecins n'écrivent pas assez lisiblement pour éviter une erreur? Et, d'autre part, ne peut-il arriver, dans un moment d'oubli, d'écrire chlorhydrate de morphine au lieu de chlorhydrate de quinine? Le pharmacien, dit-on, corrigera l'ordonnance ou la soumettra de nouveau au médecin qui l'a signée. Mais il suffit d'une inadvertance pour exécuter une prescription dangereuse et d'une *absence* pour la rédiger. Pour ces raisons, nous ne conseillerons donc pas l'emploi du chlorhydrate de quinine. Nous lui préférons le lactate, le bromhydrate et le sulfate acide, tous plus solubles que lui; le lactate surtout, qui, quoique neutre, se dissout dans trois fois son poids d'eau et renferme plus de quinquina que tous les autres.

Quant au saccharolé de quinquina, il n'est autre chose que l'extrait de Vrij solide et soluble, c'est-à-dire qu'on peut le considérer comme le type des produits fébrifuges.

Il n'est donc pas destiné à remplacer la macération, le vin et l'extrait de quinquina du Codex.

Nous l'avons dit, les médecins qui voudront en tirer parti, s'en serviront dans un autre but.

Quant au vin de quinquina, je crois devoir publier (pour mettre tous mes confrères à même d'imiter, s'ils le jugent convenable, ce mode de préparation) le procédé que j'emploie depuis vingt-cinq ans, pour obtenir un excellent produit. On prend 1/4 de quinquina huanuco et 3/4 de hoxa. Le hoxa, riche en tanin et pauvre en alcaloïde, a un goût appétissant; le huanuco, moins riche en tanin, l'est davantage en alcaloïde et donne un peu plus d'amertume au vin. Son goût est moins agréable que celui du hoxa. Ces quinquinas sont séchés à l'étuve, où ils perdent 10 pour 100 de leur poids.

Les écorces sont raclées avec des morceaux de verre pour les priver des cryptogames qui les souillent et leur communiquent si souvent le goût de moisi. Pour le reste de la préparation, on suit le Codex. Cependant il est bon de ne presser que légèrement le résidu, parce que le dernier liquide qui est extrait de la poudre est plus aqueux et moins chargé en principes utiles que celui qui a passé en premier lieu. Ce fait est très appréciable quand on presse les substances qui ont servi à la préparation d'une teinture faite avec de l'alcool à 60 degrés.

Ce vin ne doit pas être filtré, on le livre à la consommation après un mois de repos.

Par ce procédé, ou plutôt grâce à ces précautions, on peut se servir d'un vin de prix; le quinquina ne le dénaturera pas.

Il est clair que le vin de quinquina ainsi préparé revient beaucoup plus cher que celui du commerce, mais nous avons jugé que ce médicament avait assez d'importance pour mériter tous ces soins.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur un cas de fièvre hystérique. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 28 mai 1886, par M. le docteur E. Barié, médecin du Bureau central.

Dans une séance précédente, notre collègue M. le docteur Debove a rapporté un nouveau cas de fièvre hystérique, observé chez la même malade, dont il vous a déjà entretenue en février 1885. J'ai eu l'occasion, l'an dernier, pendant les mois de juillet et d'août, d'observer à l'hospice de Bicêtre, dans le service dont j'avais la direction, un fait presque identique, sur lequel je désire aujourd'hui appeler votre attention.

Il s'agit d'une jeune femme, employée au service de l'hospice, et présentant depuis longtemps déjà la plupart des manifestations de la grande hystérie : attaques convulsives fréquentes, paralysies passagères, troubles profonds de la sensibilité générale et spéciale, etc. Un matin, après une attaque convulsive des plus violentes, cette jeune femme fut frappée d'hémiplégie complète de la motilité et de la sensibilité occupant tout le côté gauche, sauf la face; elle fut transportée à l'infirmerie, et là, dans l'espace d'une douzaine de

jours, elle présenta plus de trente attaques : on en compta jusqu'à sept dans une même journée. Pendant plusieurs semaines, la malade resta dans cet état, passant quelquefois deux ou trois jours sans manger, sans uriner, et dans un état de mutisme complet. Elle paraissait ensuite sortir d'un rêve et pendant les journées suivantes, l'appétit et la parole revenaient, la sécrétion urinaire se montrait de nouveau pour disparaître encore, le plus souvent, après une nouvelle attaque. Un grand nombre de médications furent mises en œuvre : l'emploi des antispasmodiques les plus variés, l'enveloppement dans le drap mouillé, l'usage méthodique des aimants, tout fut impuissant devant cet état névropathique enraciné. Je me bornais donc à une simple surveillance de la malade, lorsqu'un matin, après une attaque convulsive des plus violentes, à la suite de laquelle cette jeune femme était restée comme anéantie, je trouvai la peau chaude et sèche, et le pouls fréquent ; je fis prendre la température axillaire, elle était de 39 degrés, et le pouls battait 98 pulsations.

L'examen le plus minutieux ne me permit pas de rapporter cet état fébrile à un état pathologique caractérisé, et je remis au lendemain pour porter un diagnostic. Or, ce jour-là, l'exploration physique resta aussi nulle que la veille, et cependant il y avait encore de la fièvre, car le thermomètre accusait 38°,6 dans l'aisselle. Pendant les deux jours qui suivirent, il fut absolument impossible de placer un thermomètre chez la malade, en proie à une série d'attaques des plus violentes, terminées le plus souvent par un hoquet interminable ou par de profonds sanglots.

Le 23 juillet, cette jeune femme étant plus calme, je trouvai chez elle la peau sèche et brûlante, et la température axillaire marquait 38°,8 ; or, à partir de ce jour jusqu'au 11 août, c'est-à-dire *pendant une période de vingt jours*, elle ne cessa de présenter un *état de fièvre permanent*. Malgré la présence d'une infirmière qui ne quittait pas la malade durant tout le temps que le thermomètre était dans l'aisselle, je voulus me mettre à l'abri de toute supercherie, c'est pourquoi l'on prit toujours simultanément la température du creux de l'aisselle et celle du rectum. Moi-même, à plusieurs reprises, et après vérification des thermomètres, je mis ceux-ci en place et constatai les élévations de la colonne mercurielle. Nous pouvons donc affirmer que les chiffres indiqués dans le tableau ci-dessous ont été relevés avec la plus grande exactitude.

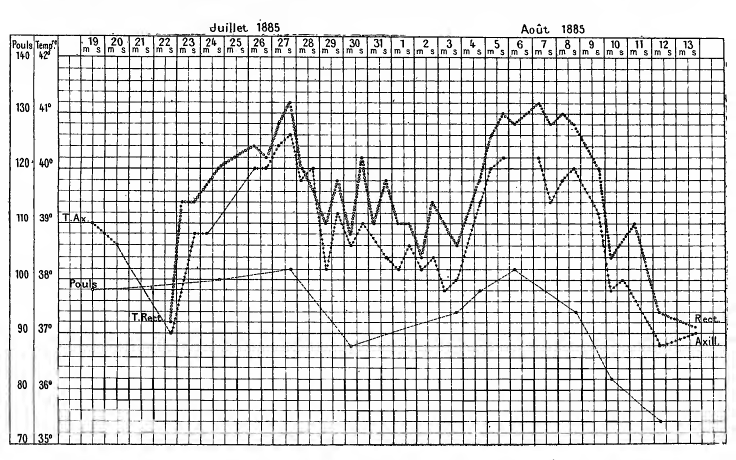
		Températ. rectale.	Températ. axil.	Pouls.
23 juillet,	matin.	39°,4		
	soir.	39°,4	38°,8	
24 juillet,	matin.	Néant.	Néant.	
	soir.	40°	Néant.	100
25 juillet,	matin.	Néant.	Néant.	
	soir.	Néant.	Néant.	
26 juillet,	matin.	40°,4	40°	
	soir.	40°,2	40°	
27 juillet,	matin.	40°,8	40°,4	
	soir.	41°,2	40°,6	102
28 juillet,	matin.	40°	39°,8	
	soir.	39°,6	40°	
29 juillet,	matin.	39°	38°,4	
	soir.	39°,8	39°,2	
30 juillet,	matin.	38°,8	38°,6	88
	soir.	40°,2	39°	
31 juillet,	matin.	39°	Néant.	
	soir.	39°,8	39°	
1er août,	matin.	39°	38°,2	
	soir.	39°	38°,6	
2 août,	matin.	38°,4	38°,2	
	soir.	39°,4	38°,4	
3 août,	matin.	39°	37°,8	
	soir.	38°,6	38°	94
4 août,	matin.	Néant.	Néant.	
	soir.	39°,8	39°,4	98
5 août,	matin.	40°,6	40°	
	soir.	41°	40°,2	
6 août,	matin.	40°,8	Néant.	104
	soir.	Néant.	Néant.	
7 août,	matin.	41°,2	40°,2	
	soir.	40°,8	39°,4	
8 août,	matin.	41°	39°,8	
	soir.	40°,8	40°	94
9 août,	matin.	Néant.	Néant.	
	soir.	40°	39°,2	
10 août,	matin.	38°,4	37°,8	82
	soir.	39°	38°	
11 août,	matin.	39°	Néant.	
	soir.	Néant.	Néant.	
12 août,	matin.	37°,4	36°,8	74
	soir.	»	Néant.	
13 août,	matin.	37°	37°	
	soir.	»	»	

En parcourant ce tableau, on remarquera que, pour certains jours, l'état de la température n'est pas indiqué ; ces lacunes correspondent toutes à une crise nerveuse dont la durée ou la violence n'ont pas permis l'application du thermomètre. On remarquera encore que, contrairement à ce qui s'est passé dans le fait de M. Debove, il existe des différences sensibles entre la température du matin et celle du soir : celle-ci étant presque toujours restée supérieure à la première, de plusieurs dizaines de degré ; à cinq reprises différentes cependant, la fièvre du matin l'a emporté sur l'état fébrile vespéral ; de plus, sauf pour un seul jour où cette différence existait à la fois pour la température de l'aisselle et du rectum (7 août), cette variation de l'état fébrile n'a été notée que pour la température rectale, alors que dans l'aisselle, la colonne de mercure continuait à s'élever davantage le soir que le matin ; il y a là une sorte de *désaccord* difficile à expliquer.

Malgré la persistance de la fièvre pendant près de trois semaines, la malade n'a présenté aucun trouble appréciable vers les grands appareils : la respiration est demeurée normale, sauf parfois une anhélation assez vive qui survenait après les crises de nerfs ; les voies digestives elles-mêmes, les premières intéressées dans tout état fébrile, n'ont été nullement touchées : la langue est restée humide, et si la malade, à différentes reprises, passait quelques jours sans prendre de nourriture, c'était moins par suite d'un embarras gastrique que sous le coup des graves perturbations qui succédaient aux attaques convulsives. Celles-ci ne sauraient, du moins en tant que facteur unique, être regardées comme cause de cet état de fièvre permanent, car durant les jours où cette jeune femme était dans un état de repos absolu, le thermomètre a pu monter jusqu'au delà de 40 degrés ; toutefois il m'a paru que les températures véritablement hyperpyrétiques survenaient de préférence après ces accès convulsifs.

Après le vingtième jour de fièvre, il s'est produit une véritable défervescence brusque à la façon de la pneumonie lobaire ou de l'érysipèle, mais, contrairement à ce qui se passe dans ces pyrexies, l'état de santé n'a subi aucune modification à ce moment ; il est resté ce qu'il était : ni meilleur ni pire que pendant la période de fièvre.

A différentes reprises, la malade s'est trouvée dans une sorte d'*état de mal* caractérisé par une série d'accès subintrants ; on aurait donc pu hésiter tout d'abord sur la nature de l'affection nerveuse et se demander si la patiente n'était pas une *épileptique* chez laquelle cette succession d'accès enchevêtrés aurait fourni l'explication de l'élévation de température ; mais les attaques présentées par la malade avaient, au plus haut point, le caractère hystérique : pas de cri initial, pas de perte totale de la connaissance, convulsions à type clonique, jamais de morsure de la langue, enfin absence de coma à la fin de l'attaque, qui était généralement accompagnée de sanglots profonds ou d'une sorte de hoquet très tenace. D'un autre côté, nous savons que l'hyperpyrexie de



l'état de mal épileptique est généralement d'un pronostic grave, et nous l'avons dit, dans le cas présent, l'état de santé est resté parfait jusqu'au bout.

C'est encore en nous appuyant sur les caractères et sur la marche des phénomènes convulsifs, que nous avons rejeté l'hypothèse de cet état hybride qu'on désigne sous le nom d'*hystéro-épilepsie :* d'ailleurs dans ce dernier cas, et même lorsque l'état de mal se prolonge pendant un à deux mois, ainsi qu'on en a rapporté quelques exemples, la température reste normale ou s'élève à peine de quelques dixièmes de degré.

Notre malade était donc bien une hystérique vraie, et c'est à ce titre que j'ai cru devoir vous rapporter cette observation, dont l'interprétation présente de très réelles difficultés.

Dermatologie.

DE LA DESTRUCTION DES POILS PAR L'ÉLECTROLYSE. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 28 mai 1886, par M. le docteur L. BROCQ, médecin du Bureau central.

Il est de notion vulgaire que le développement exagéré des poils peut constituer une difformité des plus pénibles pour la personne qui en est affectée. Dans une note manuscrite qu'il a eu l'extrême bonté de me remettre, mon excellent et très honoré maître, M. le docteur E. Besnier, à l'instigation duquel j'ai entrepris ces recherches, considère comme assez fréquents les cas d'hypertrichose localisée dans lesquels le médecin pourrait être appelé à intervenir s'il avait à sa disposition une méthode de traitement commode et efficace. Un tel procédé est destiné d'après lui à devenir pratiquement usuel.

Il voit plusieurs indications principales à la destruction des poils :

1° L'hypertrichose localisée, tenant au développement exagéré de poils sur des nævi pilaires;

2° L'hypertrichose des jeunes filles, constituée par le développement d'une véritable barbe, ayant la localisation, la couleur et la vigueur d'une barbe d'homme;

3° L'hypertrichose de l'âge mûr; c'est une hypertrichose partielle qui se développe surtout vers les commissures labiales et aux régions mentonnières et sous-mentonnières.

4° Enfin je rangerai dans une quatrième catégorie ces faits dans lesquels on voit se développer chez les jeunes femmes en certains endroits du corps, en particulier sur la région présternale et sur les seins, quelques gros poils disséminés.

Si les cas de la deuxième catégorie sont rares, il n'en est pas de même de ceux de la première et surtout de ceux de la troisième et de la quatrième. Rien de plus fréquent en effet que de voir chez les femmes brunes apparaître à partir de trente ans, à la partie inférieure du menton et ailleurs, des poils volumineux disposés en îlots, qui persistent avec la plus grande ténacité.

Or, si dans beaucoup de cas l'hypertrichose est compatible avec la vie en commun, il en est d'autres où elle constitue une véritable difformité, et est une cause de claustration et d'isolement (voy. la note de MM. Besnier et Doyon, *Traduction des leçons de Kaposi*, t. II, p. 110). Aussi n'est-il plus possible de compter à l'heure actuelle les procédés scientifiques et autres qui ont été préconisés contre elle. M. le docteur Besnier et M. le docteur E. Vidal m'ont dit avoir tout essayé, avoir expérimenté toutes les pâtes épilatoires à formule connue et inconnue, et toujours sans le moindre succès. La plupart de ces procédés peuvent bien faire tomber momentanément le poil; ils ne le détruisent pas, et l'on doit sans cesse recommencer ce travail long et pénible,

souvent douloureux. D'ailleurs, quand il s'agit d'hypertrichose généralisée et de poils volumineux à racine profonde, ils sont insuffisants et impraticables.

Les dermatologistes en étaient donc à déplorer leur impuissance, quand le docteur Michel de Saint-Louis (États-Unis) eut l'idée, en 1879, d'employer l'électrolyse pour détruire les poils dans le trichiasis. Aussitôt les docteurs Hardaway et Piffard essayèrent cette méthode de traitement dans l'hypertrichose ordinaire, et ils réussirent. Duhring, G. H. Fox, Nevins Hyde, White, Georges H. Rohé, Clarke M'Guire, Heitzmann, la plupart des dermatologistes américains en un mot n'ont pas tardé à publier des faits qui prouvent la réelle efficacité de ce procédé thérapeutique. On s'en sert également en Allemagne. Michelson vient de faire paraître plusieurs mémoires sur ce sujet, et le 20 janvier 1886, Behrend, Karewski, Lassar, Kœbner, Rosenthal, ont déclaré à la Société de médecine berlinoise qu'ils avaient employé cette méthode avec avantage.

En octobre 1885, je donnai dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* une courte analyse du mémoire de G. Th. Jackson. Vers le mois de décembre 1885, mon excellent maître, M. le docteur E. Besnier, m'adressa une de ses malades, âgée de vingt-huit ans, qui présentait un développement exagéré des poils de la face. Il m'engagea vivement à expérimenter sur elle le procédé américain, procédé auquel il a donné le nom heureux de *tricholysie*. Devant l'insistance toute particulière de cette jeune fille je me décidai à l'opérer.

J'avais déjà obtenu quelques résultats et j'en avais fait part à plusieurs personnes, lorsque parut dans la *Revue médicale française et étrangère* du 13 mars 1886 un article de M. le docteur Baratoux sur l'épilation par la galvanocaustique chimique. Le procédé que j'emploie est assez différent du sien; il me paraît lui être bien supérieur; aussi ai-je cru devoir le faire connaître dès maintenant, bien que la cure que j'ai entreprise soit loin d'être terminée. Il me faudra en effet détruire plusieurs milliers de poils avant d'arriver à ce résultat. Je me réserve de tenir la Société au courant de mes succès ou de mes échecs futurs et de lui apporter plus tard avec l'observation complète de la malade une étude d'ensemble de la question.

Je me suis d'abord servi d'une pile à courants continus de Chardin au bisulfate de mercure à vingt-quatre éléments. Actuellement le constructeur a remplacé le bisulfate par le bichlorure de mercure. On obtient ainsi, paraît-il, un courant beaucoup plus constant. Au pôle positif est reliée une poignée cylindrique recouverte d'une peau de chamois que l'on imbibe d'eau salée et que la malade serre vigoureusement dans sa main. Au pôle négatif s'adapte l'aiguille avec laquelle on opère. M. Chardin a eu l'obligeance de me fournir des fils conducteurs d'une grande souplesse et d'une grande légèreté, qui n'alourdissent pas la main et n'en gênent en rien les mouvements. Au lieu d'avoir un porte-aiguille à long manche comme la plupart des dermatologistes, je me sers d'un tout petit cylindre en métal, également construit par Chardin, de 1 centimètre 1/2 de long environ sur 2 millimètres de diamètre, qu'il est très facile de diriger en tous sens en le tenant entre le pouce et l'index. A ce cylindre est soudée l'aiguille, qui a de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres de long et qui doit être aussi fine que possible à son extrémité.

Il faut en effet, comme l'ont bien recommandé les auteurs américains, cathétériser le follicule pileux et non se contenter d'enfoncer l'aiguille dans le derme à la base du poil. On attaque ainsi plus directement le bulbe et on le détruit beaucoup plus vite sans déterminer de délabrements considérables. Cette façon d'opérer leur a paru tellement importante qu'ils ont fait toute sorte de tentatives pour obtenir des aiguilles très fines et peu rigides. Ils en ont fait fabriquer en iridium et en platine. J'ai employé de fines aiguilles d'or et de platine que m'a fournies Chardin; elles me paraissent satisfaisantes, cependant j'essaye encore de les perfectionner. Je me sers d'ordinaire des aiguilles de platine que je trouve plus fines et moins rigides.

Avec ces aiguilles il est relativement facile de pénétrer le long du poil dans la logette du derme, où il est en quelque sorte enchâssé. En opérant avec précaution on peut parfois atteindre à une profondeur de 1 et même 2 millimètres sans que la malade éprouve la moindre sensation douloureuse de piqûre; parfois même elle ne s'aperçoit pas de la manœuvre. Pour peu que l'instrument dévie de la vraie direction, elle ressent au contraire une assez vive douleur. Après avoir introduit ainsi l'aiguille dans le follicule, si l'on continue à l'enfoncer, on éprouve bientôt une légère sensation de résistance; c'est qu'on est arrivé au bulbe du poil. Avec une pince à épiler tenue de la main gauche on exerce alors sur le poil une très légère traction insuffisante pour l'arracher; puis on fait passer le courant. A ce moment-là je crois prudent de faire pénétrer l'aiguille encore un peu plus profondément, de façon à attaquer sûrement le bulbe pileux dans sa totalité. Lorsqu'il est détruit, le poil cède et vient sans que l'on exerce de forte traction.

Le point important et délicat est donc de faire pénétrer l'extrémité de l'aiguille jusqu'au bulbe et même un peu au delà. Chez la malade que je traite en ce moment, la profondeur exacte où se trouvent les bulbes pileux est sur les joues de 2 millimètres 1/2 à 3 millimètres 1/2 (la direction des poils y est oblique); au menton, où ils s'enfoncent perpendiculairement, le bulbe est à 3 millimètres, 3 millimètres 1/2, et même en certains points à 4 millimètres et 4 millimètres 1/2 de profondeur. Il faut donc que l'aiguille pénètre jusqu'à 3 millimètres ou 3 millimètres 1/2 sur les joues, et jusqu'à 4 millimètres ou 4 millimètres 1/2 au menton. Or il est à peu près impossible, quand on se sert d'une aiguille de platine unie, de savoir à quelle profondeur on se trouve. J'ai fait construire, pour avoir un point de repère, des aiguilles en platine à arrêt, dont la pointe fine ne présente que 4 millimètres 1/2 ou 5 millimètres de longueur. Je m'en suis servi avec un certain avantage, et j'ai vu tout récemment que le docteur Heitzmann avait préconisé l'emploi d'instruments semblables. Les aiguilles à arrêt que j'ai eues à ma disposition me paraissent toutefois un peu moins fines et un peu moins légères que les autres, et il m'a semblé qu'elles causaient des lésions plus considérables. Aussi ai-je préféré employer les aiguilles ordinaires, auxquelles je mets à 5 millimètres de la pointe un petit arrêt en cire à cacheter qu'il est on ne peut plus facile de poser soi-même. On sait ainsi à quelle profondeur on a pénétré.

Les auteurs américains recommandent de tirer sur le poil avec une pince à épiler au moment où l'on essaie d'introduire l'aiguille : ils prétendent favoriser ainsi cette introduction. Je ne crois pas que soit exact : j'ai toujours pénétré avec beaucoup plus de facilité dans le follicule pileux en faisant glisser mon aiguille le long du poil, tandis qu'il conservait sa direction naturelle. En tirant sur le poil il est fort rare qu'on ne le fasse pas dévier, et l'on peut ainsi pousser l'aiguille dans un mauvais sens. Si d'autre part on tire avec une pince le poil dans sa véritable direction, il est souvent assez difficile d'introduire l'aiguille parce qu'on est gêné par la pince.

J'aime donc mieux introduire d'abord mon aiguille, puis saisir le poil avec les pinces; mais cette petite manœuvre, qui paraît si simple, est assez souvent, au menton surtout, à peu près impossible à exécuter. Il suffit que les poils soient coupés un peu ras, ce que font presque toujours les femmes affectées de cette infirmité, et qu'ils soient assez fournis comme chez ma malade, pour que le poil se colle contre l'aiguille ou se mêle aux poils voisins, et qu'il soit impossible de le saisir. J'ai dans ces cas pris le parti de ne pas me servir de la pince, de faire passer le courant pendant deux ou trois secondes de plus qu'il ne m'en a fallu pour

détruire avec un courant de même intensité des poils voisins identiques, comme grosseur, à celui que j'opère, puis je retire l'aiguille et je saisis le poil opéré avec la pince; s'il vient sans la moindre difficulté, c'est que le bulbe a été détruit; s'il est encore adhérent, je recommence l'opération.

J'ai aussi essayé d'arracher d'abord le poil, puis d'introduire l'aiguille dans sa gaine à la profondeur voulue et de faire passer le courant pendant un laps de temps suffisant pour déterminer la destruction du bulbe. Je ne puis encore porter une appréciation motivée sur cette manière de procéder, qui ne peut être qu'assez incertaine, puisqu'il est à peu près impossible de prévoir, avec une rigoureuse exactitude, le temps qu'il faut pour détruire un bulbe donné.

J'ai voulu, comme le recommande le docteur Hardaway, faire isoler l'aiguille dans presque toute son étendue en ne laissant à nu qu'un espace de deux millimètres à son extrémité; mais cette modification aurait présenté, paraît-il, trop de difficultés d'exécution, et aurait trop augmenté le volume des aiguilles: aussi ai-je dû y renoncer.

La plupart des dermatologistes qui pratiquent cette opération disent à la malade de saisir le cylindre recouvert de peau de chamois lorsqu'ils ont introduit leur aiguille et qu'ils veulent faire passer le courant; et comme le collecteur de la pile est placé d'avance au nombre d'éléments avec lequel ils opèrent, le courant passe d'emblée avec toute son intensité. Or, au moment où il commence à passer, la malade ressent une très vive douleur et elle éprouve, pour peu que le courant soit intense, une secousse telle que, si la tête n'est pas solidement fixée, elle bouge et l'aiguille peut être déplacée. On évite tous ces petits inconvénients en chargeant un aide de mettre assez rapidement, en trois secondes environ, le collecteur de la pile qui est au zéro, au nombre d'éléments nécessaire pour que l'aiguille du galvanomètre marque le nombre de milli-ampères avec lesquels on veut agir. On arrive ainsi progressivement et sans secousses à faire passer un courant aussi intense qu'on le veut et les douleurs éprouvées par la malade sont beaucoup moins vives.

J'ai d'abord opéré en employant un nombre d'éléments déterminé. Avec huit éléments Chardin donnant de 5 à 7 milli-ampères suivant les points attaqués, il faut de trente secondes à une minute au moins pour détruire les poils un peu volumineux, et la douleur, par sa continuité, est pénible pour la malade: avec douze éléments donnant de 6 à 10 milli-ampères environ, l'opération dure de vingt à cinquante secondes et est beaucoup mieux tolérée; avec vingt-quatre éléments, donnant de 16 à 20 milli-ampères, il ne faut que quatre à dix secondes pour déterminer la chute du poil, mais la douleur est très violente. Après plusieurs tâtonnements j'avais fini par employer, d'une manière constante, seize éléments Chardin: avec le courant qu'ils me donnaient, et dont l'intensité variait de 12 à 20 milli-ampères suivant les points opérés, il me fallait de trois à huit secondes pour déterminer la chute des poils fins des joues, de dix à dix-huit secondes pour les gros poils des joues, de quinze à quarante-cinq secondes pour les gros poils obliques situés vers le rebord du maxillaire inférieur, enfin de quinze à trente-cinq et même quarante-cinq secondes pour les poils du menton et de la région sus-hyoïdienne.

Mais j'ai bientôt compris qu'il serait beaucoup plus logique et beaucoup plus sûr de toujours agir avec un courant de même intensité, sans tenir compte du nombre d'éléments mis en jeu. Pour cela, la personne qui manie le collecteur le fait tourner avec assez de lenteur jusqu'au moment où elle voit l'aiguille du galvanomètre marquer de 15 à 18 milli-ampères. Avec un courant de cette intensité, les petits poils des joues se détachent au bout de trois à six secondes, les gros poils des joues au bout de huit à quinze secondes, les gros poils obliques du rebord de la mâchoire et de la région sus-hyoïdienne au bout de douze à trente-cinq secondes, les poils du menton au bout de quinze à trente-cinq secondes (trente-quatre ou trente-cinq secondes pour la plupart).

Lorsqu'un poil a résisté pendant plus de vingt secondes, je fais augmenter progressivement l'intensité du courant, si c'est possible, de façon à obtenir de 22 à 24 milli-ampères: il est fort rare alors que le poil ne cède pas en quelques secondes. En se guidant ainsi sur l'intensité réelle du courant et non sur le nombre des éléments, on a une base beaucoup plus sûre, et l'on obtient des résultats plus précis et plus rapides. Je suis d'ailleurs convaincu que, si la malade peut supporter la douleur, il vaut mieux se servir, pendant quelques secondes, d'un courant fort que d'un courant faible qui passerait une minute et plus. Il m'a semblé que les accidents consécutifs avaient, dans ces derniers cas, une intensité plus grande et une durée plus longue. Cependant, il y a des jours où la malade ressent plus vivement la douleur et où je suis obligé d'opérer avec un courant dont l'intensité moyenne varie de 8 à 12 milli-ampères.

Pendant que le courant passe, on voit presque toujours se dégager, en pétillant autour de l'aiguille, de nombreuses petites bulles de gaz qui forment avec les matières organiques un peu de mousse blanchâtre. Mais il ne faut pas croire que cette production de mousse soit l'indice de la destruction du bulbe. Elle peut se former bien avant qu'il soit détruit. Lorsque le poil s'est détaché, je laisse encore l'aiguille en place pendant une ou deux secondes pour mieux déterminer la destruction du bulbe pileux, puis je la retire. Quand le poil a cédé très vite à l'action du courant, il n'y a au point opéré qu'une petite tache blanchâtre avec une large aréole érythémateuse périphérique. Dans le cas contraire on voit, au point même où l'aiguille a été enfoncée, une petite tache punctiforme brunâtre; puis, en allant du centre à la périphérie, une petite aréole transparente d'un blanc brunâtre plus ou moins foncé, d'aspect escharotique, une aréole plus grande, un peu saillante, d'un blanc mat; enfin une large aréole érythémateuse périphérique. Celle-ci s'étale beaucoup, et, quand on a enlevé plusieurs poils, toute la région est d'un rouge vif. Quand l'action du courant a été très énergique, il se forme assez souvent, au point touché dans les quelques secondes qui suivent l'opération, une vésicule contenant un liquide séreux. Tous ces phénomènes tendent à disparaître très vite. Au bout de trois quarts d'heure à peine, il ne reste plus d'ordinaire que la petite aréole brunâtre ou la vésicule avec un peu de rougeur périphérique.

La douleur causée par l'opération est vive; elle est cependant supportable. Je n'ai jamais employé les injections sous-cutanées de cocaïne. Les points les plus douloureux sont les commissures labiales, le rebord tout entier du maxillaire inférieur, les régions sus-hyoïdienne et préauriculaire. Pendant les premières séances, lorsque je détruisais des poils vers le trou mentonnier, ma malade me disait éprouver dans la bouche un goût salé des plus nets. Dès que l'opération est terminée, la douleur cesse presque complètement; il ne persiste plus qu'une légère sensation de cuisson.

Deux jours après l'opération, les points où le courant n'a pas passé pendant plus de dix à douze secondes, sont un peu rouges et indurés; au bout de quatre à six jours, ils ne forment plus qu'une tache rouge, puis ils disparaissent. Ceux où il a été nécessaire d'agir plus longtemps, présentent parfois une petite croûtelle centrale, mais surtout une rougeur assez vive de la grandeur d'une grosse lentille, et un noyau d'induration plus ou moins volumineux. Ce noyau ne devient gros et douloureux que du deuxième au sixième jour, c'est-à-dire lorsque l'inflammation consécutive se développe, puis il diminue graduellement et finit par disparaître au bout d'un temps variable. J'en ai vu persister pendant huit ou dix jours au moins et même plus. Ainsi que tous les auteurs l'ont recommandé, il ne faut pas enlever le même jour plusieurs

poils voisins les uns des autres, car il pourrait dans ce cas se développer de véritables eschares.

En certains points, situés surtout vers le rebord du maxillaire inférieur, les poils sont volumineux et obliques par rapport à la surface de la peau ; il est alors nécessaire de donner à l'aiguille une direction inclinée, et comme l'on est parfois obligé de faire passer le courant pendant vingt-cinq ou trente secondes, on peut déterminer une légère escharification de la partie du tégument qui recouvre le trajet oblique du poil. Dans ces cas, il se forme une vésicule, puis une croûte sèche, qui tombe du quatrième au huitième jour, quelquefois plus tard, en laissant une petite dépression au centre même du noyau induré. Autant que je puis en juger par ce que j'ai déjà constaté, il ne semble pas persister de déformation cicatricielle bien apparente. Cependant, comme la plupart des auteurs en ont observé, je m'attends à en voir se former quelques-unes : en tous cas elles semblent devoir être fort légères. En ce moment, sur beaucoup de points opérés, on ne voit plus ni vestige de poils, ni traces de cicatrices ; en d'autres, il n'y a plus qu'une petite tache rougeâtre vascularisée. En d'autres enfin, plus récemment traités, existent des tubercules indurés plus ou moins rouges, plus ou moins volumineux ; quelques-uns présentent une dépression centrale assez profonde. Je ne saurais dire quelle est la proportion des poils enlevés qui ont repoussé ; la malade, qui s'observe avec le plus grand soin, prétend qu'il y en a fort peu : je ne veux ni l'affirmer, ni même le croire. Mais il est incontestable que parmi les poils qui ont été opérés aux premières séances, il en est beaucoup qui n'ont pas repoussé et qui semblent être radicalement détruits.

Les poils qui ont subi l'action de l'électrolyse ne présentent pas de bien grandes modifications à l'examen microscopique. Ils sont clairs et transparents. Parfois l'aiguille a traversé directement le bulbe, qui est alors déchiqueté et comme atrophié, et dans ce cas il n'est pas rare de voir des débris noirâtres rester dans le follicule. Ils se détachent d'ordinaire, mais pas toujours, sans la moindre gaine. Je me réserve d'ailleurs d'insister plus tard sur ce point assez délicat.

En somme, à l'heure actuelle, j'ai déjà pratiqué 36 opérations et enlevé 1312 poils à ma malade, ce qui donne une moyenne de 36 poils environ par séance (de 27 minimum à 48 maximum). Quand on a détruit trente poils, l'opération devient très douloureuse pour la malade et très pénible pour le médecin ; on ne voit plus nettement ni l'extrémité de son aiguille, ni l'orifice des follicules pileux. Chaque séance dure de trois quarts d'heure à une heure ; quand on peut diviser, comme je l'ai fait, la région à épiler en plusieurs zones, il est facile d'opérer trois fois par semaine, en réalité on n'opère ainsi chaque zone que tous les dix ou quinze jours.

En somme, je crois que les résultats obtenus à l'heure actuelle me permettent d'espérer une guérison complète. Evidemment le cas n'est pas favorable : il faut beaucoup de patience, de persévérance et de courage chez la malade et chez le médecin pour arriver à mener à bonne fin un traitement qui exige la destruction un à un de plusieurs milliers de poils. Mais les cas usuels d'hypertrichose ne sont pas aussi complexes : il suffira souvent de quelques séances, parfois d'une seule, pour détruire tous les poils qui constituent la difformité. Ces faits, qui rentrent dans la pratique courante, seront le triomphe de la méthode que je viens d'exposer, et j'estime qu'à ce titre elle est appelée à rendre de réels services et qu'elle doit être prise en sérieuse considération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Développement des éléments de la substance grise corticale des circonvolutions cérébrales. Note de M. *Vignal*. — Des recherches exposées par l'auteur il résulte que les cellules de la substance grise restent à l'état de cellules indifférentes jusqu'à une époque assez tardive de la vie embryonnaire. Ce n'est que vers le milieu du sixième mois qu'on peut, avec les méthodes actuelles, en apercevoir quelques-unes présentant une différenciation. Les premières cellules nerveuses qui apparaissent sont celles qui forment la partie inférieure de la troisième couche de Meynert (couche des grands corpuscules pyramidaux corticaux) ; les cellules de cette couche ont presque toutes fait leur apparition vers le milieu du septième mois. Dans le courant du septième mois apparaissent les cellules nerveuses de la quatrième couche ; puis, durant le huitième mois, celles de la deuxième et de la cinquième. Quant à la première couche de Meynert, qui est formée, ainsi que l'a établi Exner, de fins tubes nerveux, elle fait son apparition dès la sixième semaine, en même temps que la substance blanche.

A la naissance, on peut reconnaître facilement, dans la substance grise, les cinq couches de Meynert, quoique un grand nombre de cellules soient encore loin de présenter l'aspect qu'elles auront à l'état adulte. Les cellules de la névroglie ne commencent à apparaître qu'au huitième mois.

Enfin, si l'on compare le développement de la substance grise du cerveau à celui de la substance grise de la moelle, on est frappé du retard que présente le cerveau. En effet, dans la moelle, les cellules nerveuses commencent à apparaître vers la dixième semaine de la vie utérine ; dans le cerveau, seulement à la vingt-huitième semaine.

Influence des vapeurs anesthésiques sur les tissus vivants. Note de M. *R. Dubois*. — L'auteur rappelle les nombreuses communications qu'il a faites à la Société de biologie sur l'action des vapeurs de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée, et principalement sur l'action des vapeurs de chloroforme, d'éther, de sulfure de carbone, d'alcool sur le protoplasma des tissus végétaux et animaux. Il ne s'agit pas d'un phénomène d'osmose, ni de dessiccation, de desséchement comparable à ce que l'on connaît, mais bien d'une affinité véritable mise en jeu, les protoplasma absorbant les vapeurs des liquides anesthésiques et rejetant une certaine quantité d'eau. On peut s'expliquer ainsi l'action antiseptique de ces vapeurs, les spores et les organismes ayant besoin d'absorber de l'eau pour se développer.

Un chronomètre a embrayage magnétique. Note de M. *A. d'Arsonval*. — Cet appareil a pour but d'étudier la vitesse de transmission des impressions sensitives à travers la moelle épinière normale ou pathologique. Très habilement construit sur les indications de M. d'Arsonval par M. Ch. Verdin, il présente surtout comme avantages sur les autres appareils imaginés jusqu'à présent, de supprimer tout apprentissage, ainsi qu'une série d'opérations qu'on ne peut songer à demander au clinicien et encore moins au médecin praticien dans sa clientèle privée. De dimensions minimes, il se loge dans une boîte circulaire de 20 centimètres de diamètre sur 6 d'épaisseur. Son faible volume et la facilité de son maniement en font un appareil essentiellement clinique, destiné, dans bien des cas, à éclairer la pathologie nerveuse. Il peut encore rendre des services pour la mesure des phénomènes de courte durée, mesure pour laquelle on recule souvent devant les complications de la méthode graphique.

Enfin, nous dirons qu'il a permis déjà de constater, pour la physiologie des sens, des phénomènes nouveaux très intéressants.

CANDIDATURES. — L'Académie reçoit les lettres de candidature de MM. Hayem et Ch. Richet dans la section de médecine et de chirurgie.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Weber* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

M. le docteur *Millot-Carpentier* (de Montceauvez, Nord) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*).

M. le docteur *Henry Liouville*, député, transmet le texte de deux amendements qu'il vient de proposer à la loi de finances afin d'augmenter de 2200 francs le budget du service de la vaccine à l'Académie et d'affecter 50 000 francs à la création d'Instituts de vaccination dans les départements, aussi bien contre la variole que contre les autres affections transmissibles dont les vaccins sont aujourd'hui connus.

M. *le Secrétaire annuel* dépose : 1° au nom de M. *H.-Ch. Monod*, préfet du Finistère, une brochure ayant pour titre : *L'épidémie de choléra au Guilvinec en 1885*; 2° de la part de M. le docteur *Péan*, un mémoire imprimé, intitulé : *Des tumeurs végétantes du péritoine pelvien à forme colloïde ou myxomateuse;* 3° au nom de M. le docteur *Grellety*, un mémoire sur le *traitement du prurit anal;* 4° de la part de M. le docteur *Watson* (de Philadelphie), un ouvrage intitulé : *A treatise on amputations of the extremities and their complications.*

M. *Riche* présente un mémoire de MM. *Nicati* et *Rietsch* sur *la pathogénie du choléra*.

M. *Léon Le Fort* dépose le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, par M. le docteur *S. Baudry* (de Lille).

M. *Cornil* fait hommage, au nom de M. le docteur *Babès* et au sien, de la 2° édition de leur ouvrage ayant pour titre : *Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses.*

M. *Ernest Besnier* dépose la relation, par M. le docteur *Goldenstein*, d'un cas de *prothèse de la bouche et de la face.*

M. *Vidal* présente un mémoire imprimé de M. le docteur *Feulard*, sur *les teignes et les teigneux*, pour le concours du prix Vernois en 1886. (Inscrit sous le n° 9.)

M. *Fournier* fait hommage de son ouvrage intitulé : *La syphilis héréditaire tardive.*

— L'Académie se forme en comité secret, aussitôt après la correspondance et les présentations, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Lannelongue* sur les candidats au titre d'associé étranger et d'un rapport de M. *Laboulbène* sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*). — Les candidats pour le titre d'associé étranger sont classés comme suit : 1° M. *Michaux* (de Louvain); 2° *ex æquo*, MM. *Van Beneden* (de Gand) et *Ch. West* (de Londres). — La liste des candidats au titre de correspondant national est établie de la manière suivante : 1° M. *Diday* (de Lyon); 2° *ex æquo*, MM. *Grasset* (de Montpellier) et *Mahé* (de Constantinople); 3° *ex æquo*, MM. *Mandon* (de Limoges), *Picot* (de Bordeaux) et *Tillot* (de Luxeuil).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 MAI 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre : M. Le Fort. — Essai de traitement d'un anévrysme artério-veineux par l'électro-puncture : M. Polaillon. — Guérison d'une fistule vésico-utérine par un ensemble nouveau de manœuvres : M. Follet (de Lille). — Résection du poumon et néphrectomie chez un même malade : M. Demons (de Bordeaux). — Pathogénie microbienne des kystes sébacés : M. Poncet (de Cluny).

M. *Le Fort* termine sa communication sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Il prend une à une les objections qu'on a faites à son procédé opératoire et les réfute. La dilatation immédiate progressive, suivant l'orateur, s'applique à tous les cas où peut être employée l'uréthrotomie interne; elle remplit les mêmes indications que cette opération, et a sur elle, indépendamment de sa facilité d'exécution, cet immense avantage de moins exposer aux récidives, à la condition expresse que le malade continue à se sonder. Suivant M. Le Fort, c'est une erreur de croire, ainsi qu'on l'a dit et répété, que la section du rétrécissement mette une pièce au canal; en réalité, il se produit bel et bien, à la longue, un tissu de cicatrice rétractile ici comme partout.

M. *Marc Sée* a vu des pièces d'uréthrotomie expérimentale sur des chiens, à l'époque où l'on se préoccupait de vérifier les opinions émises par Reybard. Sur ces pièces, il a pu se rendre compte de l'exactitude de ces assertions : l'uréthrotomie interne ajoute bien, en réalité, une pièce au canal de l'urèthre.

— M. *Polaillon* communique une observation d'essai malheureux de guérison d'un anévrysme artérioso-veineux par l'électro-puncture. Un garçon boucher, jusqu'alors très bien portant, sans antécédents nerveux personnels ou de famille, se fait, à l'âge de seize ans, une plaie du triangle de Scarpa avec un couteau. Il est simplement traité par la compression et guérit rapidement avec un anévrysme artérioso-veineux. Quelques mois après il est pris de vertiges et a des attaques épileptiformes d'abord éloignées, puis de plus en plus rapprochées; bientôt aussi il éprouve des battements de cœur et des bourdonnements d'oreilles, qui lui rendent l'existence insupportable. C'est dans ces conditions qu'il se présente à l'examen de M. Polaillon, qui constate comme phénomènes objectifs le développement exagéré des ramifications artérielles et veineuses de tout le membre. La communication entre les deux vaisseaux siège à 1 centimètre au-dessous de l'arcade crurale; il n'y a pas de sac proprement dit. La compression paraissait impraticable, et d'ailleurs elle avait échoué; avant de faire la ligature, M. Polaillon voulut tenter l'électropuncture. Trois séances successives eurent lieu avec toutes les précautions réclamées en pareille occurrence. Les deux premières n'apportèrent aucune modification dans la tumeur; à la suite de la dernière le thrill et le souffle diminuèrent manifestement. Cependant les jours suivants le malade accusa du malaise, du mal de gorge, des frissons; l'auscultation révéla l'existence de râles fins dans les poumons et la présence d'infarctus, et bientôt se montra un épanchement abondant dans le péricarde. On trouva à l'examen microscopique du sang une grande quantité de microbes et de globules blancs. Finalement, le malade succomba avec un cortège d'accidents pouvant en imposer pour l'infection purulente. Les lésions trouvées à l'autopsie furent celles de la septicémie. M. Polaillon attribue le développement de cette septicémie à ce que les aiguilles qui ont servi à l'électropuncture n'avaient pas été flambées, et à ce que, par conséquent, toutes les précautions antiseptiques n'avaient pas été prises.

M. *Verneuil* croit qu'il ne faut pas de demi-mesures vis-à-vis des anévrysmes artérioso-veineux ; on doit ou les laisser tranquilles, ou les attaquer ouvertement en liant non seulement l'artère et la veine principales au-dessus et au-dessous, mais encore les branches artérielles et veineuses intermédiaires. C'est de cette façon qu'il a agi heureusement vis-à-vis d'un anévrysme poplité, dont il a rapporté, il y a quelques années, l'observation à propos d'un travail de M. Reclus. L'adhérence de l'artère et de la veine, que l'on voit sur la pièce anatomique, n'était pas un obstacle à cette ligature, car on pouvait lier sans inconvénient les deux vaisseaux à la fois, ainsi que M. Verneuil l'a fait maintes fois dans certaines amputations. Un fait intéressant que M. Verneuil a déjà signalé, c'est la transformation septique des caillots qui se forment dans les anévrysmes : cela rend d'autant plus redoutables les dangers des embolies.

M. *Le Fort* voit dans ce fait malheureux de M. Polaillon une nouvelle confirmation de l'opinion à laquelle l'a conduit le dépouillement d'un grand nombre d'observations, lorsqu'il

rédigeait l'article Anévrysme du *Dictionnaire encyclopédique*. Cette opinion est qu'il ne faut jamais toucher aux anévrysmes artério-veineux, quels que soient même les accidents qu'ils déterminent. Il connaît une dame qui, atteinte d'un anévrysme artério-veineux, dont le bruit de souffle l'empêche de dormir dans son lit, prend tous les matins une voiture pendant plusieurs heures pour se livrer au sommeil. Le roulement de la voiture, mêlé au bruit de l'anévrysme, lui permet alors de dormir. L'électrolyse est, d'après M. Le Fort, le procédé qui convient le moins au traitement des anévrysmes artério-veineux. Elle ne détermine pas, en effet, comme on pourrait le croire, la formation de caillots, mais bien celle d'une mousse temporaire formée par la coagulation fugace des matières albuminoïdes du sang. C'est un fait que M. Le Fort a bien souvent vérifié expérimentalement. Si l'électropuncture réussit si bien dans la thérapeutique des tumeurs érectiles, c'est à cause des nombreux tractus cicatriciels qu'elle provoque dans le tissu morbide.

— M. *Follet* (de Lille) a guéri récemment une fistule vésico-utérine à l'aide de manœuvres qui, pour n'être pas nouvelles, n'ont cependant jamais été employées simultanément dans ce but. Ces manœuvres ont consisté à dilater l'urèthre et à introduire le doigt dans la vessie jusqu'au niveau de la fistule, à décoller la vessie de l'utérus, à abaisser les deux organes à la vulve, et alors à suturer avec la plus grande facilité les lèvres de la fistule vésicale.

M. *Verneuil* rappelle que ces manœuvres se rapprochent beaucoup du procédé bien connu de Jobert (de Lamballe). Il ne croit pas sans inconvénient l'abaissement de l'utérus, et pour lui il préfère toujours opérer en place. Si le col de l'utérus le gêne, il le fend sur la ligne médiane, ou, encore mieux, pratique la résection cunéiforme de la lèvre antérieure; de cette façon il arrive toujours sur la fistule, si haut qu'elle soit placée, et la traite le plus souvent, comme on le sait, par la réunion immédiate secondaire.

— M. *Demons* (de Bordeaux) communique l'observation d'un individu atteint d'un coup de couteau à la partie inférieure du thorax, qui détermina une hernie du poumon et une blessure du rein. La partie herniée du poumon fut d'abord réséquée. Quelques jours après, on constata par la plaie non cicatrisée la sortie d'un liquide que l'examen chimique révéla être de l'urine. M. Demons, en présence de cette fistule urinaire, fit la néphrectomie. Le malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

— M. *Poncet*, continuant, après le chalazion, l'étude des kystes sébacés en général, conclut à la présence dans ces cavités d'un microcoque très abondant garnissant la face des épithéliums. Pour le trouver, la substance sébacée des kystes est lavée à l'éther, et l'épithélium qui descend au fond du tube, aspiré avec une pipette, puis traité sur les lamelles, suivant la méthode de Gramm, à la couleur de gentiane, en ayant soin toutefois de laver soigneusement à l'alcool absolu: sur ces préparations, les microcoques apparaissent en grande quantité; quelques-uns sont libres, détachés de l'épithélium, et restent alors bien plus faciles à reconnaître. Ce microcoque sébacé est la cause du développement des kystes, et l'accroissement de ces derniers reste lié d'une façon exacte à la genèse du microbe. M. Poncet pense que le traitement des petites loupes, si connu et si simple, par la cautérisation au fer rouge, au caustique d'un petit point du kyste, traitement qui amène son ratatinement et son élimination, doit s'expliquer par l'élévation de température locale, qui suffit, à un moment donné, à tuer le parasite. Celui-ci détruit, le kyste s'affaisse et s'élimine.

— M. *U. Trélat* a été nommé membre titulaire de la Société au cours de la séance.

Alfred Pousson.

Séance du 2 juin 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Réduction d'une luxation du gros orteil gauche, rapport de M. Farabeuf. — Un cas de kyste dermoïde acquis : M. Poulet. — Continuation de la discussion sur l'uréthrotomie interne : MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Trélat, Verneuil.—Hystèrectomie vaginale : M. Terrier. — Appareil pour les fractures de jambe et de cuisse : M. Pluquet.

M. *Farabeuf* rend compte d'une observation adressée à la Société par M. Vignal. Elle a trait à une luxation du gros orteil gauche. Pour la réduire, M. Vignal exagéra autant qu'il put l'extension, et imprima alors à la phalange un mouvement de propulsion d'arrière en avant. Ces manœuvres ont été dictées par la connaissance de la situation respective des appareils ligamenteux de l'articulation métacarpo-phalangienne luxée.

— M. *Poulet* a observé un cas curieux de kyste dermoïde acquis. Un individu a une plaie de la paume de la main par instrument piquant, qui guérit rapidement. Cinq ou six mois après, on constate au niveau de la plaie cicatrisée l'existence d'une petite tumeur du volume d'une olive, dont on pratique l'extirpation. L'examen de la pièce a fait reconnaître dans ses parois la présence des divers éléments de la peau.

— M. *Tillaux* prend la parole au sujet de l'uréthrotomie interne. De même qu'il ne comprend pas qu'on la rejette absolument de la thérapeutique des strictures uréthrales, il ne saurait la considérer comme applicable à tous les cas. Comme toutes les opérations, elle a ses indications. Bien employée, elle rend de très grands services et ne fait courir aucun danger aux malades. On doit la pratiquer lorsque la résistance de la coarctation, l'intolérance de l'urèthre s'opposent au rétablissement du calibre normal du canal par la seule dilatation.

M. *Lucas-Championnière* considère l'uréthrotomie interne comme une opération inoffensive, et il ne s'explique pas les attaques dont elle est l'objet. Il l'a pratiquée un assez grand nombre de fois, souvent dans des conditions très défavorables à toute intervention opératoire, et il n'en a jamais obtenu que de bons résultats. Toutes les fois que la dilatation ne rétablit pas rapidement le calibre de l'urèthre, on doit inciser le rétrécissement.

M. *Trélat*, qui a déjà défendu la cause de l'uréthrotomie interne il y a vingt ans, alors que cette opération était encore bien plus discutable qu'aujourd'hui, n'a pas changé d'opinion depuis cette époque. Il considère l'uréthrotomie interne comme le plus précieux adjuvant de la dilatation, qui est et qui doit rester la véritable méthode curative du rétrécissement de l'urèthre. L'incision de la coarctation, qu'elle soit fibreuse, cicatricielle ou valvulaire, assure bien mieux que la divulsion la réussite de la dilatation ultérieure du rétrécissement. La méthode de M. Le Fort n'est qu'une dilatation rapide, qui, comme la dilatation lente, doit échouer lorsque le rétrécissement n'est pas dilatable. C'est alors qu'est indiquée l'uréthrotomie interne. Cette opération est inoffensive, et sa bénignité augmentera sans doute encore au fur et à mesure que se perfectionneront le manuel opératoire et l'antisepsie de l'urèthre, de la vessie, etc.

M. *Verneuil* croit l'uréthrotomie interne plus grave qu'on ne veut bien le dire. C'est ainsi que, chez un individu dont les reins sont profondément altérés, elle peut déterminer très rapidement la mort, et dans ces conditions il se demande si l'uréthrotomie externe ne serait pas moins dangereuse. On a abusé des incisions internes des rétrécissements, et rien encore n'est moins précis que ses indications. Le procédé de dilatation immédiate progressive de M. Le Fort présente sur l'uréthrotomie interne de grands avantages, et M. Verneuil n'hésite pas à lui donner la préférence.

M. *Trélat* ne peut laisser accuser l'uréthrotomie interne

de déterminer la mort de malades dont les reins désorganisés ne fonctionnent plus. Toutes les opérations, dans ce cas, sont graves. Si l'on veut sainement juger la valeur d'une opération par rapport à une autre, il faut que les conditions générales du malade en expérience soient semblables dans les deux cas.

— M. *Terrier* vient de pratiquer avec succès une nouvelle opération d'hystérectomie vaginale. La malade, âgée de quarante-quatre ans, était atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus. L'opération a été faite suivant les règles opératoires que M. Terrier a déjà employées, et qu'il a exposées devant la Société. Afin d'assurer l'hémostase, de longues pinces hémostatiques ont été laissées à demeure sur le pédicule formé par les ligaments larges pendant quarante-huit heures, et la malade a guéri sans aucune espèce d'accident, sans que sa température ait jamais dépassé 38°,2. L'examen histologique de l'utérus a montré que son col était envahi par un épithélioma pavimenteux lobulé.

A cette occasion, M. Terrier dit avoir revu ces jours derniers la malade qu'il a opérée il y a un an. Sa santé est excellente, et elle ne présente aucune trace de récidive. Il en est de même d'une autre opérée de six mois. Enfin, tout dernièrement, M. Terrier a opéré une autre femme chez laquelle tout fait présager un succès.

M. *Trélat* a aussi revu une malade qu'il a opérée il y a onze mois, et il a constaté qu'elle n'offrait encore aucune menace de récidive.

— M. *Pluquet* (d'Amiens) présente un appareil pour les fractures de jambe et de cuisse.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Sur l'innervation du cœur: M. Judée. — Résultats de l'ablation des centres psycho-moteurs : M. Dupuy.— Sur l'excitabilité de la substance corticale du cerveau : M. Dupuy. — Résultats de l'ablation du cervelet : M. Dupuy. — Sur la classification des alcaloïdes : M. Œsohner de Coninck. — Le pouls puerpéral physiologique: M. Louge.

M. *Judée* lit un travail critique sur la double innervation du cœur, excito-motrice (accélératrice) et modératrice, dans lequel il propose une explication, qu'il croit nouvelle, des actions nerveuses qui s'exercent sur le cœur.

— M. *Dupuy* présente un chien sur lequel il a enlevé le gyrus sigmoïde de chaque côté. Ce chien, complètement rétabli, ne présente pas de troubles moteurs; il se heurte seulement quelquefois aux obstacles, à cause de sa cécité, seule suite actuelle de l'opération qu'il a subie.

M. *Laborde* fait remarquer que cet animal présente, à son avis, un peu de parésie et de la faiblesse, du vacillement dans les pattes antérieures surtout.

— M. *Dupuy* a poursuivi les expériences dont il a déjà entretenu la Société sur la cause de l'excitabilité électrique de la substance corticale du cerveau. D'après les nouvelles recherches qu'il a instituées, il croit plus que jamais que cette excitabilité n'est qu'apparente et tient seulement à la diffusion du courant le long des vaisseaux.

— M. *Dupuy* a récemment enlevé le cervelet à un chien; cet animal se rétablissait, lorsqu'il a été pris de raideurs tétaniques, s'est mis à crier d'une façon incessante et est devenu aveugle; de plus, il va toujours du côté opposé à celui où on voudrait le faire aller.

— M. *Quinquaud* présente une note de M. *Œschner de Coninck* sur la classification des alcaloïdes artificiels, divisés en artificiels fixes et artificiels volatils.

— M. *François-Franck* dépose un travail de M. *Louge* sur le pouls puerpéral physiologique.

REVUE DES TRAVAUX DES CONGRÈS

Association néerlandaise pour les progrès de la médecine.

TRAVAUX POUR L'ANNÉE 1885.

Section d'Amsterdam.

A la séance du 29 janvier, le professeur Pel présente une femme de quarante-deux ans atteinte d'une tumeur de la voûte de l'orbite, une exostose probablement, ayant produit une atrophie du nerf optique de ce côté, de l'anosmie et de la parésie faciale. Le professeur Kuhn rapporte une observation de sciatique très rebelle chez une vieille femme; elle mourut très vite dans le collapsus. A l'autopsie on trouva un *anévrysme de l'artère vésicale moyenne* qui avait comprimé et presque atrophié le sciatique ; la mort était consécutive à sa rupture ; toutes les artères du bassin étaient dilatées.

A la séance du 23 février, le professeur Stokvis lit un mémoire *sur l'action des préparations ferrugineuses*. Il rappelle que Cl. Bernard ne croyait pas que le fer fût absorbé parce que, après son administration, on ne le trouvait pas en plus grande quantité qu'auparavant dans le sang de la veine porte; il attribuait ses effets à l'excitation favorable produite par lui sur la muqueuse gastrique, excitation qui augmente l'appétit et favorise la digestion. Schmiedeberg croit que le fer administré est expulsé avec les fèces; un de ses élèves, Williams, a essayé de démontrer que l'introduction directe du fer dans la circulation produit des phénomènes d'empoisonnement caractérisés par la dépression du système nerveux central, la diminution d'excitabilité des muqueuses, des altérations de l'intestin, phénomènes comparables jusqu'à un certain point à ceux qu'on obtient avec le mercure, l'antimoine et l'arsenic. On le trouve toujours alors dans les urines, on ne l'y trouve jamais quand on l'administre à l'intérieur. Des recherches de Wild contredisent les précédentes : ainsi il a dosé le fer chez un individu présentant une fistule de l'intestin grêle : la quantité renfermée dans les matières fécales était notablement moindre que la quantité administrée. Chez les animaux qui ont pris longtemps du fer, on ne retrouve dans l'estomac que 24 pour 100 du poids introduit; 47 pour 100 dans l'intestin grêle, 83 pour 100 dans le cæcum et 91 pour 100 dans le rectum ; il en conclut que le médicament s'absorbe et s'élimine ensuite, de telle sorte qu'une certaine quantité est déversée probablement avec la bile dans la partie inférieure du tube digestif; de plus, l'administration prolongée à l'intérieur est parfois suivie d'accidents. Trousseau et Graves en ont signalé. Hösslin a démontré que de deux jeunes chiens prenant, l'un exclusivement du lait, l'autre du lait et de l'albuminate de fer, le second avait notablement plus de poids que le premier. L'auteur pense que le fer s'emmagasine dans les organes hématopoiétiques, et qu'il sert à la régénération de l'hémoglobine lorsque la quantité diminue par une cause accidentelle, une hémorrhagie par exemple.

L'auteur ne croit pas qu'on doive préférer les injections sous-cutanées de fer à l'administration par la bouche, parce que d'après lui le métal est excrété par l'urine sans s'être localisé sur les organes dont il modifie l'action.

A la séance du 23 septembre, le docteur Zwardmaker jette un coup d'œil sur la *statistique de la mortalité en Hollande* pendant l'année 1883. Il y eut un excédent

de 1200 décès sur 1882, dû aux fièvres éruptives, à la diphthérie et à la pneumonie. Des épidémies de variole eurent lieu à Rotterdam et Oud-Beierland; dans la première, la mortalité fut à peu près nulle parmi les revaccinés; dans la seconde on n'a pas remarqué que la revaccination ait eu aucune influence.

A la séance du 23 octobre, le docteur V.-D. Horst présente un jeune homme de quinze ans, atteint trois semaines auparavant sans phénomènes antérieurs d'aucune sorte d'une parésie du bras droit avec élévation de température et gonflement de la main du même côté; mouvements passifs possibles, mouvements actifs limités : affaiblissement de l'épaule et du coude; légers troubles de sensibilité à l'extrémité inférieure droite. Pas de douleur de tête; douleur à gauche sur le crâne au niveau des circonvolutions centrales. Depuis un an environ, attaques d'épilepsie. L'auteur croit à une tuberculose limitée du côté gauche, d'autant mieux qu'il présente déjà des phénomènes suspects du côté des sommets.

Dans une autre séance le docteur Woorthins avait rapporté une observation du même ordre : Un enfant de quatorze ans se plaint tout à coup d'une faiblesse de la main et de l'avant-bras gauche survenue sans cause connue. Au bout de douze heures, contractions cloniques du même bras avec mouvements convulsifs de la tête; sensorium intact; le lendemain, hémiparésie gauche et fourmillements dans le pied correspondant. Au bout de trois jours hémiplégie complète avec hémianesthésie. Le dixième jour, perte de connaissance, érections, incontinence d'urine, parésie faciale du côté gauche; langue déviée à droite. Mort au bout de dix-huit jours.

Autopsie. Beaucoup de sang dans les sinus de la duremère. A droite, adhérences à la pie-mère au niveau des circonvolutions centrales. Thrombose du sinus longitudinal. Eruption tuberculeuse avec hyperhémie prononcée de la piemère au voisinage des adhérences; quelques tubercules isolés dans la fosse de Sylvius du côté droit; moins à gauche; substance cérébrale de l'hémisphère droit plus molle que celle de l'hémisphère gauche. Dans l'écorce grise des circonvolutions centrales, petits foyers d'hémorrhagie. L'auteur pense que les fourmillements du début correspondaient au développement de la méningite locale. L'attaque d'apoplexie fut probablement consécutive à la thrombose du sinus et au ramollissement correspondant. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1886, n° 10, p. 506.)

REVUE DES JOURNAUX

Nouvelle méthode de broncho-plastique, par M. A. JACOBSON. — Il s'agit d'une méthode pour obtenir l'occlusion permanente d'une fistule et d'empêcher ainsi la résorption des matières sécrétées par elle ou la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané (emphysème) lorsqu'il s'agit de fistules de l'arbre aérien. Le procédé de Jacobson rentre dans la catégorie des *opérations plastiques par doublure*, dont la première idée appartient à Nélaton et qui a été appliquée par Sédillot et avec modifications par Hueter. Il se rapproche surtout du procédé de Le Fort, qui consiste, comme on le sait, à faire autour de la fistule et sur son bord même une incision prolongée en haut et en bas de manière à la rendre elliptique, puis à pratiquer à 5 millimètres en dehors une incision parallèle à la première, les deux incisions n'intéressant que *les couches les plus superficielles du derme*; en enlevant la couche superficielle du derme entre ces deux incisions, on obtient une surface avivée elliptique tout autour de l'orifice de la fistule; en faisant un pli à la peau de chaque côté, on rapproche les surfaces avivées et on pratique 5 ou 6 points de suture. La modification proposée par M. Jacobson consiste à faire de prime abord deux plis à la peau, à aviver ces deux lambeaux à leur sommet, enfin à rapprocher les bords avivés et à pratiquer la suture. L'opération paraît à l'auteur plus aisée, plus rapide et plus sûre par ses résultats. Il a parfaitement réussi pour une fistule de la trachée, pour une fistule congénitale de l'urèthre sur le corps même du pénis et pour un hyspopadias à la face inférieure du gland. Dans le cas de Le Fort, malgré toute l'habileté de l'opérateur, avait persisté une petite fistule dont l'oblitération ne fut obtenue que par des attouchements réitérés à la pierre infernale. (*Archiv. für klin. Chirurg.*, Bd XXXIII, H. 3, 1886.)

Hydroa, par M. H. RADCLIFFE CROCKER. — Les anciens appelaient *hydroa* un grand nombre d'éruptions vésiculeuses, les *sudamina* entre autres. Ce terme était complètement tombé en désuétude lorsqu'il fut repris par Bazin, qui distinguait trois variétés d'hydroa, l'*hydroa vésiculeux*, l'*hydroa vacciniforme* et l'*hydroa bulleux;* Bazin luimême reconnut par la suite l'identité de l'hydroa vésiculeux avec l'affection décrite par Bateman sous le nom d'herpès iris; cependant Tilbury Fox décrivit de nouveau l'hydroa vésiculeux, mais sous le nom d'*hydroa simple;* une autre variété, qui n'est qu'une exagération de la précédente, reçut de lui le nom d'*hydroa herpétiforme.* Quant à l'hydroa vacciniforme, T. Fox le considéra comme une variété du bulleux, dont les vésicules s'ombiliqueraient; à l'hydroa bulleux lui-même on donna le nom d'*hydroa prurigineux*, affection très rare.

M. Radcliffe Crocker pense que l'hydroa herpétiforme est identique avec le pemphigus prurigineux de Chausit et de Hardy, avec la dermatite herpétiforme de Dühring. C'est cette affection qui a fait le sujet de son mémoire. Après avoir décrit avec soin huit cas observés par lui, il arrive aux conclusions suivantes :

1° Il existe un groupe de maladies distinctes du pemphigus, de l'herpès et de l'érythème exsudatif, quoique réunissant quelques-uns des traits de chacune de ces dermatoses; le terme d'hydroa herpétiforme lui convient fort bien.

2° Il faut en distraire certaines éruptions bulleuses anormales.

3° L'hydroa herpétiforme est caractérisé à un moment donné par la présence d'un érythème le plus souvent circiné et couvert de vésicules, de bulles ou de pustules offrant plus ou moins la disposition herpétiforme. Ces éléments existent simultanément avec prédominance de l'un ou de l'autre. Le prurit est intense, la durée de la maladie prolongée. Il y a tendance aux récidives.

Le traitement est simple; régime sévère, pas d'alcool, tranquillité d'esprit, arsenic à doses de plus en plus élevées jusqu'à atteindre la limite physiologique, etc. (*The British med. Journal*, 22 mai 1886.)

De la périsplénite, par M. G. KRÖNIG. — On sait que dans certains cas difficiles on peut aisément prendre pour un frottement pleurétique des bruits rythmiques d'origine péritonéale et particulièrement périhépatique; M. Krönig rappelle à cet égard un travail d'Erb (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 5). A son tour, il rapporte deux observations de périsplénite, dans lesquelles des bruits de frottement, doux dans l'un des cas, rudes dans l'autre, auraient pu en imposer, si l'on n'avait trouvé la plèvre intacte d'une part, et l'hypochondre gauche douloureux spontanément et à la pression d'autre part. Le diagnostic a son importance, car la périsplénite présente le plus souvent une issue favorable, tandis que la pleurésie constitue toujours une maladie plus ou moins suspecte. La pathogénie de la périsplénite reste encore fort obscure. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 21.)

BIBLIOGRAPHIE

La grande Encyclopédie. Inventaire raisonné des sciences, des lettres et des arts, par une Société de savants et de gens de lettres, sous la direction de MM. Berthelot, Derenbourg, Dreyfus, Giry, Glasson, Hahn, Laisant, Laurent, Levasseur, Marion, Muntz et Waltz. Gr. in-8°. — Paris, 1886. H. Lamirault et Cie.

La *Grande Encyclopédie du dix-neuvième siècle* est, comme on le dit dans la préface, une œuvre de vulgarisation, c'est-à-dire accessible à tous, une œuvre dont les auteurs tiennent à honneur d'épargner au grand public les difficultés de la langue et de la méthodologie techniques. Fallait-il, pour ne point perdre ce but de vue, se limiter à une exposition claire et sèche des faits ou des lois admises à notre époque? On ne l'a pas pensé; une énumération, même bien faite, d'observations ne pourrait être qu'un catalogue sans valeur; l'exposé pur et simple des lois scientifiques n'aurait guère plus d'intérêt. On peut vulgariser sans laisser systématiquement de côté l'élément doctrinal et critique. Le volume qui vient de paraître montre à chaque ligne cette préoccupation. C'est peut-être dans les sciences médicales qu'il est le plus difficile de trouver un juste milieu, de s'orienter entre les naïvetés d'un exposé populaire et l'aridité nécessaire des ouvrages professionnels. On étudie les mathématiques pures et les mathématiques appliquées, la chimie du laboratoire et la chimie industrielle; on a beau s'ingénier à trouver une limite entre la pratique et la théorie, il a été impossible jusqu'ici d'y parvenir. Supposons, par impossible, qu'on perde momentanément de vue le but définitif de l'art : soulager, guérir ou consoler, la médecine n'a plus ni raison d'être, ni autonomie; les notions sur lesquelles elle repose tombent dans le domaine de la physique, de la chimie et des sciences naturelles. Fallait-il donc donner aux articles médicaux de l'*Encyclopédie* l'étendue qu'ils devraient avoir s'ils étaient destinés à des praticiens? Faire qu'elle pût servir d'appoint ou de complément aux ouvrages professionnels que leurs bibliothèques renferment? Il eût suffi pour cela d'annexer les grands dictionnaires spéciaux existant à notre époque, et de mettre au courant les articles rédigés depuis un certain temps. On a essayé d'éviter ces deux écueils; les articles de médecine et de biologie de l'*Encyclopédie* ont été rédigés avec soin par des hommes compétents; ils représentent l'état de la science en 1886 et non en 1836; pour ceux qui connaissent le sujet, c'est un excellent *memento;* pour ceux qui ne le connaissent pas, un exposé lucide et concis, capable d'éveiller le goût et la curiosité sur les sujets traités. Parle-t-on d'une maladie : on donne avec précision ce que l'on sait sur elle, on résume au besoin les recherches les plus récentes dont elle a été l'objet; un simple article de l'*Encyclopédie* suffit souvent pour épargner à l'anatomo-pathologiste et au chirurgien de longues et pénibles recherches.

Les personnes étrangères à la médecine peuvent même lire la chose avec avantage; elles seront édifiées sur l'état de la pathologie, sur les incertitudes et les difficultés du sujet; c'est là tout ce qu'un ouvrage de vulgarisation peut faire. Pour les procédés minutieux d'exploration, les finesses du diagnostic, les discussions thérapeutiques, ce sont là autant de choses exclusivement pratiques que le médecin seul peut comprendre, dont lui seul peut tirer profit. Leur exposition et leur analyse approfondie sont du ressort des ouvrages spéciaux; nulle part ils ne sont abordés dans l'*Encyclopédie.* Ce que nous disons pour la médecine, nous pourrions le dire pour toutes les sciences. Une détermination préalable du but, une conception très juste des moyens de l'atteindre sont les deux qualités dominantes de l'œuvre; elle est intéressante pour les médecins, parce qu'elle leur présente sous un volume restreint l'état précis des autres sciences à notre époque; parce qu'elle donne sur elles des notions concrètes et actuelles, difficiles à réunir dans bien des conditions.

L. Hahn.

De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, par M. le docteur Moncorvo, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la policlinique de Rio de Janeiro. — Paris, O. Berthier, 1886.

Après avoir justement fait remarquer que tous les médicaments antipyrétiques utiles chez l'adulte ne peuvent pas servir dans la médecine infantile et avoir rappelé les dangers de plusieurs d'entre eux, M. Moncorvo résume ses recherches sur l'antipyrine. Il a administré le médicament dans un grand nombre de maladies fébriles. Il affirme que la tolérance des enfants est très marquée. Il résume son opinion en déclarant que l'antipyrine est, chez les enfants, l'un des antipyrétiques les plus actifs et les moins dangereux. En lisant avec soin ses observations, on ne manquera pas cependant de faire quelques réserves. L'observation XXII, en particulier, est bien discutable et il semble que la quinine ait, dans ce cas, singulièrement contribué à amener l'apyrexie. Il importait cependant de citer l'opinion de notre savant confrère au sujet d'un médicament bien contesté et qui, nous le craignons, n'aura qu'une durée éphémère. C'est dire que nous n'admettons point encore que, même aux doses où il la prescrit, l'antipyrine soit toujours sans dangers. M. Moncorvo la prescrit sous forme de potion, de lavements ou d'injections hypodermiques. Celles-ci sont, dit-il, toujours utiles et toujours inoffensives. Dans un appendice à son travail, l'auteur indique les résultats qu'il a obtenus à l'aide de la thalline. Il a reconnu, comme la plupart de ceux qui l'ont employée, que la thalline est bien inférieure à l'antipyrine et ne saurait la remplacer.

L. L.

The Colloquial Faculty for languages, etc., par le docteur Walter H. Walshe, 2e édition, 1 vol. in-12. — Londres, J. et A. Churchill, 1886.

Le savant clinicien anglais, le brillant élève d'Andral, l'auteur du *Traité des maladies des poumons* et du *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, est en même temps un philosophe et un érudit. Dans ce livre où il résume nos connaissances actuelles sur les fonctions cérébrales et les applique à l'étude du langage, il montre une fois de plus que les médecins les plus dignes de ce nom ne peuvent se désintéresser des questions de doctrine et de méthode. On remarquera dans ce livre, d'une lecture si attrayante, ce que pense l'auteur des conditions dans lesquelles on arrive à apprendre plus facilement les langues étrangères et des relations qui peuvent exister entre les localisations cérébrales et certaines aptitudes pédagogiques. M. Walshe va jusqu'à tenter d'expliquer d'où provient le génie! Mais nous n'avons pas à le suivre dans l'exposé de ses études. Il nous suffisait de signaler l'œuvre nouvelle qu'il vient de publier.

A. E. d'O.

VARIÉTÉS

Association générale des médecins de France. — M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi), membre de la commission administrative de la Société centrale, décédé le mois dernier, a fait un legs de la somme de 10 000 francs à l'Association générale pour la caisse des pensions de retraites. (*Union médicale.*)

Prix Ernest Godard (1886). — La Société de biologie rappelle que le prix Ernest Godard, dont la valeur est de 500 francs, sera donné, dans le courant du mois de janvier 1887, à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie. Les mémoires peuvent être envoyés au secrétaire général de la Société de biologie jusqu'au 30 août 1886.

Société française de tempérance. — La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 20 mai 1886, sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à la Faculté de droit de Paris.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le professeur A. Duverger, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le docteur Motet, secrétaire général, les rapports de MM. Decaisne, Boyer et Bouchereau, et celui de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné une médaille d'argent à M. Marambat, des médailles de bronze à MM. les docteurs Séjournet et Legendre, 500 francs répartis entre MM. Julien Bottet, procureur de la République, le docteur A. Barrabé, François Delatire et le docteur A.-J. Devoisins; 168 diplômes de membre associé honoraire; 6 médailles d'argent; 180 médailles de bronze, 11 livrets de caisse d'épargne postale (115 francs) et 556 diplômes de témoignage de satisfaction; 157 volumes de ses bulletins; 116 exemplaires de l'*Essai sur l'intempérance*, de M. Edmond Bertrand; 115 manuels Picard; 20 exemplaires de la Conférence Homais; 205 exemplaires du *Mécanicien Gerbal*, de M. Paul Timon; et 1020 exemplaires des années 1880 à 1885 du *Bon Conseiller*, publié sous son patronage. (*Union médicale.*)

Exposition d'hygiène urbaine. — Les conférences ci-après seront faites à l'Exposition d'hygiène urbaine, caserne Lobau, derrière l'Hôtel de Ville, à huit heures un quart du soir :

Samedi 12 juin. — M. le docteur O. du Mesnil : Le nettoiement des villes; enlèvement et transport des ordures ménagères.

Mardi 15. — M. de Baudot, architecte : Les constructions et aménagements des lycées et colléges; le lycée Lakanal.

Jeudi 17. — M. Cheysson, ingénieur en chef des ponts et chaussées : Les maisons ouvrières et les logements à bon marché.

Samedi 19. — M. le docteur Bertillon : Les mouvements de la population parisienne.

Mardi 22. — M. le docteur Grancher : Les découvertes microbiennes; virus et vaccins.

Jeudi 24. — M. A. Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées : L'assainissement municipal.

Samedi 26. — M. le docteur Rochard : L'hygiène des villes dans les temps passés, présents et futurs.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Denis-Dumont, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen et chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville, décédé à Sartainville (Manche); de M. le docteur Rovillain, vice-président de l'Association des médecins de la Somme; de M. le docteur Magaud (de Lyon); de M. le docteur Henry Mac-Cormac (de Belfast), père du docteur William Mac-Cormac (de Londres), l'un des doyens du corps médical de l'Irlande.

Mortalité a Paris (22e semaine, du 30 mai au 5 juin 1886). — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 6. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 16. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 31. — Autres affections générales, 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 42. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 80. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 28; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 90; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 74; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 2. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 16. — Total : 1023.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Bourbon l'Archambault, ses eaux minérales et ses nouveaux thermes. Guide pratique et médical du baigneur et du médecin, par M. le docteur P. Regnault, médecin inspecteur. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Leçons sur les bactéries, par M. De Bary, professeur à l'Université de Strasbourg. Traduites et annotées par M. Wasserzug, préparateur au Laboratoire de M. Pasteur. 1 vol. in-8 avec 23 figures. Paris, G. Masson. 5 fr.

La syphilis héréditaire tardive. Leçons professées par M. Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 avec 31 figures, par M. A. Forgeron. Paris, G. Masson. 15 fr.

Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, par MM. les docteurs Robert Barnes et Faucourt Barnes. Traduit et annoté par M. le docteur A.-E. Cordes. 1 vol. in-8 avec 180 figures. Paris, G. Masson. 18 fr.

Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris. Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs, par M. le docteur E. Masse (de Bordeaux). 1 vol. in-4 avec 2 planches. Paris, G. Masson. 5 fr.

Formulaire officinal et magistral international, comprenant environ 4000 formules tirées des pharmacopées légales de la France et de l'étranger, ou empruntées à la pratique des thérapeutistes et des pharmacologistes, avec les indications thérapeutiques, les doses de substances simples et composées, le mode d'administration, l'emploi des médicaments nouveaux, etc., suivi d'un *Mémorial thérapeutique*, par M. le docteur J. Jeannel, pharmacien inspecteur du service de santé de l'armée, et M. Jeannel, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse. 4e édition en concordance avec le *Codex medicamentarius de* 1884 et le *Formulaire des hôpitaux militaires de* 1884. 1 vol. in-18 de XVI-1044 pages, cart. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr. 50

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1886, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1885 et les formules des médicaments nouveaux, suivi de *Notices sur le traitement hygiénique du mal de Bright, les difficultés de l'hygiène*, par MM. A. Bouchardat, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, et J. Bouchardat, médecin-major de 1re classe, 46e année. 1 vol. in-18. Paris, F. Alcan. 1 fr. 50

La Peur, étude psycho-physiologique, par M. le professeur Mosso (de Turin), traduit de l'italien par M. Félix Hément. 1 vol. in-18 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris, F. Alcan. 2 fr. 50

De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, par M. le docteur Moncorvo. 1 vol. in-8. Paris, O. Berthier. 4 fr.

Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière, par M. G.-A. Homen. In-8 de 112 pages et 7 planches coloriées. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, par M. le docteur Chalot. 1 vol. in-18 jésus cartonné diamant de 750 pages avec 498 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par M. le docteur E.-J. Moure. 1 vol. in-18 cartonné diamant de 305 pages, avec 53 figures dans le texte et 4 planches en lithographie, hors texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

Paralysies, contractures, affections douloureuses de causes psychiques, par M. le docteur Lober. 1 vol. in-8 de 115 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

La tuberculose (pathogénie et traitement), par M. le docteur Em. Fleurut (du Val-d'Ajol). 1 vol. in-8 de 75 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

De la splénalgie dans les fièvres intermittentes, par M. le docteur Paul Fabre (de Commentry). Une brochure grand in-8 de 32 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Pathogénie des néphrites, par M. le docteur Gaucher. 1 vol. in-8 de 135 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Étude expérimentale sur la phonation, par M. le docteur M. Lermoyez. 1 vol. in-8 de 200 pages avec 15 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables (essai de localisation du processus morbide dans les névroses), par M. le docteur René Grenier. 1 vol. in-8 de 75 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Guide du médecin-inspecteur de la première enfance. Explication de la loi du 23 décembre 1874, son mécanisme, les bons effets qu'on en a obtenus et ceux qu'on est en droit d'en attendre encore, par M. le docteur Limouzin-Lamothe (de Mormant). 1 vol. in-18 de 85 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5688. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Traitement du glaucome : M. Panas. — Momification des cadavres : M. Brouardel. — Néphrectomie : M. Monod. — Élection.

Les médecins praticiens connaissaient depuis longtemps les heureux effets que peuvent donner, dans les crises de glaucome aigu, les instillations d'un collyre au sulfate d'ésérine. Lorsque, comme il arrive trop souvent, on ne peut faire immédiatement appel à un oculiste, ou lorsque le malade refuse obstinément toute opération, on voit parfois, surtout chez les rhumatisants, la crise aiguë s'atténuer rapidement sous l'influence d'un collyre à l'ésérine. Il peut même arriver — Laqueur avait, dès 1869, cité des faits de ce genre — que les instillations d'ésérine pratiquées dès le début des prodromes glaucomateux arrêtent la maladie dans son évolution, et que, combinées avec un traitement anti-arthritique, elles puissent empêcher le retour des poussées aiguës, si pénibles toujours, si rebelles parfois. Mais les observations de Laqueur restaient contestées. Knapp avait, en 1877, publié plusieurs observations démontrant l'inefficacité et surtout l'infidélité de ce médicament. D'autres oculistes lui reprochaient d'irriter la conjonctive, de provoquer par lui-même des douleurs souvent insupportables. Comme l'avait d'ailleurs recommandé Laqueur, ils conseillaient, au bout de quelques jours, de le remplacer par une solution de pilocarpine. En résumé, après de longues études et de nombreux travaux, il paraissait acquis que l'ésérine et même la pilocarpine ne devaient être considérées que comme des moyens palliatifs, l'iridectomie restant le seul traitement vraiment efficace du glaucome aigu. Dans le mémoire qu'il vient de lire à l'Académie, M. Panas démontre, au contraire, que bien administrés et appliqués dans des cas nettement définis au point de vue clinique, les myotiques et en particulier les collyres à l'ésérine et à la pilocarpine peuvent donner d'excellents résultats. Il convenait donc de signaler le nouveau travail du savant professeur, et d'en recommander l'étude à tous les praticiens.

— On lira également avec un grand intérêt la communication faite par M. Brouardel sur diverses observations relatives aux causes qui déterminent la momification des cadavres. Les investigations si curieuses qu'on doit à M. Mégnin et les déductions médico-légales qu'en a tirées M. Brouardel, montrent une fois de plus combien peuvent être fécondes les recherches qui, dirigées avec sagacité et intelligence, s'appuient sur les résultats que peuvent fournir à la médecine légale les sciences trop souvent encore appelées accessoires à la médecine.

— Nous devons mentionner aussi une intéressante observation de néphrectomie due à M. Monod, et l'élection de deux correspondants : celle de notre vénéré confrère M. Diday (de Lyon), et celle de M. Michaux (de Louvain).

De l'arthrotomie antiseptique.

Depuis une quinzaine d'années, les méthodes antiseptiques ont fait subir à la chirurgie des modifications considérables. On opère, en particulier, sur les séreuses avec une hardiesse qui naguère eût paru coupable. Parmi elles, les synoviales articulaires ont une grande importance chirurgicale. Il n'y a pas longtemps encore, on reculait jusqu'à la dernière limite le moment où l'on avait à y pratiquer une incision. Aujourd'hui, cette opération est devenue banale, sous le nom d'*arthrotomie*, qui semble lui avoir été donné par Albert (de Vienne). C'est sous ce titre qu'elle vient d'être étudiée par M. Jalaguier, dans une thèse présentée au dernier concours d'agrégation.

I

Avant d'entrer avec lui dans cette étude, nous avons, à nous demander ce qu'elle doit comprendre. Il y a une classification à établir, et nous ne détaillerons pas toutes les circonstances où le chirurgien ouvre une jointure, et fait, par conséquent, une arthrotomie au sens strict du mot.

Les cas sont nombreux où l'incision articulaire est une opération préliminaire; elle est, par exemple, une partie et une partie importante des résections; de même, pour suturer la rotule ou l'olécrâne fracturés, pour réduire certaines luxations, parfois enfin pour redresser le genu valgum. Ce n'est point de tout cela qu'il s'agira dans cet article, et nous dirons avec M. Jalaguier : « Dans tous ces cas, le traumatisme que subit l'articulation ajoute certainement à la gravité de l'intervention chirurgicale; il est même bien évident que plusieurs de ces procédés thérapeutiques n'auraient pas vu le jour si l'innocuité relative de la taille articulaire, depuis l'emploi des pansements antiseptiques, n'avait été toujours mieux démontrée. Mais ici l'ouverture de l'article ne constitue qu'un temps préliminaire de l'opération. La correction d'une attitude vicieuse, la consolidation d'une fracture, la réduction d'une luxation sont, en réalité, le seul objectif du chirurgien. »

Il ne serait pas possible, on le conçoit, de réunir des faits aussi disparates, qui n'ont de commun qu'une incision. Mais il est d'autres cas où l'ouverture large d'une articulation forme la partie essentielle, le fond même du procédé opératoire. Là, nous sommes en présence de la véritable *taille articulaire*, celle que nous avons en vue ici.

La question de définition est facile à résoudre pour les interventions opératoires que nous énumérions il y a un instant. Il n'en va cependant pas toujours ainsi, et il importe de préciser avec soin ce que signifie l'arthrotomie dans la thérapeutique chirurgicale des *tumeurs blanches*.

Si l'on envisage le degré extrême, on voit tout de suite qu'il serait vicieux de ranger dans les arthrotomies l'*arthrectomie* de Volkmann, véritable résection typique de la synoviale, comparable à la résection osseuse que nous signalions tout à l'heure; mais de la résection dite atypique à l'arthrotomie simple n'y a-t-il pas une gradation insensible? Il est abusif de dire, avec Schede, qu'on a fait une arthrotomie parce qu'on a dilaté une fistule de la hanche et qu'on a gratté l'articulation dès lors accessible; mais Albert avait l'arthrotomie comme point de départ essentiel le jour où il eut l'idée d'abraser les fongosités ainsi mises à nu. Cela nous conduit aux grattages, raclages, évidements, gougeages; à toutes ces opérations partielles et non réglées auxquelles on tend à revenir de plus en plus. Donc, du cas le plus simple, l'arthrotomie pure, aux opérations les plus radicales, mais encore réglées, résections typiques et arthrectomie, tous les intermédiaires existent, en passant par l'arthroxésis de Letiévant et le chauffage articulaire de Vincent. Où marquer la limite dans cette série continue? En pareil cas, le mieux semble de s'en tenir à la définition originelle; la confusion existe dans la thèse soutenue à Nancy par Nicolas; après Weiss (de Nancy), M. Jalaguier a cherché à la faire cesser. Pour les tumeurs blanches, comme pour toutes les autres maladies articulaires, nous envisagerons donc ici l'arthrotomie comme « une opération simple, qui se suffit à elle-même, sans qu'il soit besoin de faire intervenir quelque autre opération complémentaire ».

II

Il y a quelques affections articulaires dans lesquelles l'incision franche a été toujours conseillée. Pour les suppurations consécutives aux plaies des jointures, J.-L. Petit, Boyer ont eu raison contre David quand ils ont soutenu la pratique des débridements larges et précoces contre celle des ouvertures parcimonieuses et retardées. Cette opinion était classique il y a vingt ans, lorsque parut l'article de M. Panas sur les maladies articulaires. Elle n'a guère été modifiée depuis. La seule différence c'est que, autrefois opération de nécessité, l'arthrotomie est devenue, dans ces cas, opération de choix, depuis que, grâce à l'antisepsie, ces succès sont devenus la règle. En 1869, la Société de chirurgie regardait comme une rareté un zouave présenté par Baizeau, et guéri d'une plaie du genou en six mois, avec ankylose. Aujourd'hui, M. Jalaguier nous résume 42 observations, dont 3 seulement se terminèrent par la mort; 20 fois les mouvements se rétablirent dans leur intégrité, et si la proportion de ces résultats excellents, naguère à peu près inconnus, n'est pas plus élevée, c'est que, trop souvent encore, l'intervention est tardive.

De pareils faits devaient encourager à inciser au plus vite les arthrites suppurées sans plaie. Auparavant, malgré trois remarquables observations publiées par H. Blot en 1856, cette conduite n'inspirait guère que de la méfiance. Puis, au début de la méthode antiseptique, Lister, Inunn n'eurent qu'à se louer d'avoir ouvert sans crainte des jointures pleines de pus. Aujourd'hui enfin l'indication est considérée comme formelle. Pour les arthrites aiguës suppurées, on a renoncé aux procédés timides recommandés il y a quelques années encore. On ne saurait, sans doute, n'enregistrer que des succès. Presque toujours, dans ces circonstances, les altérations de l'état général sont cause des suppurations articulaires, et elles dominent le pronostic. La lésion locale passe au second plan pour les arthrites de la pyohémie, de la fièvre puerpérale, de la fièvre urineuse, des diverses maladies aiguës infectieuses, de ces infections mal classées qui constituent les pseudo-rhumatismes infectieux décrits par le professeur Bouchard et son élève Bourcy. Mais l'arthrotomie rapide atténue sans conteste la gravité de ces états. N'est-ce point à l'incision des deux genoux remplis de pus que dut la vie un opéré de Saxtorph, jeune homme de vingt ans atteint d'une pyohémie évidente à la suite d'un panaris osseux? Autrefois enfin on n'aurait pas eu six guérisons sur huit arthrites puerpérales.

Parmi ces suppurations articulaires, il est surtout une variété qui démontre l'excellence de l'arthrotomie. Les pyarthroses de cause inconnue sont assez fréquentes chez les enfants : on les désigne en Allemagne sous le nom de *synovites catarrhales idiopathiques des enfants*. Là, sur neuf cas, M. Jalaguier nous montre neuf succès, dont un seul avec ankylose légère (1). Donc, l'indication ne prête guère à discussion : il faut inciser sans tarder les arthrites aiguës suppurées des enfants.

Il en est de même pour les suppurations articulaires qui surviennent au cours de l'ostéomyélite. Là, la synoviale s'enflamme, le plus souvent, sous l'influence locale d'une lésion de voisinage; mais l'arthrotomie est impuissante à guérir l'infection première, cause de l'ostéomyélite elle-même. Au contraire, elle permet de sauver, à peu près à coup sûr, des malades que jadis on considérait comme à peu près perdus, lorsqu'une jointure se met à suppurer sous l'influence d'une inflammation du membre, telle que lymphangites, phlegmons, abcès péri-articulaires.

Par cette thérapeutique énergique et maintenant inoffensive, on ne se borne pas à conserver la vie aux patients; mais,

(1) M. Jalaguier compte, dans son tableau, dix cas, dont un mortel; mais dans l'observation qu'il doit à Th. Weiss, il s'agit d'une arthrite pyohémique, puisque l'articulation a été prise huit jours après une opération dirigée contre une malformation anale.

en outre, si l'on opère de bonne heure, la jointure recouvre la plupart du temps sa mobilité.

Les indication sont bien moins formelles pour les suppurations froides des jointures. Nous ne reviendrons pas sur les limites que nous avons déjà tracées à la définition des termes. L'incision simple avec drainage, seule envisagée ici, pourrait encore n'être pas considérée comme arthrotomie, puisque la cavité où l'on pénètre ne diffère à peu près en rien de celle d'un abcès froid quelconque. M. Jalaguier paraît toutefois avoir exagéré l'importance de cet argument, plus spécieux que bien fondé, puisqu'il n'hésite pas à nommer arthrotomie l'incision d'une hydarthrose ancienne où la synoviale est tout aussi bouleversée dans sa structure et dans ses propriétés absorbantes.

Pour les tumeurs blanches au début, l'arthrotomie hâtive a été conseillée par Attenburrow, par Annardale; mais le chirurgien ne se propose alors que d'explorer. Lorsqu'il cherche à évacuer les liquides accumulés dans une arthrite fongueuse suppurée, il doit bien savoir que l'incision sera impuissante à assurer la guérison. La néoplasie tuberculeuse subsiste, et, comme Bœgehold le répond à Scriba, l'action curatrice des drains et de l'acide phénique sur les parois d'un abcès froid articulaire est des plus hypothétiques. Elle est non moins incapable d'enrayer la marche de la tuberculose générale : sur quatre opérés, Schede en a ainsi perdu trois, ce qui, au reste, n'a nullement refroidi son enthousiasme.

En résumé, dans les tumeurs blanches distendues par le liquide, on n'a plus recours aujourd'hui aux ponctions, aspiratrices ou non. On est en droit de frayer une libre issue au pus. Mais il faut savoir que, d'après les relevés de M. Jalaguier, onze opérations ainsi conduites n'ont donné que quatre guérisons sans fistules. L'arthrotomie est ici palliative, et non point curative, comme dans les arthrites aiguës suppurées que nous étudiions il y a quelques instants.

Elle reprend, au contraire, tous ses avantages en présence des corps étrangers articulaires. Les revers nombreux de l'extraction à ciel ouvert avaient fait que, surtout depuis le début de ce siècle, on avait peu à peu multiplié les procédés palliatifs. On cherchait d'abord à fixer l'arthrophyte. Puis, quand on avait échoué et que les accidents continuaient, on essayait l'extraction par la méthode sous-cutanée de Goyrand (d'Aix), perfectionnement des incisions obliques de Desault, B. Bell, Bromfield. Mais que de fois le chirurgien restait-il dans l'impossibilité d'amener au dehors la « souris articulaire » ! Outre qu'il avait encore à subir 12 pour 100 de mortalité. Aujourd'hui le pansement antiseptique a fait revenir à l'arthrotomie franche. Gaujot a bien prétendu, en 1881 encore, que les résultats sont tout aussi brillants par les pansements non antiseptiques : M. Jalaguier a fait justice définitive de cette affirmation étrange. Sur 54 cas pansés de toute manière, Gaujot trouvait 7,4 pour 100 de mortalité; M. Jalaguier a réuni 112 opérations, toutes antiseptiques; la mortalité n'y est que de 0,89 pour 100. Donc, lorsqu'un corps étranger cause des phénomènes inflammatoires ou douloureux, on pourra chercher si un bandage simple ne fait pas tout cesser. Sinon, il n'y a plus à hésiter, il faut inciser avec hardiesse, en observant d'une manière scrupuleuse les règles de l'antisepsie la plus minutieuse.

Mais c'est surtout lorsque l'arthrotomie n'est pas tout à fait nécessaire que l'on doit s'entourer de toutes les précautions possibles. L'incision est le seul moyen de frayer au pus une voie assez large; d'extraire sans échec un corps étranger. Elle est moins indispensable dans les arthrites aiguës non suppurées, quoiqu'elle y rende de grands services, et les guérisons obtenues en quelques jours par Lister, Jessop, Morgan, Hagedorn sont importantes à signaler. On calme ainsi les douleurs et l'on peut prévenir parfois la suppuration. Là, cependant, il n'y a pas trop à se hâter, comme le conseille Mori (de Brescia) : il est temps, avec Scriba, Bœgehold, de se décider à inciser lorsque la ponction est restée insuffisante.

Il y a peut-être une exception à établir pour certaines arthrites blennorrhagiques à forme fibrineuse. Mori, Nicaise, sont disposés, pourvu que l'affection soit mono-articulaire, à intervenir alors par l'arthrotomie, capable, pensent-ils, de prévenir l'ankylose, dont on connaît la fréquence en pareil cas.

Dans l'hémarthrose, la question est des plus discutées encore, car, en général, il suffit, pour avoir un succès rapide, de faire une ponction suivie de compression ouatée. Zielewicz eût mieux fait de s'en tenir là, et il l'eût sans doute fait s'il avait su à l'avance que son opéré était hémophile. Celui de Lister, il est vrai, l'était aussi, et n'a pas succombé. Malgré l'autopsie où Nicaise a vu des caillots persister au bout de dix-huit mois dans la synoviale du genou, on réfléchira avant d'inciser une articulation distendue par un épanchement de sang, surtout si cet épanchement est d'origine traumatique.

Il y a, en effet, une distinction à établir, car certaines pachy-synovites d'origine rhumatismale peuvent devenir hémorrhagiques; c'est ce qui semble avoir eu lieu pour un genou ouvert par Saxtorph. Les indications de l'arthrotomie semblent ressembler alors à ce qu'elles sont dans l'hydarthrose. Pour cette maladie, l'urgence est réduite au minimum, et Scriba est à peu près seul à considérer l'incision comme la méthode de choix. Lorsque la compression échoue, la ponction simple ou suivie d'une injection antiseptique suffit presque toujours à des chirurgiens cependant hardis, tels que Saxtorph, Eug. Bœckel, etc. Parmi les quinze observations réunies par M. Jalaguier, aucune ne nous montre une incision précoce : Bœgehold et Mac Cormac avaient chacun affaire à une hydarthrose rebelle datant de sept ans; tous les traitements avaient échoué sur le malade opéré par Nicaise; Volkmann fut guidé par l'abondance de l'épanchement et la laxité des ligaments. Enfin, dans le fait de M. Panas, la synoviale bosselée et indurée avait acquis un travers de pouce d'épaisseur. Même chez ce dernier malade la guérison fut obtenue, et ne s'est pas démentie depuis. Au total, sur 15 opérations, 10 succès définitifs sont venus prouver que, dans les hydarthroses rebelles, l'arthrotomie offre des ressources qu'on ne doit pas négliger. Le danger, en effet, est à peu près nul maintenant; et on est certes autorisé à y exposer un malade rendu infirme, quoique cette infirmité relève d'une affection qui ne compromet en rien la vie. C'est pour cela que cette méthode a été conseillée et employée depuis bien longtemps, même lorsque les plaies articulaires avaient une grande gravité. M. Jalaguier a développé ce point dans une étude historique qu'il n'était cependant pas indispensable, peut-être, de faire remonter jusqu'à Hippocrate.

III

Nous serons rapides sur les lieux d'élection de l'incision pour chaque jointure. On doit éviter les organes importants de la région et tâcher, en outre, que l'ouverture soit à la partie déclive une fois le pansement achevé. Aussi, à l'épaule, l'incision postérieure est préférable à l'incision antérieure;

au coude, on sectionnera les tissus sur les parties postéro-latérales plutôt que sur la région externe; au poignet, on pénétrera par la face dorsale, soit entre les tendons de l'index et du pouce (E. Bœckel, Farabeuf), soit sur la ligne médiane (J.-L. Reverdin). A la hanche, le mieux est d'entrer dans l'article comme si l'on voulait faire une résection, par l'incision postérieure dite de Langenbeck. Pour le cou-de-pied, enfin, la jointure est accessible par sa face antérieure et l'incision sera longitudinale, bien que Hueter ait pu fendre en travers toutes les parties molles de la région.

Il nous reste maintenant à parler du genou, et nous l'avons jusqu'ici négligé à dessein. C'est lui, en effet, qui est presque toujours en cause. Aussi est-ce à ce propos que nous allons chercher à montrer les modifications, que l'arthrotomie pour ainsi dire idéale doit subir suivant les nécessités des cas particuliers.

Le procédé d'élection, dans les cas les plus simples, consiste en une seule incision, longitudinale et interne; c'est au moins ce que préconisent Saxtorph, J. Championnière. Et ces auteurs ne craignent pas de donner à leur section jusqu'à 14 centimètres de long! En tout cas, elle doit intéresser le cul-de-sac sous-tricipital. Puis, ces chirurgiens conseillent de suturer la plaie et de la drainer avec soin, avec des drains courts et gros.

Cela suffit pour la majorité des cas simples, comme par exemple les arthrites suppurées idiopathiques de l'enfance. Mais il n'est pas rare qu'il faille faire des incisions multiples, des *incisions de décharge*, et c'est la règle lorsque les délabrements sont considérables : ainsi dans les suppurations consécutives aux plaies articulaires, surtout quand le chirurgien n'est appelé qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Alors les incisions seront multiples : on commencera par débrider la plaie initiale; la jointure sera ouverte ensuite sur le côté externe, puis sur le côté interne de la rotule, et on aura soin que les sections latérales entrent dans le cul-de-sac tricipital, si l'on ne veut, comme Scriba, affecter à l'évacuation de ce prolongement une incision spéciale, antérieure et médiane. Cette dernière conduite est adoptée par J. Bœckel, Gross (de Nancy), Th. Weiss (de Nancy).

Après de semblables opérations, beaucoup de chirurgiens sont opposés à la suture. Mais, malgré l'exemple de L. Labbé, de Th. Weiss, ils drainent les plaies laissées béantes. Lorsque des incisions multiples ont été faites, on y place souvent des drains de part en part. Ce mode de drainage ne doit pas être trop prolongé, car bientôt il augmente les chances d'ankylose; on devra donc, le plus tôt possible, mettre des drains debout. Au reste, aucune règle ne peut être précisée sur ce point: la nature, la durée du drainage sont très variables suivant les cas particuliers. En tout cas, on se méfiera du drainage poplité. Il a réussi au professeur Richet, à Mori. Mais P. Berger a vu l'artère et la veine, ulcérées au contact du tube, être la cause d'une hémorrhagie formidable. Si donc une décharge postérieure est indispensable, on s'arrangera pour que le drain, rasant l'os, soit au côté postéro-externe. Cependant, un procédé décrit il y a quelques mois par Kauffmann semble donner une sécurité réelle aux incisions postéro-latérales et au drainage correspondant. Cela étant, il n'y a pas à insister sur les avantages que ces ouvertures retirent de leur déclivité.

Nous venons de voir l'existence d'une plaie donner une indication spéciale pour le siège d'une incision. A cela nous pouvons comparer ce qui se passe pour les corps étrangers: la seule règle fixe consiste à inciser sur le corps étranger d'abord fixé. Cela n'est pas toujours très aisé, vu la mobilité parfois extrême de ces concrétions. En général, le malade connaît, il est vrai, une manœuvre qui met l'arthrophyte en évidence; c'est même pour cela que W. de Schulten, Iversen sont opposés à l'anesthésie par le chloroforme : il n'est pas exceptionnel de voir le corps étranger disparaître au moment où l'on croit qu'on va l'atteindre et le patient saurait alors le retrouver. A tout prendre, cette éventualité est encore moins à craindre que les défenses involontaires d'un opéré soumis à des manœuvres que des adhérences plus ou moins étendues peuvent rendre longues et pénibles. L'écoulement sanguin consécutif est en effet un obstacle à l'anesthésie locale par réfrigération; et s'il prohibe aussi l'emploi de la bande d'Esmarch : c'est qu'il convient de n'ouvrir la séreuse que lorsque toute hémorrhagie est étanchée.

Malgré la fixation préalable du corps étranger, il peut s'enfuir une fois l'incision faite, et Griffiths ne s'est pas repenti d'avoir été à sa poursuite. Mais si quelques manœuvres simples ne suffisent pas, il est plus prudent de refermer la plaie, d'autant qu'en agissant ainsi Morgan a vu l'arthrophyte se fixer à la face profonde de la cicatrice et cesser dès lors d'incommoder le malade.

Une fois la concrétion extraite, plusieurs conduites sont possibles. La réunion complète, sans drainage, est souvent pratiquée. Elle n'est, sans doute, pas condamnable à priori ici, comme pour les arthrites suppurées traumatiques (quoique cette imprudence ait réussi à Paci dans une plaie articulaire par arme à feu). Mais les relevés de M. Jalaguier nous montrent que de légers accidents peuvent retarder la guérison. Ils disparaissent, au contraire, d'une façon à peu près absolue si on établit avec soin le drainage intra-, ou même extra-articulaire. On peut enfin se dispenser de toute suture, et Lister n'a pas eu à se plaindre de cette méthode.

Le pansement sera d'une antisepsie rigoureuse, cela va de soi. Ici le pansement ouaté confectionné avec un soin minutieux est excellent, car il assure l'immobilité. En effet, malgré quelques opinions inverses, il paraît bien démontré que dans toute arthrotomie on doit assurer une immobilisation complète de la jointure, soit à l'aide d'attelles spéciales, soit à l'aide d'appareils plâtrés, si l'on n'a pas recours au pansement ouaté. Si l'on se conforme aux quelques règles que nous venons de résumer, nous croyons pouvoir conclure, comme M. Jalaguier : « Il paraît établi que l'arthrotomie antiseptique entreprise pour corps étranger est bien près de la perfection, si l'on ne se départit pas de deux précautions, capitales à mon avis : le drainage et l'immobilisation consécutive suffisamment prolongée; cet acte opératoire réunit, en effet, les trois qualités essentielles de toute opération vraiment recommandable: la facilité, l'efficacité, la bénignité. »

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Contribution a l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 11 juin 1886, par M. Dieulafoy, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Obs. I. — Le 11 novembre 1885, je recevais dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine (salle Barthe, n° 11), une jeune femme de vingt-neuf ans qui entrait à l'hôpital pour de violentes douleurs à la région épigastrique et à la région lombaire. Rien à noter dans les antécédents de cette femme, jusqu'au mois de juin 1884, où elle fit une fausse couche de trois mois.

En juillet, apparurent des vomissements alimentaires et une première hématémèse. En novembre, les vomissements devinrent plus fréquents et furent suivis d'une deuxième hématémèse. Le médecin qui vit la malade à cette époque fit usage, pendant cinq jours, de la sonde œsophagienne et prescrivit le régime lacté. Sous l'influence de ce régime, qui fut continué pendant sept mois, les vomissements cessèrent et la santé fut bonne jusqu'en mai 1885. Mais à ce moment les vomissements reparurent, et avec les vomissements, des douleurs gastriques, des douleurs lombaires et des céphalées violentes.

C'est dans cet état que la malade entre à l'hôpital le 11 novembre. L'inspection de la région épigastrique ne permet de rien découvrir, ni tumeur, ni dilatation stomacale. La malade ne peut rester couchée que sur le dos, sous peine de voir survenir les vomissements. Les autres organes paraissent absolument sains. Les urines sont claires et de quantité normale, elles ne contiennent pas d'albumine. Rien ne permet de mettre ces troubles gastriques sur le compte de l'hystérie. En conséquence, en présence de ces symptômes, vomissements alimentaires, hématémèses, douleurs gastriques et lombaires, et en l'absence de tout autre symptôme, n'était-ce la céphalée, je me crois autorisé à porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac et je prescris le régime lacté exclusif.

Le 13 novembre, la malade est prise de hoquet suivi de vomissements verdâtres, porracés, et la douleur est si vive au creux épigastrique, que la moindre pression est intolérable. Le lendemain le hoquet et les vomissements continuent avec persistance, la douleur épigastrique est toujours très vive. La température est à 36°,6. Quoique le ventre ne soit pas ballonné, je me demande, étant donné le diagnostic d'ulcère stomacal, si nous n'avons pas à redouter une péritonite par perforation. On supprime toute nourriture par l'estomac, on donne toutes les heures une pilule d'opium de 1 centigramme, et on administre des lavements nutritifs, peptone, œufs battus dans du bouillon. Je prescris également des piqûres de morphine.

Les jours suivants, le hoquet et les vomissements continuent, l'abattement est très prononcé, mais les douleurs sont moins vives et le ventre n'est pas ballonné.

Le 18, il y a une légère amélioration; néanmoins les vomissements continuent, et sont formés de matières glaireuses et verdâtres. Les urines sont peu abondantes et claires, et ne contiennent pas d'albumine.

Le 20, le hoquet reparaît plus incessant que jamais et les vomissements reprennent avec persistance. L'insomnie est complète, mais la céphalalgie violente des premiers jours a disparu. Les urines sont abondantes et sans albumine.

Ce même état persiste les jours suivants et les urines contiennent un dépôt muco-purulent. Les lavements nutritifs ne sont plus gardés, la malade maigrit rapidement et se plaint d'une grande faiblesse; elle est prise d'une abondante diarrhée. Le hoquet et les vomissements continuent toujours. L'intolérance de l'estomac est telle, que la malade ne peut garder ni viande crue, ni œufs à la coque, ni lait glacé, ni eau albumineuse glacée. Je fais prendre dans la journée 10 centigrammes de cocaïne; chaque cuillerée contenant 2 centigrammes de cocaïne est donnée avant les aliments, mais les vomissements persistent.

Les huîtres, le champagne glacé ne sont pas mieux supportés; des lavements d'eau albumineuse, d'œufs et de peptones, qui avaient été tolérés pendant quelque temps, ne sont plus gardés maintenant et la diarrhée augmente.

La malade ne pèse plus que 40 kilogrammes et demi. Je fais l'essai de la sonde œsophagienne et j'introduis dans l'estomac le mélange suivant : un œuf; 150 grammes de lait; 3 centigrammes de cocaïne et 1 centigramme de morphine, mais la sonde est à peine retirée que la malade rend ses aliments.

Les jours suivants on donne de nouveau quelques grammes de viande crue et du champagne glacé sans plus de succès. La malade est dans un affaiblissement extrême et ne pèse plus que 39 kilogrammes. Sa maigreur est absolument squelettique. En pratiquant des injections sous-cutanées de lait, j'arrive à faire absorber une centaine de grammes de lait par jour.

Le 24 décembre nous constatons une légère hématémèse. Dans la nuit la malade est prise de quelques convulsions avec état comateux qui dure une heure. On examine de nouveau les urines retirées par la sonde; elles ne contiennent pas d'albumine.

Le 25 décembre, nouvelle petite hématémèse. La température, qui depuis le 14 novembre avait toujours été inférieure à la normale et avait oscillé entre 35°,4 et 36 degrés, monte ce jour-là à 37 degrés.

Le 26, attaque comateuse le matin; la température monte à 38°,8 et la malade meurt dans la journée.

A l'*autopsie* l'attention se porte d'abord sur l'estomac; mais l'estomac est *absolument sain*, on n'y trouve ni ulcération, ni érosion, ni cicatrice; on ne constate qu'une légère suffusion sanguine au niveau du cardia. La région pylorique est épaissie (hypertrophie musculaire). Le duodénum et l'intestin tout entier sont sains.

Le lobe moyen du poumon droit est en voie d'hépatisation grise (pneumonie ultime). Le cœur et le foie sont normaux. La pie-mère cérébrale est infiltrée de sérosité.

Les lésions importantes portent sur les reins. Ces organes sont blanchâtres et volumineux; la capsule est un peu plus adhérente que normalement. Le parenchyme du rein est résistant sous le couteau, la substance du labyrinthe est blanchâtre et épaissie. Cette apparence de néphrite mixte est confirmée par l'examen histologique. Les glomérules et les tubes du rein présentent les altérations de la néphrite parenchymateuse; autour des tubes droits on trouve du tissu de sclérose, tissu adulte et îlots de jeunes cellules, et dans la substance labyrinthique on trouve par places des travées fibreuses suivant le trajet des artères (1).

L'autopsie donnait au diagnostic un démenti formel. La malade n'étant ni cancéreuse, ni hystérique, les vives douleurs stomacales, la persistance des vomissements et les hématémèses plusieurs fois répétées plaidaient, on peut le dire, en faveur de l'ulcère de l'estomac. On avait bien pensé à la possibilité d'une urémie à forme gastrique, car il ne manque pas d'observations où les vomissements incoercibles et les hématémèses sont les symptômes dominants du brightisme, et j'avais moi-même observé des faits analogues qui m'avaient vivement frappé; mais dans le cas actuel, les urines fréquemment examinées n'ayant jamais présenté trace d'albumine, et la malade n'ayant jamais eu ni œdèmes ni autres symptômes brightiques, j'avais cru devoir rejeter le diagnostic de mal de Bright. Evidemment c'était un tort, car, en y regardant de près, la céphalée violente des premières semaines, les douleurs lombaires et l'hypothermie s'accordaient mal avec l'hypothèse de l'ulcère stomacal; et ces symptômes, ainsi que les convulsions des derniers moments, étaient le fait de troubles dits urémiques. Le tort avait été de s'en rapporter trop exclusivement à l'examen des urines, et d'attendre pour modifier le diagnostic la présence d'une albuminurie qui n'arrivait pas.

Le fait certain, indéniable, c'est que l'évolution de cette néphrite chronique, mortelle, s'est faite en localisant ses principaux symptômes sur l'appareil digestif, sans que la malade, pendant son séjour de sept semaines à l'hôpital, ait jamais présenté le moindre œdème et sans que l'analyse des urines ait jamais révélé la moindre quantité d'albumine. Nous allons retrouver un fait analogue dans l'observation suivante.

(1) L'observation détaillée est consignée dans la thèse de mon interne, M. le docteur Ribail : *Insuffisance rénale, formes cliniques de l'urémie chronique.* Paris, 1886.

Obs. II. — Une femme âgée de quarante-sept ans, entre dans mon service, salle Chomel n° 20, le 19 mars 1886. Cette malade vient à l'hôpital en proie à une *oppression des plus violentes*. A voir cette femme sans fièvre, atteinte d'une aussi vive dyspnée, mais n'ayant ni le facies bleuâtre ou congestionné des cardiaques, ni l'expiration lente et sifflante des asthmatiques, on ne peut s'empêcher de penser à une dyspnée brightique.

Elle raconte que ses premiers accès d'oppression datent de deux ans. A cette époque, c'était au mois d'avril, elle fut prise, assez brusquement, d'une violente suffocation avec sensation d'angoisse précordiale. La gêne extrême de la respiration était accompagnée d'une sensation de brûlure et de constriction au niveau du cœur. Cette première attaque dura sept semaines pendant lesquelles la malade dut garder le lit, respirant très mal, ayant des accès de suffocation et des accès de douleurs cardiaques. La douleur siégeait à la région du cœur et s'irradiait à l'épaule gauche. La malade ne pouvait essayer de se lever sous peine de voir redoubler ses suffocations et ses douleurs. Cette violente dyspnée et les troubles d'*angor pectoris* furent les symptômes dominants du début de cette maladie; ils se calmèrent au bout de quelques semaines, mais en même temps la malade éprouva une céphalée qui n'a jamais complètement disparu. Elle se souvient qu'elle urinait plus fréquemment que d'habitude, et elle raconte en détail tous les symptômes du *doigt mort* qui se sont reproduits fréquemment depuis deux ans. Ainsi, quand elle met ses mains à l'eau, et même sans cause apparente, le sang paraît se retirer des doigts; le médius et le petit doigt de la main gauche sont surtout affectés; ces doigts deviennent pâles, exsangues, insensibles et comme morts. Cet état reparaît deux ou trois fois par semaine et dure quelques minutes.

Pendant ses accès de dyspnée et de douleurs cardiaques la malade fut soumise à différents traitements, chloral, vomitifs, ventouses, digitale, qui curent peu d'efficacité.

Depuis quinze jours, les accès d'oppression augmentant d'intensité, la malade entre à l'hôpital, où je l'examine le 19 mars.

Cette femme est sans fièvre et sa température est normale; elle est en proie à une suffocation violente, sa respiration est haletante, mais le rythme en est régulier. Elle se plaint de battements de cœur et de douleurs cardiaques qu'elle compare à un fer rouge.

Ces douleurs cardiaques s'étaient reproduites par intervalles depuis la grande attaque primitive; elles augmentent lorsque la malade, au milieu de ses accès d'oppression, ouvre sa croisée pour respirer un air plus frais; elles prennent parfois une acuité excessive sous l'influence d'un mouvement un peu brusque.

Il n'y a jamais eu d'œdème de la face, mais il y a huit jours, pour la première fois, est apparu un œdème des pieds et des jambes, que nous constatons actuellement.

A l'auscultation de la poitrine, on entend quelques râles d'œdème pulmonaire à la base des poumons, œdème du reste très limité, et qui ne pourrait pas, à lui seul, rendre compte de l'excessive dyspnée de la malade.

Le cœur est très hypertrophié, les battements sont violents, le rythme est régulier, on ne constate à l'auscultation aucune lésion d'orifice, mais on perçoit assez nettement le bruit de galop des néphrites.

En présence de ces symptômes, je formule le diagnostic de maladie de Bright, la maladie datant au moins de deux ans. Les battements de cœur et l'hypertrophie cardiaque, les accès de suffocation et les accès d'angine de poitrine, sont les symptômes dominants de cette maladie de Bright. Tantôt les troubles dyspnéiques ont coexisté avec les accès cardiaques douloureux, tantôt ces deux groupes de symptômes ont apparu isolément et la malade en fait parfaitement la différence.

Les urines sont rares et un peu foncées; le jour de son entrée, la malade n'en a rendu que 200 grammes en vingt-quatre heures. Ces 200 grammes contiennent 3 grammes d'urée. L'examen des urines, fait un peu précipitamment le jour de l'entrée de la malade, ne permet pas d'affirmer l'existence de l'albumine; aux analyses ultérieures faites minutieusement le lendemain et les jours suivants, on n'en découvre pas la moindre trace, ce qui ne modifie en rien le diagnostic.

Voici du reste le tableau comparatif des urines par vingt-quatre heures:

20 mars. —	Quantité d'urines	400 grammes.
	Urée	7gr,04
	Albumine	0
21 mars. —	Quantité d'urines	700 grammes.
	Urée	11gr,65
	Albumine	0
22 mars. —	Quantité d'urines	1500 grammes.
	Urée	8gr,68
	Albumine	0
23 mars. —	Quantité d'urines	2600 grammes.
	Urée	13gr,21
	Albumine	0

Cette augmentation dans la quantité des urines avait été obtenue par le traitement suivant: On donnait à la malade trois lavements diurétiques tous les jours, chaque lavement contenant 200 grammes d'eau dans laquelle on avait fait infuser du chiendent, de l'uva ursi et des queues de cerise par parties égales. Un litre et demi de lait complétait le traitement.

A mesure que les urines augmentaient de quantité, l'amélioration faisait des progrès rapides. Après quatre jours de traitement, il n'y avait plus d'œdème, le cœur était calme, l'oppression avait presque complètement disparu et la malade éprouvait le plus grand bien-être. Par contre, le bruit de galop, un peu confus le premier jour, avait acquis maintenant la plus grande netteté.

Malheureusement cette amélioration fut de courte durée. Une croisée ayant été laissée ouverte pendant la nuit, au dire de la malade, des frissons se déclarèrent, et une bronchite rapidement généralisée éclata dans la journée du 24. La poitrine est pleine de râles de toute nature, les moyennes et les petites bronches sont envahies, la toux est quinteuse, l'expectoration est visqueuse, jaunâtre et abondante, la dyspnée est intense, la malade a les traits fort altérés et les lèvres violacées.

Malgré les ventouses et les révulsifs, la situation s'aggrave rapidement. Le soir, mon interne, M. Legrand, constate du souffle aux bases des poumons, surtout du côté gauche. Du 24 au 25, les urines tombent à 250 grammes; l'urée s'abaisse à 6 grammes, des traces d'albumine apparaissent dans les urines, la prostration fait place au coma et la malade meurt dans la journée du 25.

Autopsie. — Le volume des reins est normal, la capsule se décortique mal et est adhérente par places, ce qui donne un aspect chagriné à la surface du parenchyme. L'organe est fortement congestionné, et beaucoup de sang s'écoule à l'incision. La substance corticale est amincie, résistante sous le couteau, et elle contient trois ou quatre petits kystes dans chacun des reins.

Le cœur est volumineux, dilaté et ses parois sont relativement moins épaissies qu'on n'aurait pu le supposer. Les recherches sont normales et suffisantes. L'aorte présente des lésions d'aortite ancienne et récente; des plaques d'athérome calcifié et des plaques d'athérome plus récent. L'orifice des coronaires est induré, mais libre, et leur trajet ne présente aucune altération.

La rate est scléreuse. Les poumons présentent de l'emphysème, de la bronchite généralisée et de la splénisation aux deux bases.

A l'examen histologique, on constate que la néphrite est surtout une néphrite interstitielle avec prédominance d'artério-sclérose (1).

Ce qu'il faut retenir de cette observation, c'est que la malade, atteinte depuis deux ans d'une maladie de Bright à prédominance artério-scléreuse, et entrée dans mon service avec des accidents dyspnéiques d'une rare intensité et de l'œdème des membres inférieurs, n'a pas eu dans ses urines la moindre trace d'albumine pendant quatre jours, l'albumine n'a paru que le jour de l'agonie. Les douleurs car-

(1) Les lésions des reins sont peu considérables. Les points les plus malades siègent dans la couche corticale au niveau et au voisinage des artérioles. Les tuniques interne et externe sont épaissies, la tunique moyenne a plutôt diminué de volume. La lumière des artères est beaucoup moindre qu'à l'état normal.

De la périphérie des artères partent de petites travées conjonctives qui s'enfoncent très peu entre les tubuli contorti. Le tissu conjonctif intertubulaire est d'une façon générale légèrement augmenté de volume. Les glomérules sont distendus par du sang, leurs noyaux sont plus nombreux qu'à l'état normal, la capsule de Bowman est légèrement épaissie.

L'épithélium présente des lésions banales; quelques tubes sont pourvus de cellules épithéliales renfermant de fines granulations graisseuses qui masquent le noyau.

Le cœur est très atteint. Sur une coupe des piliers du ventricule gauche on trouve des faisceaux de tissu scléreux; les vaisseaux artériels sont rétrécis et émettent à leur pourtour des prolongements qui s'enfoncent entre les faisceaux musculaires. Les artères, même dans les points sains, offrent des traces d'endopériartérite, et envoient des prolongements fibreux. L'artério-sclérose a donc été le point de départ de la myocardite interstitielle. (Note de M. le docteur Girandeau.)

diaques et les troubles d'angine de poitrine que la malade avait éprouvés à différentes époques étaient dus aux poussées anciennes et récentes d'aortite. La maladie de Bright peut donc présenter, au nombre de ses symptômes, les différentes manifestations de l'*angor pectoris*, et l'angine de poitrine brightique, ainsi que je l'établirai dans une prochaine communication, peut reconnaître pour causes ou une névralgie simple des nerfs cardio-aortiques, ou une névralgie associée à des lésions cardio-aortiques.

Obs. III. — La troisième observation concerne une malade dont j'ai déjà publié l'observation l'an dernier, à propos de la folie brightique (*De la folie brigtique*, in *Gazette hebdomadaire*, 1885, n°s 29 et 30); aussi je n'en donne ici que le résumé. Cette malade, qui pendant dix-huit jours a présenté toutes les formes de l'aliénation mentale, qui a été mélancolique et lypémaniaque, qui a été tourmentée par des idées de persécution et par des idées de suicide, qui a eu des hallucinations de l'ouïe et de la vue, qui a passé alternativement de l'excitation le plus grande à la dépression complète, cette malade était une brigtique non albuminurique. Quand je dis qu'elle n'était point albuminurique, je me trompe, car le jour de son entrée à l'hôpital, le 14 février, elle avait dans ses urines quelques traces d'albumine; mais pendant deux mois et demi l'*albumine disparut complètement* ou du moins elle ne fut constatée dans aucune des nombreuses analyses qui furent faites, et elle ne reparut que la veille de la mort, le 4 mai.

Et cependant la malade fut en proie, pendant cette longue période, aux accidents les plus intenses et les plus variés; les vomissements incoercibles qui avaient existé avant la phase d'aliénation, reparurent avec une ténacité désespérante; les troubles urinaires, pollakiurie et polyurie, les crampes douloureuses des mollets, la céphalalgie, les troubles dyspnéiques, reparurent tour à tour ou simultanément, et au milieu de tous ces accidents brightiques, deux grands symptômes, ceux qui servaient autrefois à faire le diagnostic du mal de Bright, je veux dire l'œdème et l'albuminurie, ces deux grands symptômes firent défaut.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une néphrite diffuse et confirma le diagnostic de mal de Bright, qui avait été porté dès le début.

Obs. IV. — Il n'y a pas eu d'autopsie dans cette quatrième observation, mais la marche et la nature des symptômes ne laissent aucun doute sur le diagnostic. Voici le fait: Il y a quatre ans, je voyais une malade d'une cinquantaine d'années qui me demandait mes conseils pour une bronchite accompagnée d'un violent essoufflement. La malade toussait peu, crachait peu, mais elle éprouvait une oppression tantôt continue, tantôt paroxystique, qui survenait sans motif ou qui était rappelée par la marche, par des mouvements brusques, par l'ascension d'un escalier. On avait conseillé une cure au Mont-Dore, qui n'avait apporté aucun soulagement.

Quand j'auscultai la malade, la première fois, je ne trouvai que quelques râles sonores disséminés, et des râles bullaires très fixes, localisés aux bases des poumons. Cette légère altération broncho-pulmonaire ne pouvait expliquer une aussi vive dyspepsie. Les orifices du cœur paraissaient sains, mais il me sembla percevoir l'existence d'un bruit de galop. Je pensai aussitôt à l'existence d'une néphrite, déterminant la dyspnée dite « urémique », et je poursuivis l'enquête dans le sens de la maladie de Bright.

La malade me dit alors qu'elle était sujette depuis plusieurs années à ces accès d'étouffement, qu'elle avait eu, à différentes époques, des envies fréquentes d'uriner, des démangeaisons pour lesquelles elle se grattait « à s'enlever la peau », des bourdonnements d'oreille fréquents, et la sensation du doigt mort très accusée au petit doigt de la main droite. Tous ces symptômes me parurent suffisants, je portai le diagnostic de mal de Bright, et je demandai l'analyse des urines, bien convaincu qu'elles contenaient une notable proportion d'albumine. L'analyse fut faite par M. Yvon, et les urines ne *contenaient point d'albumine*.

Sous l'influence du régime lacté, une amélioration notable survint, mais le régime lacté était mal toléré, la malade n'aimait pas le lait et cherchait toutes les occasions de commettre quelque infraction au traitement. Les troubles que j'ai déjà signalés reparurent à diverses reprises, mais pendant huit mois les quelques analyses qui furent faites ne décelèrent pas la présence de l'albumine.

J'étais peu familiarisé à cette époque avec l'existence de la maladie de Bright sans albuminurie, et plusieurs fois je me demandais, en voyant cette malade, si mon diagnostic n'était pas erroné. Mais l'albuminurie apparut enfin et en quantité assez notable. Puis, vinrent des œdèmes, les accidents se précipitèrent, la malade fut prise d'accidents épileptiformes, d'hémiplégie, d'apoplexie, et elle succomba.

A ces observations, je pourrais joindre un certain nombre de faits publiés en différents recueils, où l'on voit l'albumine n'apparaître que tardivement ou disparaître momentanément chez des malades manifestement brightiques. Dans une observation du docteur Jolly, il est question d'une jeune fille brightique chez laquelle éclatèrent des troubles délirants, et dont les urines examinées tous les jours ne présentèrent de l'albumine qu'au quatrième jour. Chez une brightique de M. Pierret, l'albumine disparaissait pendant d'assez longs intervalles (1). Dans une observation publiée par M. Lépine, un malade atteint de néphrite meurt avec des symptômes urémiques, bien que l'albumine ait disparu de ses urines depuis quelque temps (2). M. G. Sée, avec qui je causais de cette question il y a quelques jours, me dit avoir observé deux brightiques chez lesquels l'albumine n'apparaissait que faiblement et à de rares intervalles.

L'absence ou la disparition plus ou moins prolongée de l'albumine, au cours de la maladie de Bright, est donc un fait certain et nettement démontré. En apportant à ce fait la contribution de mes quatre observations, je n'ai nullement la prétention de dire quoi que ce soit de nouveau. Je suis même convaincu que les cas de mal de Bright sans albuminurie sont relativement rares, mais encore faut-il les connaître, et on ne saurait trop les mettre en relief. L'albumine peut disparaître pendant quelques jours, pendant quelques semaines; plus longtemps encore, et dans quelques cas tout à fait exceptionnels, comme dans ma première observation, elle peut faire complètement défaut.

Si donc on est appelé auprès d'un brightique, à telle ou telle période de sa maladie, et alors même que ses urines ne seraient pas albumineuses, il faut bien se garder de se baser sur cette absence de l'albumine pour rejeter le diagnostic de maladie de Bright. Il ne faut pas oublier (les observations et les autopsies sont là pour le démontrer) que l'albuminurie peut disparaître pendant un temps plus ou moins prolongé, au cours des néphrites chroniques, bien que d'autres symptômes augmentent d'intensité.

II

Je viens d'établir que l'albuminurie peut faire défaut pendant un plus ou moins long temps dans le cours de la maladie de Bright; mais la proposition inverse est également vraie, et de même qu'il y a des brightiques non albuminuriques, de même il y a des albuminuriques qui ne sont pas brightiques.

Les cas d'albuminurie simple sont devenus de plus en plus nombreux depuis qu'on les a recherchés. Cette question a été longuement étudiée par Senator, plus tard par M. Lépine, par Noorden et par d'autres auteurs.

On a même admis une albuminurie physiologique, c'est-à-dire une albuminurie survenant en dehors de toute lésion des reins et en dehors de toute affection générale. Il est probable qu'il n'existe pas d'albuminurie absolument physiologique, et qu'en dernière analyse ces albuminuries dites physiologiques sont associées à un processus vicieux des substances albuminoïdes ou de l'appareil uropoiétique. Mais, si ces albuminuries ne sont pas physiologiques, au vrai sens du mot, elles sont du moins compatibles avec un état de santé parfois excellent, et cliniquement parlant les gens qui

(1) Ces deux observations sont publiées dans la thèse de M. Bouvat, sur l'*Urémie délirante*, Lyon, 1883.

(2) *Revue mensuelle*, 1885.

sont affectés de ces albuminuries sont des gens très bien portants.

Noorden (1) a essayé de classer ces albuminuries en plusieurs groupes, suivant que l'albumine constatée dans l'urine est absolument pure, ou associée à de la globuline ou à de la mucine, suivant aussi que l'albumine se rencontre le matin ou à toute heure du jour, suivant que l'albuminurie paraît indépendante de toute cause extérieure, ou suivant qu'elle oscille avec les repas, avec les exercices musculaires, avec un malaise, avec une fatigue, etc.

Quoi qu'il en soit, un grand nombre de ces albuminuries, qui sont habituellement légères, tantôt intermittentes, tantôt continues, ces albuminuries, quels que soient leur mécanisme et leur origine, sont des albuminuries vraies, et sont parfaitement compatibles avec l'état de santé. J'ai donné des soins l'an dernier à un homme encore jeune qui, depuis plusieurs années, a constaté dans ses urines une albuminurie assez abondante, puisqu'elle se chiffre par 30 et 40 centigrammes par vingt-quatre heures; il fait lui-même l'analyse de ses urines et il a acquis dans cette opération une rare habileté; il a dressé des tableaux comparatifs de son albuminurie, suivant les heures du jour et de la nuit, suivant les heures de repos ou de fatigue, et suivant la nature des aliments pris à ses repas. La quantité d'albumine est variable, mais la santé est bonne et les *symptômes brightiques n'ont jamais apparu*.

Mon collègue, M. Rendu, me disait qu'il observe actuellement deux cas analogues, et mon collègue, M. A. Robin, citait le cas d'un homme âgé, dont la vie est très active et dont l'albuminurie qui dure depuis plusieurs années ne compromet en rien la santé.

J'ai vu ces jours derniers un médecin étranger, très expert dans les travaux de laboratoire, qui, faisant il y a trois mois l'analyse de quelques urines, eut l'idée d'examiner la sienne. Il fut fort surpris d'y trouver 50 centigrammes d'albumine, et son urine continue à être albumineuse, quoique sa santé soit aussi bonne que possible.

Dans quelques cas l'albuminurie a son origine dans une lésion indéniable de l'épithélium du rein, et néanmoins l'albuminurie reste à l'état de *symptôme isolé* et n'est accompagnée d'aucun symptôme de la maladie de Bright. J'ai eu l'an dernier, dans mon service, un malade atteint de pleurésie purulente non tuberculeuse. Tandis que je discutais pour savoir s'il fallait pratiquer l'opération de l'empyème, le malade fut pris d'une vomique qui dura plus de deux mois, et qui finit par guérir. Pendant presque tout le séjour de cet homme à l'hôpital, c'est-à-dire pendant près de trois mois, cet homme fut albuminurique au point de rendre 2 et 3 grammes d'albumine par jour, et il n'éprouva jamais le moindre symptôme brightique.

Il sortit guéri de sa pleurésie purulente et de son albuminurie, et, quand je l'ai vu, un an plus tard, il était en parfaite santé, et ses urines ne contenaient pas trace d'albumine.

J'ai eu tout récemment, dans mon service, à la salle Chomel, n° 1, une jeune femme, phthisique, ayant une vaste caverne au sommet du poumon gauche. Cette phthisique était en même temps albuminurique. Le jour de son entrée, le 5 mai, elle rendait 1250 grammes d'urine qui contenaient 55 centigrammes d'albumine par litre. Pendant vingt-six jours, du 5 mai au 30 mai, la quantité de ses urines a été de 1 à 2 litres par jour, et l'albumine a oscillé de 55 centigrammes à quelques centigrammes par litre; elle a même parfois disparu à la suite du régime lacté (2). L'analyse détaillée montre que cette urine était pauvre en urée et en sels de potasse. Néanmoins cette malade ne présentait aucun des symptômes habituels aux néphrites; elle était phthisique et albuminurique, mais elle n'était nullement brightique.

Le 1er juin, la malade, qui avait bien déjeuné, fut prise, à une heure de l'après-midi, d'une hémoptysie foudroyante qui l'enleva en quelques minutes.

A l'*autopsie*, on constate les particularités suivantes : les reins ont un volume inégal, mais c'est une *inégalité congénitale*. La capsule se détache bien; la surface de l'organe est lisse; la substance corticale a son épaisseur normale. On trouve trois ou quatre petits tubercules à la limite de la substance corticale.

Au microscope, l'altération principale porte sur l'épithélium de la substance corticale, qui présente par places un aspect trouble et granuleux. Les tuniques des artérioles de moyen calibre sont un peu épaissies.

L'observation de cette malade me paraît pouvoir servir de *transition* entre les albuminuries non brightiques et les albuminuries brightiques. Pendant sa vie, cette jeune femme, phthisique, avait été franchement albuminurique, mais n'avait présenté aucun signe de brightisme. D'après les lésions du rein, il est permis de supposer que, la néphrite faisant des progrès, des symptômes de brightisme eussent éclaté.

En opposition à cette observation, je pourrais citer le cas d'un malade qui est resté longtemps dans mon service, où il était connu sous le nom du « porteur d'armoires ». Cet homme vint à l'hôpital pour une néphrite aiguë, avec tous les symptômes de la néphrite albumineuse aiguë. Peu à peu la maladie, d'aiguë qu'elle était, devint subaiguë, et enfin le malade quitta l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison, moins l'albuminurie, qui persistait. Toutefois, cette albuminurie était légère, puisque le malade ne perdait que 15 centigrammes d'albumine en vingt-quatre heures.

L'année suivante, le malade revint à l'hôpital; les symptômes de néphrite n'avaient jamais reparu, mais l'albuminurie légère que je signalais il y a un instant avait persisté. Ce pauvre homme nous revenait avec des lésions tuberculeuses. Il finit par mourir; et l'examen histologique des reins, minutieusement fait par M. le docteur Giraudeau, permit de constater un processus de guérison. Je me contente de donner ici le résumé de cette longue et intéressante observation, qui me servit de base pour une conférence « Sur le pronostic des néphrites aiguës » ; observation qui a été publiée en détail dans la thèse d'un de mes élèves, M. Rioblanc (*Pronostic des néphrites aiguës*, thèse de Paris, 1885).

Dans le fait précédent concernant la phthisique-albuminurique, l'albuminurie n'avait pas encore été suivie des symptômes de brightisme; dans le fait actuel, concernant ce brightique devenu phthisique, l'albuminurie avait survécu aux symptômes du brightisme.

De toutes ces études comparatives je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Certains brightiques ne sont pas albuminuriques, et, ainsi que le prouvent les quatre premières observations de ce travail, l'albuminurie peut faire défaut pendant un temps plus ou moins long, au cours des néphrites chroniques.

2° Par contre, un grand nombre d'albuminuriques ne sont pas des brightiques, et parmi ces albuminuriques se trouvent les albuminuriques dont l'albuminurie est compatible avec l'état de santé et les albuminuriques qui sont peut-être destinés par leurs lésions rénales à devenir brightiques.

Il en résulte que l'albuminurie n'a qu'une valeur bien secondaire dans le diagnostic de la maladie de Bright; elle n'est qu'un témoin; et quel témoin! témoin infidèle, puisqu'il peut faire défaut; témoin trompeur, puisque, si on n'était prévenu, il pourrait faire supposer une néphrite qui n'existe pas.

(*A suivre.*)

(1) Travail résumé dans la *Semaine médicale*, 19 mai 1886.

(2) L'analyse de l'urine a été faite par M. Rœské, mon interne en pharmacie; en voici le résumé :

Volume de l'urine en vingt-quatre heures.	1250	grammes
Albumine..............................	0gr,55	par litre
Urée..................................	5gr,164	—
Sels de chaux et de magnésie...........	0gr,09	—
Chlorure de potassium..................	0gr,09	—

Physiologie expérimentale.

Recherches sur l'influence de la graisse sur la nutrition. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 28 mai 1886, par le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral, et M. A. Flamant, licencié ès sciences physiques.

L'influence de la graisse sur la nutrition a surtout été étudiée par les physiologistes. Ils ont essayé de la déterminer en soumettant des animaux, ordinairement des chiens, à une alimentation plus ou moins riche en matières grasses. Il nous semble que ces expériences peuvent être faites avec beaucoup plus de profit chez l'homme. C'est ce que nous avons tenté de faire.

Nous n'avons, bien entendu, pas essayé de soumettre des sujets à une alimentation exclusivement grasse ; ce n'aurait pas été sans inconvénients pour la santé des sujets en expérience (en supposant qu'ils aient pu ou voulu se soumettre à un pareil régime), et nous nous serions placés dans des conditions qu'on n'observe jamais. Nous nous sommes contentés d'ajouter à la ration d'entretien une quantité déterminée de matière grasse ; voici d'ailleurs exactement notre manière de procéder.

Notre expérience comprend trois périodes : dans la pre-

TABLEAU A

DATES	POIDS de LA MALADE	URINES			RÉGIME	OBSERVATIONS
		QUANTITÉS D'URINE	DENSITÉS	URÉE		
30 août.	58	630	1025	17.87	Viande crue, 200 grammes. — Pain, 600 grammes. — 1 litre de tisane.	
31 —	57.700	1110	1019	23.10		
1er septembre.	57.700	820	1020	21.88		
2 —	57.400	850	1019	21.43		
3 —	57.400	940	1017	21.33		
4 —	57.200	690	1023	20.17		
5 —	57	1240	1016	22.85		
6 —	56.700	970	1017	21.40		
7 —	56.900	810	1021	23.49	huile.	A ses règles.
8 —	56.700	780	1021	21.14	50 gr	
9 —	57.100	570	1026	20.84	100	
10 —	57.200	640	1022	18.56	150	Légère diarrhée
11 —	57	630	1022	14.41	200	
12 —	57.300	560	1023	14.23	200	
13 —	57.700	600	1021	14.10	200	
14 —	57.800	540	1023	13.38	200	Diarrhée.
15 —	57.800	470	1026	14 22	200	Id.
16 —	57.800	440	1028	15.68	150	
17 —	57.800	460	1028	17	150	
18 —	58.400	470	1030	15.87	150	Pas de selle.
19 —	58.900	750	1019	15.13	150	
20 —	58.900	1160	1014	21.94	150	
21 —	58.700	1200	1013	17.40	100	Diarrhée.
22 —	58.500	1130	1013	18.52	50	
23 —	58.800	650	1024	19.67	100	Diarrhée.
24 —	58.500	660	1024	21.63		
25 —	58.200	1030	1017	22.08	75	
26 —	58.500	660	1026	17.33	75	Diarrhée.
27 —	58.400	760	1022	20.93	75	
28 —	58.500	760	1021	19.95	75	
29 —	58.700	600	1026	19.21	75	
30 —	58.800	780	1022	19.82	75	
1er octobre	58.900	580	1025	15.35	75	
2 —	58.900	590	1025	16.24	75	
3 —	59	600	1025	15.63	75	
4 —	59.100	800	1022	16.77	75	A ses règles.
5 —	59.100	770	1022	16.27	75	
6 —	59.300	910	1018	16.77	75	
7 —	59.400	800	1020	15.75	75	
8 —	59.400	700	1022	17.03	75	
9 —	59.500	800	1022	20.33	75	
10 —	59.800	830	1019	19.13	75	
11 —	59.700	840	1019	19.59	75	
12	59.700	920	1018	17.53		
13	59.400	930	1022	22.98		
14 —	59.300	940	1020	24.42		
15 —	59.100	970	1018	21.74		
16 —	59.100	650	1025	19.67		
17 —	59.400	600	1027	19.44		
18 —	59.300	840	1019	20.12		
19 —	59.300	810	1019	20.93		
20 —	59.300	780	1021	21.31		
21 —	59.300	840	1021	20.98		
22 —	59.300	620	1026	19.05		

TABLEAU B

DATES	POIDS de LA MALADE	URINES			RÉGIME	OBSERVATIONS
		QUANTITÉS D'URINE	DENSITÉS	URÉE		
22 décembre.......	»	»	»	»	1 litre lait. — 200 grammes viande crue. — 250 grammes pain.	
23 —	39.200	710	1029	21.81		
24 —	38.900	1610	1016	19.59		
25 —	38.900	1100	1020	19.25		
26 —	39	910	1028	21.56	Huile.	
27 —	39.300	1030	1021	19.13	50 grammes.	
28 —	39.900	910	1024	19.26	50 —	
29 —	39.800	990	1015	12.68	50 —	Diarrhée.
30 —	39.500	1430	1017	21.78	50 —	
31 —	39.500	1150	1019	19.15	50 —	
1er janvier	39.700	850	1021	19.98	50 —	
2 —	39.900	860	1026	21.86	75 —	
3 —	40 100	940	1023	17.77	75 —	Selle.
4 —	40.500	950	1021	17.96	75 —	
5 —	40.200	1360	1017	18.14	75 —	
6 —	40.600	930	1021	18.32	75 —	
7 —	40.900	1300	1016	16.65	75 —	
—	40.900	980	1022	15.69	75 —	
—	41.500	780	1024	14.60	75 —	
10 —	41.900	630	1026	13.01	75 —	
11 —	40.800	510	1031	17.11	75 —	Selle.
12 —	41	710	1024	18.07	75 —	
13 —	40.700	1050	1019	17.48	75 —	Selle.
14 —	40.600	1160	1018	18.94	75 —	
15 —	41	1030	1025	19.79	75 —	
16 —	41.100	1370	1021	20.05		Selle.
17 —	41.200	650	1030	20.48		
18 —	41.500	720	1028	20.75		
19 —	41.500	1280	1021	22.58		

mière période nous soumettons le sujet à un régime fixe dit *ration d'entretien*, qui est continué jusqu'à ce que le poids du sujet et le chiffre d'urée excrétée ne varient plus ; dans la seconde période, nous ajoutons au régime un poids déterminé de substance grasse ; dans la troisième période, nous supprimons la graisse et nous revenons à la ration d'entretien.

Voici le tableau d'une expérience faite sur un sujet A :

Du 30 août au 7 septembre, nous soumettons le sujet à une ration d'entretien consistant en 200 grammes de viande crue, 600 grammes de pain et un litre de tisane. Du 7 septembre au 12 octobre, nous ajoutons au régime une dose d'huile qui a varié de 50 à 200 grammes et que nous avons dû faire varier à cause de légers accidents diarrhéiques (ordinairement une seule garde-robe molle). Du 12 au 22 octobre, la ration d'entretien fut continuée et l'huile supprimée. Pendant tout ce temps, le sujet fut pesé tous les jours, la totalité des urines recueillie et analysée, tout au moins on en éva'ua exactement le poids, la densité, le contenu en urée.

La quantité de graisse ingérée fut de 3kg,575, l'augmentetion du poids, de 3 kilogrammes, par conséquent la presque totalité de la graisse ingérée fut fixée dans les tissus, c'est-à-dire emmaganisée, et ce résultat n'a rien qui doive nous surprendre. Le sujet avait une ration d'entretien qui lui suffisait, on lui donna une certaine quantité de graisse, il n'en avait nul besoin, il la mit en réserve. Il est bon de noter que, pendant toutes les phases de l'expérience, notre sujet garda la chambre et eut toujours un travail identique à fournir.

L'augmentation de poids acquise dans la seconde période se maintint dans la troisième, c'est-à-dire après que la graisse fut supprimée. A la rigueur, ce résultat pouvait être prévu, car la ration d'entretien étant suffisante, le sujet n'avait pas besoin de puiser dans ses réserves, c'est-à-dire dans la graisse qu'il avait emmagasinée.

Une comparaison fera comprendre notre pensée. Un homme vivant d'une certaine façon a un revenu qui suffit à tous ses besoins ; son revenu augmente : s'il ne change rien à son genre de vie, il économisera nécessairement la somme dont son revenu a augmenté. Le jour où le surcroît de revenu cesse, il ne le dépensera pas, mais le gardera comme économie, si son genre de vie n'a pas changé.

Ceci nous paraît avoir des conséquences directement applicables au traitement de l'obésité. L'obèse est un sujet trop économe, qui ne dépense pas son revenu, c'est-à-dire qui ne brûle pas la totalité des aliments absorbés ; pour le faire maigrir, il faut l'obliger à vivre sur son capital, à vivre sur ses réserves. D'où la nécessité d'admettre deux périodes dans le traitement de l'obésité, une première pendant laquelle il faut faire maigrir, une seconde pendant laquelle une ration d'entretien sera prescrite. Or cette ration d'entretien qui suffira pour maintenir maigre un obèse qu'on aura fait maigrir, l'aurait entretenu obèse si on l'avait donnée à une époque antérieure. L'augmentation de poids n'est pas la seule particularité intéressante de notre expérience, il faut encore noter l'abaissement du chiffre de l'urée, abaissement déjà noté dans les expériences des physiologistes. La graisse agit donc comme aliment d'épargne et diminue la combustion des matières azotées.

Ces données physiologiques nous expliquent bien les effets thérapeutiques obtenus par l'emploi des matières grasses, notamment par celui de l'huile de foie de morue. Non seulement les corps gras sont d'excellent aliments, mais ils épargnent encore la combustion des aliments azotés.

Nous avons fait une expérience analogue à la précédente, elle nous a donné des résultats identiques à ceux de la pre-

mière. Nous avons choisi un sujet habituellement constipé, afin d'éviter, autant que possible, l'action purgative des corps gras donnés à haute dose. La graisse fut ingérée sous forme d'huile émulsionnée dans des jaunes d'œufs, c'est-à-dire sous une forme qui la rendit plus facilement absorbable.

Du 27 décembre au 15 janvier, il fut ingéré 2kg,160 de graisse; l'augmentation du poids a été de 2 kilogrammes. Comme dans notre observation précédente, pendant tout le temps que la graisse fut donnée, l'urée diminua, et dans la période suivante l'augmentation de poids persista, et même ce poids augmenta encore un peu, ce que nous croyons devoir attribuer à la constipation.

Des faits qui précèdent nous nous croyons autorisés à conclure que chez un sujet qui a une ration d'entretien, la graisse s'emmagasine en presque totalité, qu'elle diminue la combustion des matériaux azotés et que l'engraissement obtenu ne disparaît pas si on retourne à la ration d'entretien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

L'ordre du jour ne comporte aucune communication intéressant les sciences médicales.

— M. *Vulpian*, secrétaire perpétuel, donne communication d'une lettre de M. *Villemin*, se portant candidat à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

Comité secret. — L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidatures à cette même place vacante, et adopte la présentation dans l'ordre suivant :

En première ligne *ex æquo* : MM. Brown-Sequard et Germain Sée.

En deuxième ligne *ex æquo* : MM. Bouchard et Jaccoud.

En troisième ligne *ex æquo* : MM. Hayem et Ch. Richet.

Sur cette liste, l'Académie décide d'ajouter le nom de M. *Villemin*.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le professeur *Damaschino* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

MM. *Barrier* et *Railliet*, professeurs à l'École d'Alfort, envoient des lettres de candidature à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

M. le docteur *Martel* adresse deux mémoires imprimés, ayant pour titre : *Études sur la physiologie de la phonation* et *Étude expérimentale sur les fonctions du muscle thyro-cricoïdien*, pour le concours du prix Godard en 1886. (Inscrit sous le n° 13.)

M. le docteur *Sapelier* envoie un ouvrage intitulé : *Étude sur le sulfure de carbone*, pour le concours du prix Buignet en 1886. (Inscrit sous le n° 4.)

M. le docteur *F. Roux* adresse un *Traité des maladies infectieuses des pays chauds*, pour le concours du prix Godard en 1886. (Inscrit sous le n° 12.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° une brochure de M. *Schmitt* (de Lille) sur *le beurre et ses falsifications*; 2° un *Rapport* de M. le docteur *Blanquinque* sur *les épidémies dans l'Aisne en* 1885.

M. *de Villiers* présente des *Rapports* et *Mémoires sur l'hygiène de l'enfance*, par MM. *Lavergne* (de Moulins, Allier), *Sagnier* (de la Grand'Combe, Gard) et *Paclet* (de Mont-sous-Vaudrey, Jura).

M. *Larrey* fait hommage de la statistique du *Dispensaire Furtado-Heine* en 1884-1885 et présente, de la part de M. le docteur *Masse* (de Bordeaux), un ouvrage ayant pour titre : *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris*, pour le concours du prix Barbier en 1886. (Inscrit sous le n° 3.)

M. *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° la 5° édition du *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales*, par M. *Cazin*; 2° un mémoire de M. le docteur *Couctoux* sur *le traitement de la diphthérie*.

Élection. — Par 58 voix sur 67 votants, M. le professeur *Michaux* (de Louvain) est nommé associé étranger. M. Van Beneden (de Liège) obtient 8 voix et M. Ch. West (de Londres), 1.

M. *Diday* (de Lyon) est ensuite élu correspondant national par 60 voix sur 66 votants. M. Mahé (de Constantinople) obtient 5 voix et M. Picot (de Bordeaux), 1.

Néphrectomie. — M. le docteur *Ch. Monod* communique une observation de néphrectomie, suivie de guérison, qu'il a pratiquée chez un homme âgé de trente ans, atteint d'une néphrite interstitielle, compliquée de kystes du rein ayant donné lieu à une véritable fistule rénale. Le diagnostic d'une pareille lésion est sur le vivant difficile, sinon absolument impossible; mais l'on peut du moins, en faisant absorber au malade des substances qui passent facilement dans l'urine, apprécier l'état du filtre rénal. C'est ce qu'a fait M. Monod dans ce cas; ayant acquis la certitude que le rein était profondément altéré, il résolut de pousser d'emblée l'intervention chirurgicale, nécessaire pour la cure de la fistule, jusqu'à l'ablation totale de l'organe malade, la néphrotomie simple étant à la fois insuffisante et dangereuse en pareil cas. Le succès couronna sa tentative.

Glaucome. — Le glaucome, dont la pathogénie n'est pas encore entièrement connue, consiste en une exagération du tonus de l'œil; tout moyen capable de ramener ce tonus à son état normal constitue donc un agent curatif de cette affection. M. *Panas* a observé que l'intervention opératoire ne pouvait convenir dans tous les cas; il a, au contraire, obtenu des succès durables, par l'emploi des myotiques sous forme de collyres au sulfate d'ésérine ou au nitrate de pilocarpine, dans certaines formes où l'opération seule (iridectomie ou sclérotomie) se montre souvent impuissante. Il importe en pareil cas de prolonger l'usage des myotiques pendant un temps plus ou moins long; à tout prendre, ceux-ci constituent un moyen adjuvant des plus efficaces toutes les fois que les opérations se sont montrées impuissantes à enrayer la marche croissante du processus glaucomateux.

Momification. — M. *Brouardel* lit un rapport sur un travail de M. *A. Andouard* (de Nantes), concernant un cas de momification de cadavre d'adulte à l'air libre et à la température ordinaire; à ce travail était jointe une des jambes de ce cadavre, qui était celui d'une jeune fille de vingt ans environ; on l'a trouvé enfoui sous un monceau de paille dans un caveau où cette jeune fille avait été massacrée huit mois auparavant. Lorsqu'on découvrit le corps, il était dans un état de conservation remarquable; à part quelques traces de putréfaction au niveau des blessures faites à la tête, la momification était totale.

En raison des disposition particulières du local, M. Andouard crut devoir rapporter cette conservation à l'élévation de la température et à la sécheresse excessive du local, conditions qui sont bien celles indiquées d'ordinaire par les auteurs qui ont signalé des cas analogues. Mais ces conditions physiques suffisent-elles? Il est permis d'en douter. En effet, M. Brouardel a pu examiner la jambe de ce cadavre envoyée par M. Andouard; elle est d'une légèreté excessive, pèse 800 grammes au lieu de 2kg,350, poids ordinaire de la jambe du cadavre d'une femme présentant à peu près les mêmes conditions de développement; la peau est plissée, brunâtre, rigide, sonore comme du carton, et, lorsqu'on la presse, elle cède un peu en donnant la sensation d'un rembourrage de coton interposé entre elle et les os. L'incision de la peau fait voir qu'au-dessous d'elle il n'y a plus ni tissu musculaire, ni vaisseaux, mais une sorte de feutrage fortement imprégné d'une poussière très fine et très abondante. Or cette poussière est presque entièrement constituée par des cadavres de myriades d'acariens à tous les âges, par les coques vides de leurs œufs et par leurs déjections; les premiers acariens qui ont été la souche des générations incalculables qui se sont succédé sur la momie ont dû être apportés par la paille dont elle était recouverte; le travail de ces rongeurs

de cadavres était en pleine activité quand on a découvert la momie. Ainsi, l'agent principal de la momification a été l'envahissement du cadavre par des acariens de diverses espèces; les conditions physiques, invoquées par M. Andouard, ont facilité leur œuvre, mais n'ont été qu'une circonstance en quelque sorte secondaire dans l'accomplissement du phénomène.

M. Brouardel cite à ce sujet divers cas dans lesquels, avec l'aide de MM. Mégnin et Descoust, l'examen entomologique lui a permis, au point de vue médico-légal, de tirer des déductions très précises sur l'âge des cadavres retrouvés, sur la période depuis laquelle ils avaient été abandonnés, grâce à la connaissance des mœurs et des phases d'évolution des diverses espèces d'insectes retrouvés sur ces cadavres.

En effet, sur un cadavre abandonné à l'air, diverses espèces d'acariens se montrent dans un ordre déterminé; les *asticots*, puis les *dermestes*, la *sarcophagus laticrus*, la *lucinia cadaverina*, etc., ont chacun leur rôle dans cette œuvre de destruction; l'un absorbe les liquides, l'autre dévore les acides gras; l'œuvre d'une espèce terminée, l'espèce meurt sur place ou bien devient la proie d'une espèce nouvelle dont le tour est arrivé; chaque génération dure de deux mois à six semaines dans la belle saison.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Endocardite végétante infectieuse siégeant sur la valvule mitrale : M. Barié. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie : M. Dieulafoy. — Sur une modification de la forme des pieds, consécutive à une amyotrophie héréditaire débutant par les membres inférieurs: M. Dujardin-Beaumetz. — Double pied bot varus équin myélitique : M. Gérin-Roze.

M. *Barié* présente des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un homme de trente-trois ans qui était entré dans son service avec des signes de pneumonie du sommet. Cet homme avait eu antérieurement en 1871 une légère attaque de rhumatisme, et depuis lors une fluxion de poitrine et quelques hémoptysies. Vers le dixième jour de son séjour à l'hôpital, il présenta un léger souffle cardiaque systolique à la pointe; on pouvait se demander tout d'abord, par suite des caractères de ce bruit, s'il ne s'agissait pas d'un souffle extracardiaque, mais il devint bientôt plus intense et prit un timbre aigu, ne permettant pas de mettre en doute l'existence d'une insuffisance mitrale. La température s'éleva considérablement, des sueurs profuses se montrèrent, et la mort survint à la suite d'accidents faisant songer à une maladie infectieuse. A l'autopsie : lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse. Le cœur présente au niveau des deux valves de la mitrale des tumeurs papillomateuses, véritables chouxfleurs de la grosseur d'une noisette, oblitérant presque complètement l'orifice mitral lors du rapprochement des valves de cette valvule. Il est étonnant de constater que, pendant la vie, le pouls était resté à peu près normal. Dans le foie et la rate, de nombreux infarctus; la rate est molle, diffluente. Il est évident qu'on a assisté dans ce cas au début d'une endocardite infectieuse; mais on peut se demander si, chez un semblable malade, cette endocardite végétante, infectieuse n'est pas de nature tuberculeuse. L'examen histologique des végétations sera pratiqué au point de vue de la recherche des bacilles.

M. *Comby* croit cette hypothèse bien peu vraisemblable. Dans la plupart des cas d'endocardite infectieuse on a signalé l'existence antérieure d'une endocardite simple servant de point d'appel pour la localisation microbienne. Or le malade de M. Barié avait eu précédemment une attaque de rhumatisme. On trouvera à coup sûr, dans le cas de M. Barié, des micro-organismes, mais non des bacilles.

M. *Barié* est d'avis que, si cet homme avait été atteint d'une endocardite en 1871, lors de son rhumatisme, celle-ci serait demeurée bien longtemps silencieuse; d'ailleurs, à son entrée à l'hôpital, on ne constatait aucun signe de lésion cardiaque. Enfin, l'endocardite tuberculeuse, bien que rare, n'existe pas moins d'une façon indiscutable.

— M. *Dieulafoy* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude clinique et expérimentale du mal de Bright sans albuminurie* (voy. p. 405).

M. *A. Robin* confirme l'assertion de M. Dieulafoy relative aux brightiques avec albuminurie sans accidents pathologiques, en citant le cas d'un professeur de Copenhague, âgé de soixante-douze ans, albuminurique depuis l'âge de vingt ans, qui rend tous les jours de 50 centigrammes à 2 grammes d'albumine, et qui, malgré une existence active et fatigante, n'éprouve aucun phénomène morbide quelconque. Quant à la réalité de l'albuminurie physiologique, il se refuse à l'admettre; dans une thèse récente on trouve que 75 à 80 pour 100 des gens bien portants et tous les nouveau-nés présentent de l'albumine dans l'urine: or cette assertion est inexacte, car M. A. Robin a constaté autrefois, dans le service de Parrot, que l'urine des nouveau-nés *bien portants* ne renferme pas trace d'albumine. Enfin, d'après M. Dieulafoy, on peut être brightique sans albuminurie: cela est vrai si l'on se borne, pour constater l'albuminurie, à la recherche de la sérine. Mais il existe d'autres matières albuminoïdes qui ne se décèlent pas par la chaleur et l'acide nitrique; l'une d'elles, étudiée par Muller de Wurtzbourg, se précipite par l'acide acétique et le chlorure de sodium à froid. Il faut donc, pour nier l'albuminurie, s'être assuré qu'il n'existe dans l'urine aucune de ces substances albuminoïdes.

M. *Dieulafoy* fait remarquer qu'il a fait des réserves expresses au sujet de l'albuminurie physiologique; il a simplement voulu dire que parfois une légère albuminurie est compatible avec la santé: il est évident que ce n'est pas là un état absolument physiologique, puisque c'est l'absence d'albuminurie qui constitue l'état physiologique véritable. — Quant à la recherche des divers principes albuminoïdes, M. Dieulafoy décline toute compétence, mais, les analyses ayant été faites par M. Yvon, on peut les considérer comme absolument valables : or il n'a constaté aucune albuminurie. D'ailleurs, au point de vue clinique, lorsqu'il n'existe pas de l'albumine reconnaissable par les procédés ordinaires, on peut dire qu'on n'a pas affaire à un albuminurique.

M. *Du Castel* demande si M. Dieulafoy ne pense pas qu'un certain nombre des troubles périphériques faisant partie du cortège du mal de Bright, dépendent d'autre chose que de l'altération rénale, de l'artério-sclérose par exemple, cause fréquente elle-même des lésions du rein. On comprendrait ainsi que ces troubles pussent exister sans albuminurie.

M. *Dieulafoy* a recherché s'il existait quelque lésion du côté des petits vaisseaux et des nerfs lors de sensations fréquentes de doigt mort, mais il n'a encore rien trouvé dans cette voie.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente deux malades atteints d'*une déformation des pieds consécutive à une amyotrophie progressive héréditaire débutant par les membres inférieurs*. Il s'agit de deux frères atteints de la variété fémorotibiale de l'amyotrophie héréditaire décrite par Eichhort, mais avec production de griffe des orteils. Chez ces deux sujets, âgés l'un de vingt-deux, l'autre de douze ans, l'atrophie a commencé par les membres inférieurs, portant surtout sur le triceps fémoral, et s'est accompagnée d'une déformation spéciale des pieds. Celle-ci rappelle la forme du pied tabétique par l'exagération de la voussure, et tient à la disparition des muscles interosseux : c'est l'analogue de la griffe de la main dans le type Aran-Duchenne. La sensibilité est intacte; la

perte des réflexes est absolue. Le fils de la sœur aînée de ces deux malades, enfant âgé de quatre ans, est atteint de la même affection. Le père et la mère, ainsi que les sept frères et sœurs vivants de ces deux jeunes gens, sont bien portants et n'offrent aucun accident d'amyotrophie. M. Dujardin-Beaumetz place sous les yeux de la Société les tracés obtenus par l'empreinte des pieds de ces deux malades pendant la marche.

M. *A. Chauffard* insiste sur la différence considérable qui existe entre cette déformation du pied, résultant de l'amyotrophie et le pied tabétique, dont la cause réside dans des accidents ostéo-articulaires, dans de véritables arthropathies. D'ailleurs, le pied tabétique est ordinairement un pied plat, tandis qu'ici on a affaire à un pied creux. Il faut donc prendre garde de produire la confusion par un rapprochement non justifié entre ces deux variétés de déformation.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne veut nullement assimiler les deux formes de pied bot; il tenait seulement à appeler l'attention sur l'existence de la griffe des orteils, non signalée jusqu'alors.

— M. *Gérin-Roze* donne lecture d'une note relative à un *double pied bot varus équin myélitique*, dont il présente le moulage. Il s'agit d'un homme de trente ans, ni rhumatisant, ni alcoolique, ni syphilitique, d'aspect satisfaisant, qui fut pris en 1884 d'un mal de Pott dorsal, bientôt accompagné de douleurs fulgurantes des membres inférieurs, d'anesthésie et de paraplégie avec épilepsie spinale. L'impotence fonctionnelle durait depuis plus d'un an, sans atrophie musculaire, lorsque se produisit progressivement une déformation des deux pieds, plus marquée du côté droit. Elle était caractérisée par l'abaissement et l'adduction de la pointe du pied, l'abaissement du bord externe et le relèvement du bord interne, l'exagération de la concavité de la voûte plantaire avec déformation en griffe des orteils. Cette variété de pied bot, d'origine myélitique, est toute semblable à celle que M. Joffroy a signalée sous le nom de pied bot tabétique, et qu'il attribue à une atrophie musculaire par névrite parenchymateuse primitive ou secondaire au cours du tabes; déformation qu'il ne faut pas, d'ailleurs, confondre avec le pied tabétique par ostéo-arthrite qui est tout différent. Or, le cas de M. Gérin-Roze, prouve que ce pied bot, *dit tabétique*, peut survenir en dehors du tabes et de toute atrophie musculaire apparente; c'est pourquoi il propose de substituer à l'épithète tabétique celle de myélitique, qui lui paraît plus justifiée. D'autre part, il insiste sur l'amélioration notable survenue chez son malade sous l'influence du traitement, amélioration qui se continue et permet d'espérer une guérison venant démontrer la curabilité de certains pieds bots varus équins myélitiques.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Sur les portes d'entrée des agents infectieux de l'ostéomyélite : M. Lannelongue. — Claudication intermittente chez l'homme : M. Terrillon. — Continuation de la discussion sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre : MM. Horteloup, Humbert, Polaillon, Marc Sée. — Observations d'obstruction intestinale, lecture : M. Heydenreich. — Election.

M. *Lannelongue* fait une communication sur les portes d'entrée de l'ostéomyélite. Il rappelle d'abord très rapidement l'historique relatif aux micro-organismes pathogènes de cette affection. C'est dans son service de l'hôpital Trousseau que M. Pasteur a découvert, en 1880, l'organisme inférieur, cause première du mal et que tous les observateurs ont retrouvé depuis. Le microbe trouvé, il fallait rechercher son mode de pénétration dans l'organisme. M. Lannelongue a été mis sur la voie de cette découverte par l'observation d'un poulain de son écurie, qui, après avoir présenté des ulcérations aphtheuses des gencives, fut pris subitement d'ostéomyélite des os du crâne et succomba en quelques jours, après avoir présenté tous les symptômes cliniques de l'ostéomyéilte. A l'autopsie on trouva un abcès sous les téguments du crâne, un abcès dans le cerveau, des abcès miliaires des poumons et une péricardite suppurée. Pensant que les micro-organismes de l'ostéomyélite avaient pénétré par les ulcérations des gencives, dont le poulain avait été atteint, M. Lannelongue a depuis lors attentivement cherché sur ses malades frappés d'ostéomyélite, s'il n'existait pas de petites plaies, de légères excoriations ouvrant la porte aux agents infectieux de cette affection, et il a constamment trouvé quelques excoriations de l'épiderme, consécutives à un panaris superficiel, à un eczéma, à un ecthyma.

M. *Trélat*, sans nier l'introduction des agents infectieux par ces voies ouvertes, fait remarquer que ce ne sont là que des suppositions et qu'on n'a pas trouvé les organismes inférieurs dans le chemin qu'ils parcourent de la plaie pour se rendre aux os.

M. *Terrier* ne sait pas si les vétérinaires ont décrit jusqu'ici chez les animaux l'ostéomyélite que l'on observe chez l'homme. Il ne le croit pas et il serait d'autant plus disposé à croire que cette maladie n'existe pas chez les animaux que les expériences de Rodet et autres expérimentateurs montrent quelle difficulté on a à provoquer cette affection chez les bêtes. Pour lui, le poulain observé par M. Lannelongue a eu de l'ostéite et consécutivement de la pyohémie.

— M. *Terrillon* présente un malade ayant été atteint d'une affection rare, si même elle a été décrite chez l'homme, à savoir la claudication intermittente. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, alcoolique, qui fut pris au mois d'août 1885 de douleurs intermittentes dans les jambes, douleurs très vives, l'empêchant absolument de marcher. Ces douleurs augmentèrent et au bout d'un mois apparut au niveau du gros orteil une petite phlyctène, bientôt suivie d'une petite plaque de sphacèle. Peu à peu la gangrène envahit les autres orteils et gagna le dos du pied. A ce moment on s'aperçut de la disparition des battements des artères de la jambe et de la diminution de ceux des artères de la cuisse. Étant donnée l'intensité des douleurs, M. Terrillon pratiqua l'amputation de la jambe. Les douleurs cessèrent immédiatement et la cicatrisation du moignon se fit très régulièrement. A l'autopsie de la jambe on constata que les artères de la jambe étaient considérablement diminuées de volume, que leurs parois étaient épaissies et que leur lumière était réduite aux dimensions d'un crin de Florence.

— M. *Horteloup* lit une note sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Au début de sa carrière il a employé la divulsion de Vuillemier, mais il y a renoncé à la suite d'un cas malheureux d'infiltration d'urine, qui faillit emporter le malade. Depuis cette époque il traite les rétrécissements non dilatables, fibreux avec ou sans fistules par l'uréthrotomie interne. La lame courante de l'instrument de Maisonneuve a, selon l'orateur, des inconvénients. On ne sait ce que l'on coupe avec elle et on peut inciser trop ou trop peu. Pour obvier à ces défauts, M. Horteloup a depuis longtemps fait construire un uréthrotome, qui coupe exactement au lieu du rétrécissement et qui n'incise qu'à une profondeur très minime, de telle sorte qu'il faut passer plusieurs instruments (au nombre de quatre) de dimensions graduellement croissantes. Peut-être trouvera-t-on dans cette nécessité d'avoir quatre instruments, un inconvénient? Cet inconvénient, s'il existe, est compensé par la sûreté absolue de l'opé-

ration. M. Horteloup a opéré 66 malades à l'aide de son instrumentation. Il n'a jamais eu d'accident. Relativement aux récidives, il n'en a eu que six cas, mais tous les malades sont loin d'être venus revoir le chirurgien. Dans les cas de rétrécissements anciens avec fistules, cystite, urines ammoniacales, néphrite, etc., M. Horteloup pratique l'uréthrotomie externe d'emblée.

M. *Humbert* apporte à la discussion pendante le résultat de sa pratique à l'hôpital du Midi pendant la suppléance qu'il y a faite de M. Horteloup. Les malades qu'il a opérés sont au nombre de onze. Il n'a jamais eu aucune espèce d'accidents. Il a suivi dans toutes ses opérations les règles suivantes: précautions antiseptiques avant, pendant et après l'opération; incision de l'urèthre sans effort à l'aide de la lame moyenne de l'uréthrotome; sonde peu volumineuse à demeure pendant vingt-quatre heures seulement, cinq ou six jours après dilatation.

M. *Polaillon*, ayant eu à traiter soixante-deux rétrécis, n'a été obligé de recourir à l'uréthrotomie interne que treize fois. A l'exception de trois de ces opérés, qui ont eu de légers accidents, tout s'est passé régulièrement pour les autres. Aussi M. Polaillon n'hésite pas à considérer l'uréthrotomie interne comme une opération bénigne, à condition qu'on ne commette aucune faute dans son exécution.

M. *Marc Sée* laisse ses uréthrotomisés sans sonde pendant les trois premiers jours et commence ensuite à dilater.

— M. *Heydenreich* lit un travail sur une série de trois observations d'obstruction intestinale.

— Au cours de la séance, M. *Peyrot* a été nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Alfred Pousson.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 9 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Traitement des végétations par la teinture de tuya occidentalis : M. C. Paul. (Discussion : MM. E. Labbée, Bedoin, Campardon, Cadet de Gassicourt.) — De la gélosine : M. Guérin. (Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Créquy, Moutard-Martin, Bedoin, Campardon.)

M. *C. Paul* donne lecture d'une note sur le *Traitement des végétations par la teinture de tuya occidentalis*. Il rappelle qu'il existe plusieurs variétés de tuya, parmi lesquelles le tuya occidentalis originaire de l'Amérique du Nord. Autrefois le tuya passait pour avoir une action diaphorétique. En 1879, le docteur Ménier soutint, à Paris, une thèse sur l'emploi de la teinture de tuya à l'intérieur pour la cure des végétations; il rappelait que Mohnitke (de Berlin), Léon, Brecher (de Vienne) s'étaient servis d'alcoolature ou d'huile essentielle de tuya, comme topique, pour combattre les condylomes rebelles et en avaient obtenu des résultats satisfaisants; mais, se basant sur ce fait que des élèves en médecine de l'Ecole de Tours avaient été débarrassés de végétations par l'usage, à l'intérieur, de l'alcoolature de tuya, le docteur Ménier expérimenta ce médicament sur neuf malades atteints de végétations. Il a donné l'alcoolature de tuya à la dose de 20 à 40 gouttes par jour, et jusqu'à 8 grammes dans les vingt-quatre heures; tous les sujets soumis à ce traitement ont été guéris, ou perdus de vue alors que l'amélioration était considérable. M. C. Paul a vérifié peu de temps après l'efficacité du traitement et a obtenu des résultats fort satisfaisants. Enfin, en février dernier, il prescrivit 30 gouttes, matin et soir, de teinture de tuya occidentalis à une malade portant aux parties génitales de nombreuses végétations non syphilitiques; la guérison fut complète dans l'espace d'une quinzaine de jours. Ce fait ne peut évidemment entraîner à lui seul la conviction, mais c'est un encouragement à persévérer dans cette voie. Deux particularités sont à noter dans la marche des végétations; c'est d'abord la multiplicité ou la généralisation de ces lésions sans qu'on puisse invoquer le transport, et, d'autre part, c'est la disparition rapide d'une éruption de verrues lorsqu'on en détruit une quelconque parmi celles qui la composent. Le docteur Marcel (du Mans), qui a signalé le fait, emploie pour détruire l'une des plus saillantes, la transfixion avec une épingle que l'on chauffe ensuite à l'aide de la flamme d'une bougie : cette verrue détruite, les autres disparaissent. M. C. Paul a observé ce phénomène chez une de ses malades, qui guérit de verrues multiples des mains et d'un papillome plantaire, à la suite de la destruction, au moyen du caustique de Filhos, d'une verrue analogue développée sous l'ongle du médius. D'autres faits du même genre ont été rapportés par divers observateurs, entre autres par MM. Bouchard et P. Lucas-Championnière. Il est intéressant de constater que, peut-être, ne restera-t-on pas toujours désarmé contre les productions épithéliales.

M. *E. Labbé* a également observé, chez une femme, la disparition de verrues multiples à la suite de la destruction de l'une d'elles au moyen de l'acide sulfurique. Mais il fait remarquer que les végétations du gland, les véritables choux-fleurs, ne guérissent pas spontanément lorsqu'on en détruit seulement une minime partie; il en est de même de l'acné varioliforme. Cette disparition d'un ensemble de verrues, lorsqu'on en a supprimé une seule, ne serait-il pas un argument de valeur contre la nature contagieuse de ces productions épithéliales?

M. *C. Paul* rappelle que les verrues ont été considérées en effet comme contagieuses et qu'on a même recherché, sinon découvert, le microbe de la verrue, mais que, du moins jusqu'ici, on n'a pu fournir d'expériences probantes d'inoculation. D'autre part, il n'est pas besoin du contact dans un rapport sexuel pour le développement des végétations aux organes génitaux; on en observe chez des sujets absolument vierges

M. *Bedoin* a observé un cas de végétations des organes génitaux, chez un homme, avant tout coït. Il insiste, d'ailleurs, sur la rapidité avec laquelle ces papillomes se reproduisent après avoir disparu. Il rapporte un cas dans lequel tous les moyens ordinaires de traitement, tous les caustiques ont été employés sans succès soit alternativement, soit concurremment, et dont la guérison fut obtenue avec la poudre de sabine. Il a toujours vu ce moyen donner une guérison définitive, et cela sans déterminer de douleurs. Il emploie, pour sa part, la poudre de sabine soit pure, soit mélangée d'alun; parfois aussi la teinture éthérée de sabine.

M. *Campardon* a vu autrefois, à Saint-Lazare, traiter les végétations avec un mélange de poudre de sabine et d'alun; cette médication donnait constamment d'excellents résultats. Lorsque le paquet papillomateux était trop considérable, on le séparait en plusieurs parties et l'on mettait dans les interstices de la poudre de calomel, d'alun et de sabine; on obtenait ainsi de très bons effets en douze ou quinze jours.

M. *C. Paul* rappelle que la classique poudre de Swediaur renferme de la sabine; et c'est ainsi que l'on peut expliquer son action sur les papillomes.

M. *Cadet de Gassicourt* demande à M. C. Paul de préciser la dose de teinture de tuya occidentalis qu'il juge nécessaire; en effet, M. Ménier l'a employée jusqu'à concurrence de 8 grammes, tandis que M. C. Paul ne l'a administrée qu'à la dose de 20 à 30 gouttes par jour.

M. *C. Paul* a reconnu que 20 ou 30 gouttes par jour, pendant quatre ou cinq jours, sont suffisantes pour obtenir de bons résultats. Les hautes doses employées par M. Ménier

lui paraissent inutiles; elles démontrent seulement que la préparation n'est pas toxique.

— M. *Guérin* lit une note sur la *gélosine*. C'est une substance mucilagineuse extraite du *Gelidium corneum*, algue du Japon, qui se trouve dans le commerce sous forme de brindilles blanchâtres, sèches, d'une légèreté extrême. La gélosine est amorphe, incristallisable, incolore, non azotée, analogue à la lichénine, ou à la fucine des algues. Elle se dissout dans l'eau bouillante, dont elle solidifie 550 fois son volume; ainsi 250 grammes de gélosine immobilisent 100 litres d'eau. On obtient par refroidissement une belle gelée transparente susceptible de se mouler sur toutes les formes imaginables, et dont on peut faire varier la consistance dans des limites assez étendues. Elle constitue un excipient dans lequel on peut introduire par solution toutes les substances médicamenteuses solubles dans l'eau, l'eau alcoolisée, acidulée ou alcalinisée; on peut aussi lui incorporer les sels, les acides, les poudres et les différents extraits. C'est ainsi qu'on prépare avec la gélosine des cataplasmes, des suppositoires, des pessaires, des bougies, des lames minces, soutenues par des feuilles de tarlatane, pour les divers pansements, sans que l'on ait à en redouter la dessiccation. La gélosine en se rétractant d'une façon lente et progressive exprime l'eau et les substances médicamenteuses qu'elle renferme, en les déversant d'une façon continue à la surface des plaies ou dans les cavités où elle a été introduite. Elle arrive ainsi lentement à une dessiccation complète, qui la ramène à son volume primitif; elle est d'ailleurs susceptible de se gonfler de nouveau par l'eau et d'être employée aux mêmes préparations que la première fois. Elle peut, on le voit, remplacer avec avantage les liniments, les pommades. M. Guérin présente des échantillons de cylindres et de plaques de gélosine renfermant du camphre, de la créosote, du sulfate de zinc, du turbith minéral, de la cocaïne, de l'extrait de belladone, de l'iodoforme, du sublimé, de l'acide phénique, du coaltar, etc. Pour manipuler ce corps, il suffit de lui ajouter son poids d'eau chaude, et, lorsque la dissolution est opérée, de lui incorporer, au mortier ou autrement, la substance médicamenteuse; lorsqu'elle devient sirupeuse, vers 40 ou 50 degrés, on la coule dans des moules, où la prise se fait rapidement. Toute cette opération demande un quart d'heure au plus, et le prix de revient est des plus modiques. Convenablement stérilisée, la gélosine pourra être employée avec avantage dans les recherches bactériologiques.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande si l'on peut mouler la gélosine sur la peau même des malades, par exemple autour d'une articulation. Il y aurait sans doute avantage à combiner le pansement médicamenteux avec la compression douce et progressive que détermine évidemment la gélosine en se rétractant par évaporation de l'eau qu'elle renferme.

M. *Guérin* affirme que rien n'est plus facile; il suffit d'envelopper l'articulation dans un sac de toile, et d'injecter entre ce sac et le segment du membre la gélosine à l'état sirupeux.

M. *Créquy* demande si la gélosine peut, aussi bien que l'axonge, favoriser l'absorption des substances médicamenteuses par la peau.

M. *Guérin* fait observer que l'eau chargée de principes médicamenteux entre pour les 99 centièmes dans la composition des topiques en gélosine, et que cette eau est incessamment exprimée à la surface des téguments où l'absorption a lieu d'une façon constante.

M. *Moutard-Martin* demande si la rétraction de la gélosine s'opère même dans un milieu humide, comme le vagin par exemple.

M. *Guérin* a constaté que, dans le vagin comme dans le rectum, la rétraction des suppositoires se produit et exprime le médicament incorporé à la surface de la muqueuse.

M. *Bedoin* désirerait savoir si l'on peut obtenir à volonté des cylindres de gélosine plus ou moins durs; si l'on peut, par exemple, fabriquer des bougies uréthrales en gélosine.

M. *Guérin* a obtenu des bâtons suffisamment résistants en employant 6 ou 7 parties de gélosine pour 100 parties d'eau. On pourrait même augmenter la proportion en se servant de l'autoclave. Il a préparé également des drains qui ne peuvent être écrasés dans les fistules étroites et sinueuses.

M. *Campardon* demande s'il est possible d'obtenir avec la gélosine des suppositoires au tannin. C'est là une préparation difficile à exécuter avec la gélatine.

M. *Guérin* a préparé des suppositoires de cette nature. Il faut employer 4 parties de gélosine pour 100 parties d'eau, et faire des suppositoires de 5 grammes : chacun d'eux pourra contenir 25 centigrammes de tannin.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De l'origine bovine de la scarlatine. — Nous croyons devoir reproduire presque textuellement la communication que M. le docteur Laure, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, vient d'adresser de Londres au *Lyon médical*. Bien que les faits qu'elle annonce ne soient pas encore scientifiquement démontrés, les détails dans lesquels est entré notre confrère leur donnent un cachet d'authenticité indéniable. La question est assez sérieuse pour qu'une enquête approfondie montre ce qu'il y a d'exact dans ces observations.

« Dans le cours de ces dernières années, plusieurs médecins sanitaires avaient signalé à Londres certaines relations jusqu'alors inexpliquées entre les épidémies de scarlatine et les abattoirs lorsque, en décembre 1885, le docteur Wynter Blyth, médecin sanitaire de Saint-Marylebone, remarqua que la marche d'une épidémie de scarlatine qui régnait dans ce quartier avait une connexité directe avec la distribution du lait provenant d'une métairie de Hendon. Le lait de la ferme était vendu à trois fournisseurs au détail, l'un à Saint-Johns Wood, l'autre à Hendon même, et un troisième qui revendait à Hampstead et à Saint-Pancras. L'épidémie commença à Saint-Marylebone, éclatant en même temps sur tous les points que nous venons de citer, alimentés par la ferme de Hendon, sauf dans le quartier de Saint-Johns Wood.

» Hendon fut tout d'abord naturellement soupçonné comme l'origine de la contagion, et une enquête très minutieuse, conduite par les docteurs Blyth, Cameron et Power, établit de la façon la plus positive que la tenue de la ferme était irréprochable, que, de plus, aucun cas de scarlatine n'y avait paru depuis fort longtemps, et qu'enfin les quelques cas de scarlatine constatés dans le district pendant l'année 1885 avaient pris naissance dans des habitations très éloignées de la ferme.

» L'enquête établit encore que trois vaches, qui venaient de mettre bas, avaient été achetées à Derby Market et admises à la ferme le 15 novembre. Ces vaches avaient été isolées des autres jusqu'à la fin de novembre, mais leur lait avait été ajouté à la provision habituellement débitée à Saint-Marylebone, Hampstead et Saint-Pancras. Le 4 décembre, quatre autres vaches, achetées dans le comté d'Oxford, arrivèrent à la ferme et remplacèrent celles du comté de Derby dans l'étable de quarantaine (quarantaine shed). Les vaches de Derby furent transportées dans une autre local appelé « large shed » où se trouvaient quarante autres vaches; le lait de cette provenance fut vendu à Saint-Marylebone et la scarla-

tine se déclara chez les clients de la laiterie à la fin de novembre, tant que le lait fut fourni. Les vaches du Oxfordshire furent tenues en quarantaine jusqu'au 11 décembre et alors transportées *deux* à la « large shed » et *deux* dans une autre écurie nommé « middle shed ». Le lait de cette dernière provenance fut vendu à Hampstead et à Saint-Pancras, la fièvre scarlatine éclata alors parmi les consommateurs en deux périodes : la première à la fin de novembre, la seconde au milieu de décembre, période correspondante chacune au moment où le lait des vaches en quarantaine avait été mêlé à la provision générale.

» Un fait restait encore inexpliqué : l'immunité des consommateurs de Saint-Johns Wood. Nos savants confrères constatèrent alors que le lait distribué à Saint-Johns Wood provenait exclusivement d'une écurie distincte, nommée « the small shed », dont le produit n'avait jamais été mélangé et dans laquelle on n'avait jamais admis d'autres vaches.

» Sur ces entrefaites, une épidémie de scarlatine survint à Child's hill dans les écuries de la ferme. Les médecins sanitaires apprirent alors que le fermier, ne pouvant plus écouler le lait à Saint-Marylebone, avait donné l'ordre de distribuer à ses porcs le lait provenant de la grande étable, « large shed ». Ce que voyant, un grand nombre de pauvres familles vinrent disputer aux pourceaux leur nourriture, et en obtinrent même subrepticement des gardiens de la ferme. Or, c'est précisément parmi ces derniers consommateurs que sévit l'épidémie de scarlatine.

» Les médecins sanitaires, auxquels s'était adjoint le docteur Klein, examinent attentivement les animaux et constatent, chez un grand nombre de vaches, des ulcérations du pis, commençant par de petites papules, qui s'agrandissent, s'exulcèrent et s'accompagnent d'une tuméfaction localisée, et d'un certain degré d'induration résistante, au pourtour des ulcérations. Celles-ci se recouvrent d'une croûte légère, qui se dessèche en s'exfoliant et ne laisse aucune trace apparente.

» En même temps les animaux maigrissent, leur respiration devient plus fréquente.

» Le docteur Klein a eu l'obligeance de nous montrer des préparations provenant d'un de ces animaux qu'il avait fait abattre. Les poumons étaient très congestionnés, les alvéoles çà et là remplis de globules sanguins. On aperçoit aussi un commencement de pneumonie interstitielle. Dans le foie on pouvait voir les lésions que nous venons de décrire récemment dans les maladies infectieuses, de l'œdème des espaces interlobulaires et une production néo-conjonctive très manifeste autour des vaisseaux sanguins et biliaires; mêmes lésions dans le rein. Enfin, dans tous les organes, et particulièrement dans les coupes transversales des vaisseaux, des amas de microcoques fortement colorés en bleu.

» Le docteur Klein a réussi à isoler du liquide provenant des ulcérations, au moyen d'une série de cultures, un microcoque très particulier, d'une apparence très caractéristique, qui se présente sous forme d'une chaîne très longue de diplococci. » Par inoculation au veau, M. Klein aurait obtenu chez cet animal une affection très analogue à la scarlatine caractérisée par une exfoliation épidermiques des engorgements ganglionnaires du cou et une néphrite.

Tels sont les faits annoncés par M. le docteur Laure. Nous attendrons, pour les apprécier et nous faire une opinion, qu'un rapport officiel nous fasse connaître le résultat des observations et expériences qui se poursuivent en ce moment sur cette intéressante question. (*Lyon médical*, n° du 13 juin 1886.)

Sur un cas d'ascite chyleuse, par M. I. Straus. — On a beaucoup discuté sur la nature des *ascites* dites *chyleuses* et l'on est arrivé dans ces derniers temps à les considérer comme un épanchement péritonitique en voie de régression granulo-graisseuse, et à nier l'épanchement intra-péritonéal de chyle. M. Straus a étudié avec le plus grand soin un cas d'ascite chyleuse chez un cancéreux et il a pu démontrer qu'il y a eu effectivement épanchement du chyle dans la cavité péritonéale chez ce malade. Cet épanchement, dit-il, résulte toujours d'une lésion ou d'un obstacle siégeant sur les vaisseaux chylifères, les ganglions ou le canal thoracique. L'irruption du chyle dans le péritoine a lieu soit par franche solution de continuité des chylifères ou du canal thoracique, soit par transsudation. Ce mécanisme a été démontré rigoureusement dans le cas qui a fait l'objet de ce travail. L'aspect homogène du liquide, la pauvreté en globules blancs et rouges, la rapidité de reproduction de l'épanchement avec les mêmes caractères donnent déjà presque une certitude. Mais l'expérience suivante réalisée dans le cas de M. Straus, si elle réussit, est décisive : elle consiste à doser la quantité de graisse contenue dans le liquide de la première ponction, à soumettre ensuite le malade à un régime riche en matière grasse et à constater, dans le liquide de la ponction, pratiquée quelques jours après, une augmentation considérable (le triple dans ce cas) de la teneur en graisse. (*Archiv. de physiol. norm. et pathol.*, 15 mai 1886.)

Les bacilles dans la tuberculose miliaire. Tuberculose glomérulaire du rein, par M. Ray. Durand-Fardel. — Avant même la découverte du bacille de la tuberculose, la tuberculose miliaire aiguë était assimilée aux maladies infectieuses. La découverte de bacilles dans les vaisseaux a suggéré tout naturellement l'idée de transport de l'agent pathogène par les voies de la circulation sanguine, transport qui seul permet de se rendre compte de cette diffusion subite, par tout l'organisme, d'une même lésion à un même stade d'évolution. M. Durand-Fardel a eu l'occasion de faire l'examen du rein d'un individu mort de tuberculose miliaire, rein présentant les lésions bacillaires à divers stades dont la succession semble réaliser le schéma complet de l'infection tuberculeuse. Voici les résultats de l'examen microscopique : Granulations tuberculeuses périglomérulaires et périvasculaires, les premières nettement isolées et à diverses périodes de leur développement. Localisations bacillaires : 1° dans des vaisseaux et dans des glomérules, en dehors de toute production tuberculeuse ou irritative ; 2° dans des vaisseaux et dans des glomérules compris dans les granulations signalées plus haut ; 3° dans des tubes contournés.

M. Durand-Fardel interprète ainsi ces lésions : arrêt des micro-organismes dans les capillaires des glomérules, dont la structure et le fonctionnement physiologique (pression considérable, transsudation du liquide à travers un endothélium spécial), favorisent cet arrêt ; de là thrombose et prolifération sur place des bacilles qui traversent les parois des capillaires et vont dans le tissu ambiant déterminer la néoformation embryonnaire qui constitue la granulation tuberculeuse. L'appareil glomérulaire a donc été ici le point de départ de la granulation. On a constaté qu'en général, dans les néphrites infectieuses, c'est au niveau des glomérules que s'observent les localisations initiales. (*Archiv. de physiol. norm. et pathol.*, 15 mai 1886.)

Contribution à l'étude de la névrite multiple, par M. X. Francotte. — Jusque il y a une dizaine d'années, les paralysies amyotrophiques étaient rattachées invariablement à une lésion des cornes antérieures de la moelle, à la poliomyélite ; on ne croyait pas aux altérations des nerfs périphériques. Aujourd'hui les lésions diffuses des nerfs ne font plus de doute pour personne. Le travail de M. Francotte s'appuie sur plusieurs observations nouvelles ; cet auteur indique les signes différentiels suivants signalés par plusieurs auteurs, entre la poliomyélite et la névrite multiple :

1° Terminaison plus favorable de la névrite ;

2° Pour la névrite, parallélisme entre les troubles de la contractilité électrique et l'état de la motilité volontaire ;

3° Pour la poliomyélite, localisation de la paralysie dans

certains groupes de muscles innervés par des nerfs différents, mais concourant à l'exécution de certains mouvements;

4° Pour la névrite, présence de symptômes bien nets dans le domaine de la sensibilité.

D'après M. Francotte, les trois premiers signes ne présentent qu'une faible valeur; le seul sérieux selon lui, et encore y a-t-il quelquefois des exceptions, c'est l'existence de symptômes d'irritabilité des nerfs sensibles (douleur, hyperesthésie).

Du reste on a observé une combinaison de la poliomyélite et de la névrite multiple, ce qui ne présente rien d'extraordinaire. (*Revue de médecine*, 10 mai 1886.)

La spartéine. Étude physiologique et clinique, par MM. Laborde et Legris. — La *spartéine*, principe actif du genêt à balais (*Sarothamnus scoparius*), a été isolé pour la première fois par Stenhouse, en 1851. Ses propriétés physiologiques n'étaient qu'imparfaitement connues. MM. Laborde et Legris ont repris la question et reconnu que l'action prédominante et élective de la spartéine sur le cœur se manifeste par une augmentation de l'intensité et de la durée de ses contractions, par une régularisation du rythme cardiaque troublé; cette action paraît être essentiellement d'origine centrale.

M. Sée a employé la sulfate de spartéine chez l'homme à la dose de 5 à 25 centigrammes par jour. Les résultats physiologiques font pressentir son action de relèvement et de régularisation du pouls et du cœur. L'action est très rapide, ce qui fait recommander le sulfate de spartéine en particulier contre les cardiopathies, réclamant une intervention immédiate, attaques d'asystolie par exemple. Tous les états d'affaiblissement général de l'organisme, liés à l'asthénie cardiaque, sont justiciables de ce médicament, qu'il y ait ou non lésion du myocarde ou des valvules; la circulation plus active du sang étant favorable au relèvement des forces. Le sulfate de spartéine se recommande encore dans les dyspnées cardiaques, associé à l'iodure de potassium et aux inhalations de pyridine.

L'administration de ce médicament ne présente pas de contre-indication; il n'y a pas d'effets de cumul. (*Archives de physiologie norm. et path.*, 15 mai 1886.)

Le cathétérisme de l'uretère chez la femme, par M. C. Pawlik. — Il peut y avoir intérêt à recueillir l'urine d'un seul rein. On a imaginé des moyens très problématiques de compression de l'un des uretères, puis on a songé au cathétérisme de l'uretère. Divers procédés ont été proposés; M. Pawlik décrit avec détails le sien; il emploie une sonde métallique légèrement conique, s'atténuant en avant, se recourbant un peu vers l'extrémité, qui est terminée par une petite tête arrondie; la longueur de la sonde, depuis le manche jusqu'à la petite tête arrondie, qui a 1mm,5 de diamètre, représente la longueur de l'uretère augmentée de la distance de son orifice vésical à l'orifice externe de l'urèthre, soit 24 à 25 centimètres. L'auteur a encore imaginé une sonde élastique glissant sur un conducteur, pour la description détaillée de laquelle nous renvoyons au mémoire original.

Il faut une certaine habitude pour trouver l'orifice vésical de l'uretère; les sillons formant triangle que présente la paroi vaginale antérieure servent de guide; mais, pour que ces sillons présentent la forme voulue, il est nécessaire que la paroi vaginale antérieure soit tendue et plane; on y réussit bien en plaçant la femme sur les genoux et les coudes, le buste un peu relevé; mais cette position étant gênante, on doit adopter la position usitée pour la lithotomie; on introduit dans le vagin un spéculum de Simon, qui rend la paroi antérieure apparente et la tend; on vide la vessie et on y injecte 150 centimètres cubes d'eau. L'opérateur introduit la sonde et, lorsqu'elle arrivée à l'orifice interne de l'urèthre, la dirige en dehors, parallèlement aux côtés divergents du triangle vaginal, sans exercer de pression; on peut être obligé de recommencer plusieurs fois; on sent qu'on a atteint l'orifice de l'uretère par l'absence de résistance, la possibilité d'enfoncer la sonde en arrière, et l'impossibilité de diriger latéralement la petite tête qui garnit son extrémité. L'opération n'est quelque peu douloureuse que si la muqueuse vésicale est le siège d'un catarrhe. Il peut exister des anomalies de forme et de situation de l'orifice vésical de l'uretère, qui rendent le cathétérisme difficile ou impossible. L'auteur examine avec soin tous ces cas. (*Archiv für klin. Chirurgie*, Bd XXXIII, H. 3, 1886.)

Gastrotomie pour corps étrangers de l'estomac, par M. B. Credé. — Les corps étrangers, qui arrivent dans l'estomac, se comportent de manière fort différente. Il en est qui sont expulsés par les voies naturelles; d'autres fois, ils perforent l'estomac ou l'intestin et se frayent un passage du côté de l'abdomen ou du dos, en déterminant la formation d'un abcès; en pareil cas, les malades échappent généralement à la mort; mais il peut arriver qu'ils succombent, lorsque la perforation a lieu sans adhérences préalables, ou par suite de suppuration prolongée, de septicémie, etc.; enfin le corps étranger, grâce à sa forme, peut rester dans l'estomac, pour lequel il est une source permanente d'irritation. L'opération, destinée à remédier à cet état de choses, la gastrotomie, présente plus ou moins de dangers, selon que l'estomac n'a pas ou a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Dans le dernier cas, le péril est moindre, parce que l'opération peut s'effectuer sans ouverture de la cavité abdominale.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer la gastrotomie chez un individu qui avait avalé un dentier artificiel pendant son sommeil. L'opération réussit très bien. Une particularité qu'il fait ressortir, c'est que le malade ne présenta point de vomissements après l'opération, malgré les sutures que renfermait l'estomac et le traumatisme opératoire que cet organe avait subi. L'explication du fait lui échappe. Dans la gastrostomie, au contraire, les vomissements et les contractions spasmodiques de l'estomac sont fréquents et c'est à eux qu'on attribue dans bien des cas l'issue fatale. Il est donc préférable de se borner à la gastrotomie, pour peu que la gastrostomie ne soit pas indispensable. M. Credé a réuni dans un tableau tous les cas connus de gastrotomie pour corps étrangers, soit 26 cas; l'opération fut généralement suivie de succès; ainsi 8 succès sur les 10 cas où l'estomac n'avait pas encore contracté d'adhérences avec la paroi abdominale, ce qui est particulièrement encourageant. Il est donc indiqué de pratiquer l'opération le plus tôt possible, si la forme du corps avalé ne permet pas d'espérer l'issue spontanée. (*Archiv für klin. Chirurgie*, Bd XXXIII, H. 3, 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène militaire, par M. G. Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Deuxième édition, Paris, J.-B. Baillière, 1886.

La première édition de ce livre ayant été déjà longuement analysée (*Gazette hebdomadaire*, 1874, p. 341), nous pourrions nous contenter d'indiquer aujourd'hui les modifications que l'auteur a dû faire subir à son œuvre pour la mettre au courant des progrès de la science moderne. Il nous suffirait, dès lors, de résumer la préface que M. Morache a écrite en tête de cette deuxième édition. Mais ce résumé apprendrait au lecteur que l'ouvrage a été presque complètement remanié, et, dans ces conditions, il paraît nécessaire, non seulement d'en indiquer les principales divisions, mais en-

core d'en apprécier, avec quelques détails, les conclusions et l'esprit. Aujourd'hui, en effet, un traité d'hygiène militaire doit toucher à un grand nombre de questions qui intéressent l'homme adulte, quelle que soit sa manière de vivre. En raison de sa spécialisation, il a de plus le devoir de donner de toutes ces questions des solutions précises. Ces solutions, il faut qu'il les appuie sur les données scientifiques qui servent de base à l'hygiène pratique. Enfin, un livre de ce genre doit résumer et interpréter les lois et les règlements de l'armée, de manière à éclairer tout à la fois, et le médecin et l'administrateur qui, trop souvent encore, dans les conditions difficiles que crée la vie militaire, manquent d'un guide précis et autorisé. Pour écrire un traité d'hygiène militaire, il est donc nécessaire d'avoir une érudition approfondie, une grande sûreté de jugement et, de plus, une connaissance parfaite du milieu auquel l'ouvrage est surtout destiné. Telles sont, est-il besoin de le dire aux lecteurs de ce journal, les qualités qui appartiennent en propre à notre savant et laborieux ami.

La première édition de son livre avait justement mérité, en France aussi bien qu'à l'étranger, l'approbation de tous les hygiénistes. Cette deuxième édition, très améliorée dans plusieurs de ses chapitres, est non moins digne d'éloges, si on la considère dans son ensemble.

M. Morache nous permettra cependant de faire remarquer combien peu l'exécution matérielle de son livre répond au succès qu'il est en droit d'espérer. Nous ne parlerons, ni du papier, ni de la typographie, mais surtout du choix des figures, qui, empruntées aussi bien à des publications dites de luxe qu'à des journaux à bon marché, déparent souvent et compromettent l'œuvre scientifique de l'auteur. Reproduites à l'aide de clichés déjà anciens, un grand nombre de ces figures attirent inutilement l'attention et tiennent la place de celles qui permettraient de faire connaître les progrès réalisés depuis de longues années dans la construction des appareils sanitaires. Nous savons que l'auteur n'est qu'indirectement responsable à ce point de vue, mais nous aurions mieux aimé le voir demander dans ce livre la suppression d'un grand nombre des 173 figures que l'on a intercalées dans le texte plutôt que de constater l'insuffisance ou l'anachronisme de la plupart d'entre elles.

Dans les 900 pages si compactes qui constituent ce traité d'hygiène, on trouve une abondance considérable de matériaux bien groupés en cinq livres distincts comprenant l'organisation et le recrutement des armées, l'habitation du soldat, son vêtement et son équipement, son alimentation, enfin les conditions générales de la vie militaire. Dans chacun de ces livres, M. Morache a pris soin de fournir des renseignements comparatifs sur l'armée française et les principales armées étrangères, ce qui donne à son œuvre un caractère tout particulièrement instructif. Ces chapitres s'adressent d'ailleurs, non seulement aux hygiénistes militaires ou autres, mais encore à tous ceux qui ont souci des intérêts du pays, et sont à divers titres chargés d'en prendre soin. Les opérations du recrutement soulèvent un grand nombre de questions qui intéressent les conditions d'aptitude physique au service militaire, la répartition des recrues dans les différentes armes, c'est-à-dire les conditions mêmes d'existence de la nation, puisque aujourd'hui cette existence dépend du nombre des combattants à mettre en ligne et du degré de résistance de ces combattants en campagne. L'aperçu sommaire sur la morbidité et la mortalité des armées qui termine le livre de M. Morache et en forme comme la conclusion, appelle l'attention sur cette circonstance, si grave pour notre pays, à savoir que l'armée française possède une mortalité incomparablement plus élevée que celle de certaines armées avec lesquelles elle a dû se mesurer. En temps de paix, nos soldats ont présenté, de 1879 à 1881, une mortalité annuelle supérieure à 10 pour 1000 hommes, tandis que l'armée allemande, pour ne citer que celle-là, n'avait à la même époque qu'une mortalité de 4,8. Pendant la guerre de 1870-1871, les pertes de l'armée française ont été de 138871 décédés, 137626 blessés et 339421 malades, tandis que dans l'armée allemande il y a eu 44750 décès et 127 867 blessés, qui n'ont donné que 10710 décès, soit environ 8,4 pour 1000. Ainsi, la mortalité par le feu, relativement à celle des maladies, a été pendant cette campagne de l'armée allemande comme 10 est à 4,67; c'est, dit M. Morache, la proportion la plus faible qui ait jamais été observée pour les décès dus à la maladie. Ce résultat doit être attribué, sans aucun doute, aux soins hygiéniques dont le commandement a su entourer les troupes, à leur parfaite alimentation et aussi, il convient de le reconnaître, au chiffre considérable des tués et des blessés pendant les grandes batailles d'août, aux journées des 6, 14, 16 et 18 de ce mois. Quant à la mortalité des blessés, elle s'est abaissée au chiffre proportionnel le plus bas qui ait été signalé dans les grandes guerres; ce chiffre témoigne de toute la sollicitude et des soins remarquables dont les blessés ont été entourés, et très probablement aussi du système d'évacuation à grande distance adopté par l'armée allemande.

Ces réflexions, que nous empruntons à M. Morache, sont de celles que nos législateurs ne sauraient trop méditer; déjà, elles ont eu pour résultat cette constitution de l'autonomie du corps de santé militaire que nous nous honorons d'avoir toujours défendue; elles ne sont malheureusement que plus impérieuses encore aujourd'hui, alors que, — nous ne cesserons de le répéter —, cette loi n'a pu donner tout ce que l'on était en droit d'en attendre. Si l'armée allemande a obtenu, au point de vue sanitaire, les résultats que nous venons de rappeler, c'est non seulement parce que les médecins de cette armée ont le droit de s'occuper de toutes les questions qui ressortissent à leur compétence, c'est encore et surtout parce que les règlements ont été dictés par les autorités scientifiques les plus éclairées. En France, on arrive à croire aujourd'hui qu'il suffit d'apprendre par cœur quelques règlements administratifs et de savoir citer la date précise des principaux arrêtés ministériels, pour être à même de faire partie des commissions chargées de décider des plus graves intérêts de l'armée. On oublie que la science progresse et qu'il faut à la tête de la médecine militaire des savants en état de résoudre les questions d'hygiène les plus importantes, plutôt encore que des bureaucrates, dont la seule occupation est de compulser les annuaires et les recueils de circulaires administratives.

Et cependant que de conséquences désastreuses peut entraîner une négligence quelconque en matière d'hygiène, de prophylaxie ou de traitement. Pour nous en tenir à ce qui concerne l'hygiène préventive, n'est-il pas vrai que les conditions mêmes de la vie militaire sont souvent défavorables? Le soldat est surmené, il vit dans un milieu confiné, d'où la nécessité de le mettre à même de supporter les fatigues et les dangers du surmenage, de diminuer les conditions de confinement, de le maintenir dans le milieu le plus salubre possible. Les hygiénistes ont continué de considérer comme type d'atmosphère malsaine, celle de la chambrée au matin; c'est là pour eux la caractéristique du mauvais état sanitaire d'une habitation. Est-il donc si difficile d'obvier à cette grave situation? En aucune façon; mais, pour y parvenir, il importe que les hygiénistes militaires puissent imposer leurs volontés à l'incompétence des corps chargés de décider de la construction et de l'aménagement des casernes. Or, à part un petit nombre d'établissements installés dans quelques corps d'armée, et relativement bien construites, notre casernement est établi dans de vieux bâtiments dans lesquels les maladies ont depuis longtemps élu domicile, ou dans des bâtiments neufs dont le type uniforme est imposé dans toutes les parties de la France; comme si les habitants se logeaient de la même façon, orientaient leurs demeures dans les mêmes directions à Dunkerque qu'à Bayonne, à Brest qu'à Toulon! Et cependant il est des

villes où la mortalité de la garnison par la fièvre typhoïde ne cesse pas d'être comparativement plus élevée qu'ailleurs ; on se contente alors d'évacuer de temps en temps les casernes, d'assainir (?) les bâtiments à l'aide de l'acide sulfureux, et d'y rappeler ensuite les soldats, jusqu'à ce qu'une nouvelle épidémie oblige à recommencer les mêmes mesures. On ne songe pas à se demander s'il ne serait point nécessaire de modifier complètement le mode d'habitation des soldats et de les éloigner plus ou moins de ces casernements jusqu'au jour où les conditions défectueuses y seraient complètement changées.

Il importe donc que les hygiénistes militaires montrent quelque énergie pour imposer leurs opinions lorsqu'il s'agit de déterminer les règles auxquelles doivent être soumises les diverses habitations de nos soldats. Mais, pour pouvoir imposer ce qu'ils considèrent comme juste, il faut qu'ils aient l'autorité morale que donne non le grade militaire, mais bien la notoriété scientifique. M. Morache, qui possède l'un et l'autre, nous permettra de lui dire que cette partie de son livre, si riche en détails, si intéressante à lire, n'est peut-être pas assez nette dans ses conclusions. Sans doute il était utile au point de vue de l'érudition d'analyser un grand nombre de procédés de chauffage, de ventilation, d'aération, d'évacuation des immondices, etc. Mais notre savant ami conviendra avec nous que plusieurs de ces procédés n'ont aujourd'hui qu'une valeur historique. Il eût été plus utile à notre sens de poser d'une manière nette et précise un certain nombre de principes et, quant aux applications, de ne s'arrêter qu'à celles qui en sont les conséquences directes. A quoi sert par exemple de discuter aujourd'hui les opinions du général Morin sur le chauffage et la ventilation, alors qu'elles sont presque partout considérées comme l'une des erreurs les plus fâcheuses que l'on ait pu commettre au point de vue de la salubrité des habitations collectives ? Nous pourrions faire les mêmes remarques à propos des appareils décrits comme pouvant servir à l'évacuation des immondices. Les détails dans lesquels est entré M. Morache ont leur intérêt au point de vue historique ; mais aujourd'hui que l'hygiène doit s'imposer dans les armées, ils nuisent un peu au degré de précision que doit avoir un traité d'hygiène militaire.

Ce que dit l'auteur du vêtement, de l'équipement et du régime alimentaire du soldat, mérite au contraire d'être loué presque sans réserve. Il était difficile de traiter avec plus de soin et de compétence un sujet aussi complexe.

Nous ne nous arrêterons donc pas à analyser les divers chapitres des deux livres qui sont consacrés à cette étude. Nous nous bornerons aussi à signaler le soin avec lequel sont indiquées les diverses méthodes de désinfection qu'enseigne l'hygiène militaire. Nous avons surtout voulu, en signalant cette deuxième édition, affirmer que le livre de M. Morache honorait tout à la fois et la médecine militaire et l'Université, et qu'il prouvait quels services sont appelés à rendre à l'armée ceux des médecins qui, soit à l'École du Val-de-Grâce, soit dans nos Facultés provinciales, ont su faire voir que les études scientifiques ne sont pas inconciliables avec les devoirs militaires.

L. Lereboullet.

Étude clinique sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs, par le docteur J.-F. Perret. Thèse de Lyon, 1885. Oct. Doin.

L'auteur indique, à côté de la douleur et du gonflement depuis longtemps notés, la rareté extrême de la suppuration et l'existence exceptionnelle de nécrose étendue, de séquestres notables comme de bons signes permettant de caractériser l'ostéomyélite gommeuse; peut-être pourrait-on leur adjoindre l'absence d'adénite secondaire à la lésion osseuse; mais ce signe n'a pas été toujours recherché par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette affection. Les lésions gommeuses des os longs paraissent avoir une grande tendance à la guérison spontanée, et comportent par suite un pronostic assez bénin; elles semblent débuter, le plus souvent, par le canal médullaire, pour envahir ensuite le tissu de la diaphyse et même les parties molles environnantes; elles peuvent alors déterminer une fragilité de l'os à leur niveau assez marquée pour que le moindre traumatisme s'accompagne de fracture. D'ailleurs ces solutions de continuité, comme l'affection osseuse elle-même, sont justiciables du traitement spécifique. Le traitement chirurgical ne doit être employé contre l'ostéomyélite gommeuse qu'au cas de douleurs trop violentes; on peut, alors, pratiquer avec avantage la trépanation, en s'entourant des plus grandes précautions antiseptiques.

Des ruptures de la verge, par le docteur Cami Debat. Thèse de Paris, 1885. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Intéressante étude sur des faits peu connus, et peut-être plus fréquents qu'on ne serait tenté de le supposer en présence du petit nombre des observations publiées; il faut, en effet, tenir compte, comme le fait remarquer l'auteur, du sentiment de honte qui empêche souvent les victimes d'un semblable accident de recourir aux soins médicaux. Après avoir étudié les causes prédisposantes de la rupture, et montré qu'il faut de toute nécessité que la verge soit en état d'érection complète pour qu'elle puisse se produire, l'auteur passe en revue les signes immédiats et tardifs, les déformations secondaires avec incapacité fonctionnelle qui sont le résultat de la rupture de l'un ou des deux corps caverneux. Cette rupture est anatomiquement représentée par la solution de continuité du *fascia penis*, accompagnée de désagrégation des mailles du tissu caverneux, résultant le plus souvent d'une fausse manœuvre pendant l'acte du coït. Cet accident, assez bénin dans la plupart des cas, acquiert parfois une gravité exceptionnelle, soit par le fait de complications, soit à cause des désordres locaux qui peuvent en être la conséquence; le traitement sera malheureusement trop souvent impuissant à remédier à cette infirmité consécutive.

L'alcool : physiologie pathologique; médecine légale, par le docteur J.-A. Peeters. Paris-Bruxelles, 1885. Georges Carré.

Cette monographie de plus de 400 pages se divise en trois parties : la première contient les notions chimiques sur la constitution des divers alcools, et les documents physiologiques concernant l'absorption, l'élimination de l'alcool et son action sur chacun des principaux systèmes de l'économie. Dans la seconde, se trouve étudiée la pathologie tout entière de l'alcoolisme aigu ou chronique, ainsi que l'influence de l'intoxication alcoolique sur la morbidité ou la mortalité des populations, et le rôle des conditions accessoires de race, de climat, de profession, d'âge, etc., qui font varier dans des limites fort étendues les effets toxiques des diverses préparations renfermant de l'alcool. Une large part est faite, dans ce chapitre, à la pathologie mentale sous les titres : alcoolisme psychique aigu et alcoolisme psychique chronique; l'auteur pose ainsi les prémisses d'où découleront les conclusions pratiques renfermées dans la troisième partie. Celle-ci est consacrée à la discussion des questions médico-légales que peut soulever, dans une foule de cas, l'alcoolisme aigu ou chronique chez l'inculpé ou chez la victime, et en particulier à l'appréciation de la responsabilité du buveur aux diverses périodes de son histoire pathologique.

La chirurgie ignée en général et ses avantages en particulier dans les maladies chroniques et rebelles de l'utérus, par le docteur J. Abeille. Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

Dans ce volumineux ouvrage, l'auteur étudie d'abord les diverses méthodes de chirurgie ignée : galvanocaustie, fer rouge, thermocautère au platine; passant en revue le traitement des nævi, des affections osseuses et articulaires, enfin des péritonites partielles. Il entre ensuite dans le corps même de son sujet, et consacre divers chapitres à la chirurgie utérine ignée. Il y aurait de nombreuses réserves à faire à ce sujet, mais il nous suffira d'avoir signalé cette nouvelle étude.

VARIÉTÉS

CONCOURS D'AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Ce concours s'est terminé vendredi 11 juin 1886, à sept heures du soir, par les nominations suivantes, classées dans l'ordre ci-dessous pour chacune des six Facultés de médecine de France :

Section de chirurgie. — Paris : 1. M. Schwartz ; 2. M. Jalaguier ; 3. M. Brun. — Bordeaux : 1. M. Pousson; 2. M. Denucé. — Lille : M. de Lapersonne. — Lyon : M. Augagneur. — Montpellier : 1. M. Forgue; 2. M. Truc. — Nancy : M. Vautrin.

Section d'accouchements. — Paris : M. Maygrier. — Montpellier : M. Gerbaud. — Nancy : M. Rémy.

ADJUVAT. — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet, Sebileau, Potherat, Récamier, Lyot et Thiery.

BUREAU CENTRAL. — La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central (épreuve clinique) s'est terminée le mardi 8 juin 1886. Seuls ont été admis à subir la seconde épreuve éliminatoire, les vingt-quatre candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. Bourcy, Capitan, Charrin, Dreyfous, Duplaix, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Léopold), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Lebreton, Ledoux-Lebard, Lorey, Marie, Martin, Petit, Richardière, Robert, Robin, Siredey, Thibierge, Variot.

ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX. — La première série des épreuves éliminatoires du concours des accoucheurs des hôpitaux de Paris s'est terminée samedi soir par l'admissibilité de MM. Auvard, Stapfer, Boissard, Bureau et Loviot aux épreuves définitives.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 25 juin). — *Ordre du jour :* M. Albert Robin : Sur la solubilisation des résidus organiques. — Influence du régime dans l'albuminurie. — M. Alex. Renault : Observation sur un cas de pneumonie à foyers successifs.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Quinzième liste.

Nous ne pouvons enregistrer, sans y ajouter l'expression d'une vive et profonde gratitude, les souscriptions qui nous arrivent aujourd'hui de Smyrne et de Porto. Dans notre dernière liste, nous inscrivions une offrande de M. le docteur Pitta (de l'île Madère). Aujourd'hui c'est par l'entremise de M. le docteur Bourneville, que M. le docteur Narich nous fait parvenir un premier versment de 1000 francs. Nous joignons nos remerciements à ceux que le *Progrès médical* a déjà adressés à ces généreux souscripteurs.

Conseil municipal de Paris..................	3000 fr.	
Souscription ouverte dans l'*Impartial* de Smyrne par M. le docteur Narich..................	1000	
Ville de Porto..................................	583	35
Société de médecine et de climatologie de Nice.	500	
Mme Gustave Genissieu......................	100	
M. le docteur Legroux (deuxième versement)..	50	
M. Abel Giraudeau..........................	40	
Total..........	5.273 fr.	35
Montant des listes précédentes..	41.587 fr.	50
TOTAL GÉNÉRAL..	46.860 fr.	85

L'ASSISTANCE MÉDICALE A PARIS. — Nous recevons deux documents prouvant l'utilité des établissements d'assistance publique qui, fondés à côté des hôpitaux ou hospices, sont destinés soit à soigner les malades, soit à recevoir les malheureux. Le premier de ces documents est un rapport lu par M. le docteur Comby, médecin des hôpitaux, à l'assemblée générale de la Société philanthropique. Il expose les résultats obtenus au dispensaire spécial pour les enfants établi à la Villette (166, rue de Crimée). Pendant l'année 1885, il a été donné à ce dispensaire 5581 consultations gratuites. Le nombre des pansements, bains, douches, etc., a dépassé 100 000. Grâce aux précautions prises pour assurer l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses, aucun cas de transmission de ces maladies n'a pu être emputé au dispensaire.

On n'y traite, en général, que les maladies relativement bénignes; on n'y pratique que les opérations d'urgence et les opérations de petite chirurgie. Quant aux maladies chroniques, sur 1369 enfants traités, on compte 981 guérisons, 197 améliorations, 8 morts, 183 résultats inconnus.

En résumé, depuis trois ans, il a été donné à ce dispensaire 13 685 consultations gratuites; il a été admis à un traitement d'une durée de trois mois 2400 enfants, dont les deux tiers ont été guéris. Ces résultats encourageants prouvent tout à la fois et les avantages que présentent ces sortes d'établissements, et le dévouement éclairé des médecins qui en assurent le service.

— Le rapport adressé à l'Administration au sujet du fonctionnement des refuges municipaux de nuit montre aussi, par l'affluence qui s'y presse, combien est profonde la misère et combien sont diverses les causes qui la produisent. Dans un seul établissement de ce genre, on a reçu pendant le mois de mars 1104 personnes, qui y ont passé 3720 nuits, et sur ces 1104 personnes on comptait 1 avocat, 1 professeur de mathématiques, 1 étudiant en pharmacie, puis un grand nombre de journaliers, menuisiers, serruriers, maçons, etc., etc. Ce qu'il importe de surveiller, c'est l'hygiène de ces sortes de refuges. L'œuvre de l'hospitalité de nuit s'en préoccupe avec raison, et les modèles qu'elle montre à l'Exposition d'hygiène de la caserne Lobau sont, à cet égard, très recommandables. Mais en est-il et en sera-t-il toujours de même partout? On ne saurait trop surveiller ces sortes d'établissements, où les maladies contagieuses pourront trouver les conditions les plus favorables de propagation et d'extension.

LE SERVICE PHARMACEUTIQUE DE NUIT. — Malgré les critiques dont il a été l'objet à diverses reprises, le service médical de nuit fonctionne relativement bien et rend de réels services. Aussi faut-il applaudir au projet suivant, qui le complète, et qui vient d'être adopté par le Conseil municipal :

Art. 1er. — Il sera organisé, à bref délai, un service pharmaceutique de nuit.

Art. 2. — Les malades qui désireront se procurer les médicaments à eux prescrits par les médecins de nuit, devront s'adresser au poste de police, d'où un agent muni d'un bon de la préfecture de police les conduira dans une maison de secours quand il se trouvera en présence d'indigents, et, dans le cas où la maison de secours n'aura pas les médicaments prescrits, ou lorsqu'il s'agira de malades non inscrits aux bureaux de bienfaisance, dans une des pharmacies dont les titulaires se seront fait inscrire sur la liste des pharmaciens de nuit.

Art. 3. — Les malades qui pourront payer seront astreints à rembourser les médicaments à eux fournis, plus 1 fr. 50 comme indemnité de dérangement de nuit.

Art. 4. — Un crédit de trois mille francs (3000 fr.) sera ouvert pour le service pharmaceutique de nuit.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Francis Mason, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas de Londres; James Apjohn, John Gavaron Treacher, Henry Jackson (de Londres); du professeur Louis Paganucci (de Florence); enfin, M. le docteur de Gudden, médecin aliéniste de Munich, s'est noyé en luttant contre le roi de Bavière qui, dans un accès de manie aiguë, s'est précipité dans le lac de Starnberg et y a entraîné son médecin.

MORTALITÉ A PARIS (23e semaine, du 6 au 12 juin 1886). — Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 2. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 47. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 25. — Autres affections générales, 39. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 67. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 19 ; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76; de l'appareil circulatoire, 55; de l'appareil respiratoire, 61; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 11 ; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 20. — Total : 893.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5754. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Des préparations de quinquina : vins, extraits, quinium (1).

Les médecins qui font de la thérapeutique leur étude de prédilection ne paraissent pas s'être préoccupés sérieusement jusqu'ici de l'indigence des vins de quinquina en alcaloïdes.

La seule conséquence qu'on ait tirée de cette constatation, encore tout récemment, a été de décider que le sulfate de quinine étant le vrai médicament de la fièvre, il n'y avait pas lieu de s'inquiéter de la présence ou de l'absence des alcaloïdes dans les vins de quinquina; que ceux-ci devaient seulement posséder des qualités toniques.

Qu'est-ce à dire, sinon que dans le quinquina il y aurait deux sortes de principes tout à fait distincts : les alcaloïdes (fébrifuges), qui sont éliminés des préparations vineuses, et d'autres principes (toniques), qui s'y trouveraient au contraire retenus?

Certains membres de la Société de thérapeutique, tout récemment, ont même renchéri sur cette manière de voir : ils ont proposé de n'employer à la préparation des vins de quinquina que les quinquinas gris, *loxa* ou *huanuco*, tous remarquables par leur richesse en tannin (1/20e) et pauvreté en alcaloïdes (à peine 1 pour 100).

Si cette proposition venait à être adoptée comme une règle, le vin de quinquina serait, dorénavant et par principe, encore plus dépourvu d'alcaloïdes, puisque sa préparation facultative avec du quinquina jaune permet d'en faire entrer deux à trois fois plus que n'en contiennent les quinquinas gris.

Le vin de quinquina ne serait plus, en somme, qu'une solution vineuse de tannin ou d'acide quinotannique.

Ainsi, cela paraît être une opinion bien arrêtée chez quelques médecins de ne considérer dans le quinquina comme principe tonique, que le tannin exclusivement ou à peu près.

Je crois qu'il est bon, avant de laisser cette opinion s'accréditer, de faire appel de ce jugement. D'autres médecins, en effet, professent une opinion toute différente.

Je connais un certain nombre de confrères qui prescrivent de petites doses de sulfate de quinine, au lieu et place des autres préparations de quinquina, dans la dyspepsie atonique et dans l'anémie, avec le plus grand succès.

La quinine fait également partie, à notre connaissance, de certaines formules de remèdes secrets, et la foi du public dans la vertu de ces préparations s'explique, selon moi, par des effets positifs, au moins pour une bonne part.

Cette manière d'agir n'est-elle pas comparable d'ailleurs à celle qui nous conduit à prescrire la morphine, la codéine, la narcéine, au lieu de l'opium et de ses extraits. Elle est tout autant justifiée, car l'âme, le principe actif du quinquina, comme celui de l'opium, doit résider surtout dans ses alcaloïdes.

C'est l'opinion qu'exprimait ces jours derniers, à l'Académie, le docteur Nicolas, dans sa relation si intéressante sur *l'hygiène dans l'isthme de Panama*. Le docteur Nicolas reconnaît l'insuffisance du sulfate de quinine contre les fièvres terribles de ces climats; mais il n'en persiste pas moins à le conseiller comme tonique et dans le but de mettre l'organisme en état de défense.

En faveur du crédit qu'il faut accorder aux alcaloïdes du quinquina comme toniques, il y a lieu d'invoquer aussi les expériences récentes du docteur Laborde.

Le chef du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, étudiant l'action physiologique, et surtout les propriétés d'ordre dynamique de la cinchonine et de la cinchonidine, tire de ses recherches les conclusions suivantes : la quinine agit surtout sur le cerveau, la cinchonine et la cinchonidine portent surtout leur action sur le bulbe et la moelle. Au point de vue pratique, ces recherches sont intéressantes, car elles semblent prouver qu'en thérapeutique, on pourrait souvent substituer à la strychnine, qui est toxique, la cinchonine qui l'est beaucoup moins. — Nous voici loin de l'opinion de ceux qui refusent aux alcaloïdes une part des propriétés toniques de l'écorce.

Mais est-il bien vrai que le tannin, ou acide quinotannique soit l'agent dynamophore principal?

Nous avons peine à comprendre qu'il soit encore aussi souvent nécessaire de faire ressortir combien le tannin en excès est, au contraire, un écueil pour cette médication, et souvent porte plus de dommage que de profit.

Le tannin précipite la pepsine et crispe la muqueuse digestive : il offense l'estomac et empêche la digestion, et nombre de malades qui prennent du vin de quinquina pour s'aider à manger et se tonifier, doivent y renoncer à cause des crampes d'estomac, des gastralgies, du pyrosis qui surviennent à la suite.

Pour nous, c'est une conviction bien réfléchie et qui nous vient d'une observation attentive et réitérée, que le bien que peut faire le vin de quinquina, il le fait en vertu des alcaloïdes qu'il contient, quoique souvent en proportion infime. Mais ces avantages sont trop souvent contre-balancés, dans les vins préparés suivant les vieux errements, par la trop forte proportion de tannin et de matières inertes qu'ils contiennent.

En réalité, d'accord en cela avec l'Académie de médecine, nous ne connaissons qu'une seule méthode correcte et scientifique pour préparer les vins à base de quinquina, c'est celle de Labarraque, et un seul produit qui la réalise, c'est le quinium Labarraque.

40 grammes de ce vin représentent sûrement 5 centigrammes d'alcaloïdes et 10 centigrammes d'extractif soluble et aromatique. Deux fois cette dose chaque jour, ou un verre à liqueur après chaque repas, font de cette médication une véritable intervention thérapeutique.

(1) Voyez le numéro du 5 mars 1886.

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux de Châtel-Guyon,

par M. le docteur DESCOMBES.

Quand on pratique le lavage de l'estomac, quel est le but qu'on se propose? Sans doute on espère, tout en évacuant les résidus alimentaires qui trop souvent y croupissent et s'altèrent, tout en nettoyant la muqueuse des saburres, des sécrétions spumeuses qui la recouvrent, réveiller aussi ses fonctions naturelles et exciter ses sécrétions légitimes.

On a aussi pensé agir favorablement sur la contractilité de l'organe tout entier, donner du ton à la fibre musculaire lisse du ventricule, et, pour le lavage pratiqué dans ce but, d'une certaine manière, on a proposé le nom de douche stomacale.

Ce but de fortifier les muscles de l'estomac ne serait pourtant pas toujours atteint. Des lavages réitérés ont souvent été suivis, au contraire, d'une inertie profonde, et, dans certains cas peut-être, définitive. Toujours est-il qu'on ne peut compter sur cette action tonique des douches ou des lavages. Quant au nettoyage proprement dit, a-t-il des effets durables? En se reportant à la pratique, si l'on s'en tient à ce moyen de traitement, on obtient des résultats si médiocres, qu'ils ne compensent pas, à beaucoup près, les inconvénients de la méthode.

Je parle un peu d'après ma propre expérience, et je puis invoquer aussi, je crois, l'expérience d'autrui, car, depuis deux années environ, on pratique de moins en moins le lavage de l'estomac.

Pour se rendre compte de cette inefficacité et pour interpréter en même temps l'action thérapeutique de cette opération, il est permis, je crois, de la comparer au lavage de la vessie atteinte de catarrhe.

Dans l'estomac du dyspeptique, la muqueuse est aussi très évidemment dans un état de catarrhe plus ou moins intense. Comme dans le catarrhe vésical, elle est peuplée et comme incrustée de germes figurés agents de fermentation. Ces fermentations sont anormales pour l'estomac autant que pour la vessie. Or, que durent les effets du lavage de la vessie? Nous ne le savons que trop.

Quand la muqueuse vésicale est imprégnée du ferment ammoniacal, la mer y passerait sans laver la souillure. Et il paraît bien en être ainsi de l'estomac chez les dyspeptiques invétérés. Mais l'estomac possède en lui-même des ressources plus puissantes pour neutraliser, et, dans les circonstances favorables, pour détruire les ferments figurés anormaux. Le suc gastrique pur, en quantité suffisante, est le fermenticide le plus efficace.

On sait depuis longtemps que ce liquide de sécrétion peut se conserver, sans se corrompre, au contact de l'air, pendant des années. Il y en a à la Faculté qui a été recueilli par Claude Bernard. Si donc on se propose de restituer à la muqueuse son intégrité et ses fonctions normales, il faudra surtout se préoccuper de la mettre dans des conditions à sécréter du suc abondant et légitime. Ce sera le moyen le plus assuré de faire disparaître l'intervention des ferments figurés; ce sera s'attaquer aux sources mêmes de la dyspepsie.

Si l'expérience démontre bien clairement que nous ne sommes pas en droit d'attendre du lavage de l'estomac des résultats dans ce sens qui soient bien encourageants, quand ce lavage a lieu par des procédés mécaniques, en est-il de même avec le lavage au moyen des eaux minérales naturelles? Une expérience plusieurs fois séculaire enseigne qu'on obtient à certaines sources des effets bien plus durables, beaucoup plus constants, et cela sans révolte des organes, sans rebuter les malades.

Il existe une source hydro-minérale qui répond tout particulièrement à ces trois points principaux que vise la thérapeutique dans la dyspepsie, savoir : 1° de nettoyer l'estomac et tout le tube digestif, en entraînant les résidus alimentaires en voie d'altération, les saburres et les mucosités; 2° de favoriser les sécrétions légitimes; 3° de restituer aux muscles ventriculaires leur énergie contractile.

L'eau de Châtel-Guyon (1), étudiée au point de vue physiologique et clinique, donne des résultats tout à fait concordants. Le docteur Laborde, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté, étudiant l'action des sels qui constituent les principes minéralisateurs de Châtel-Guyon, reconnut que le chlorure de magnésium (ce sel paraît représenter la dominante dans l'effet total) a pour effet constant d'augmenter la sécrétion gastrique et biliaire; de produire des évacuations intestinales liquides; d'exagérer l'appétit, qui devient vorace. En outre, on observe des contractions énergiques des anses intestinales.

« Les contractions péristaltiques, après s'être montrées d'abord et surtout dans l'intestin grêle, s'étendent de proche en proche et rapidement à l'intestin tout entier, et en même temps à l'estomac lui-même, qui devient le siège de mouvements d'une intensité telle qu'il ne m'avait jamais été donné d'en observer de pareils sur cet organe, où les physiologistes ont tant de peine, on le sait, à les déterminer et à les saisir distinctement. »

Le docteur Aguilhon de Sarran et après lui le doc[illegible] Voury, ont reproduit expérimentalement les résultats ob[illegible] par le docteur Laborde, mais en se servar[illegible] relle de Châtel-Guyon, soit de ses sel[illegible] tion, avec substitution d'une quantité [illegible] liquide évaporé. Les effets ont été tout à fait conformes que je viens de retracer. Ils peuvent se résumer ains[illegible] pétit est vivement excité; l'administration prolongée [illegible] de Châtel-Guyon amène l'amaigrissement de l'animal [illegible] rience, sans altération de la santé; la quantit[illegible] rendues est très augmentée, sans modification de la r[illegible] de l'urine; il se produit constamment des évacua[illegible] reuses et bilieuses. Je passe sous silence d'autres eff[illegible] raux sur la respiration, la circulation et le système nerv[illegible]

A l'aide de ces expériences fort concluantes, nous som[illegible] autorisés à interpréter les effets cliniques, et nous pouv[illegible] également apprécier les indications rationnelles de c[illegible] source remarquable.

(1) Nos observations se sont portées tout particulièrement sur la source Gubler.

(*Gazette des hôpitaux.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5751. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE N° 26 25 JUIN 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Les recherches entomologiques et la médecine légale. — Académie des sciences : Élection. — Exposition d'hygiène urbaine : Prophylaxie de la rage.

Après avoir entendu les observations si autorisées de M. Laboulbène au sujet de l'application des recherches entomologiques aux expertises médico-légales, l'Académie a écouté avec le plus vif intérêt un lumineux rapport de M. Jungfleisch sur les falsifications du sulfate de quinine par le sulfate de cinchonidine. Nous ne pouvons que renvoyer au *Bulletin* ceux qui tiennent à étudier scientifiquement cette question. Il nous suffira de mentionner les conclusions de M. Jungfleisch, qui rendent justice aux méthodes d'analyse de M. de Vrij, affirment que son procédé est préférable à ceux de Hesse et de Kerner, mais reconnaissent en même temps que les produits français sont, en général, beaucoup plus purs que ceux qui sont fournis par les droguistes étrangers.

La séance a été terminée par la présentation d'un malade sur lequel M. Berger a très habilement restauré le talon par un procédé autoplastique.

— A l'Académie des sciences, nous avons plaisir à signaler l'élection de M. Brown-Sequard. Ainsi qu'on le verra plus loin, le savant professeur du Collège de France a été élu au premier tour et à une forte majorité.

M. le professeur Grancher a fait mardi dernier à l'Exposition d'hygiène urbaine une conférence sur la prophylaxie de la rage et en particulier sur les résultats des inoculations pratiquées d'après la méthode de M. Pasteur. L'auditoire extrêmement nombreux qui se pressait à cette réunion n'a pas ménagé ses applaudissements aux explications claires et précises de l'éminent conférencier, non plus qu'aux découvertes dont il se faisait le narrateur autorisé. On trouvera sans doute quelque intérêt à lire l'exposé succinct des principales parties de cette conférence.

Après un exposé des diverses phases qu'a suivies M. Pasteur dans ses recherches, depuis le jour où il fit sa communication, le 24 janvier 1881, sur la salive d'un enfant mort de la rage dans le service de M. Lannelongue, jusqu'à l'application sur le jeune Meister de la méthode expérimentale qui avait déjà si bien réussi sur les animaux, M. Grancher appelle tout particulièrement l'attention sur les objections faites de divers côtés à la méthode. Ces objections se réduisent en réalité à deux : ou bien, et c'était l'opinion que professaient les savants anglais jusqu'en ces derniers jours, M. Pasteur traite les rabiques avec un produit qui n'est pas la rage; ou bien, et tel est l'avis d'un certain nombre de Français, la plupart des gens inoculés ont été mordus par des chiens qui n'étaient pas enragés. Les savants anglais, venus à Paris, ont emporté un lapin rendu rabique à l'aide d'inoculations par M. Pasteur; ils ont inoculé sa moelle à un autre lapin, dont la moelle, inoculée ensuite à quatre chiens, a fait mourir ceux-ci de rage quelque temps après; le doute n'était plus permis et la Commission anglaise a dû se reconnaître complètement édifiée. Reste l'objection qu'on pourrait appeler française; pour y répondre, il faut s'adresser aux faits et les relever à l'aide de la statistique. Or, MM. Chantemesse et Charrin, attachés depuis peu au laboratoire de M. Pasteur, ont été chargés de dépouiller les observations des 1335 personnes inoculées jusqu'à aujourd'hui (21 juin) et voici les considérations qu'ils ont pu déduire de cette statistique.

Ayant fait d'abord le relevé des personnes mordues par un chien enragé, soit que le chien ait été autopsié ou que sa moelle ait déterminé la rage à un autre animal, soit que les symptômes observés n'aient pas permis de douter de la maladie, ils ont trouvé que sur 96 malades se trouvant dans la première catégorie (certitude expérimentale), il en est mort 1, soit une mortalité de 1,04 pour 100 ou 10 pour 1000 en chiffre rond; et sur 644 personnes dans la seconde catégorie (certitude clinique), il en a succombé 3 à la rage, soit 0,46 pour 100 de mortalité ou 5 pour 1000 en chiffre rond. Ces résultats ne comprennent d'ailleurs que les personnes mordues avant le 22 avril, c'est-à-dire en puissance évidente de rage, et elles tiennent même compte des 32 cas suspects observés à la suite de morsures par des chiens errants sur la

rage desquels on n'a que des renseignements vagues, bien qu'il y ait eu 1 cas de mort parmi ces derniers; encore ce cas a-t-il été porté au compte total des décès. Ces deux statistiques, comparées dans leur ensemble à celle de M. Leblanc sur la rage dans le département de la Seine, donnent une mortalité moyenne de 7,5 pour 1000 au lieu de 160 pour 1000. Quant aux 48 personnes mordues avant le 22 avril par des loups enragés, elles ont compté 7 morts, soit 14 pour 100; mais une statistique, établie d'après huit documents communiqués à M. Pasteur, indique une mortalité de 82 pour 100 à la suite de morsures par loup enragé et celle que M. Brouardel a publiée dans l'article RAGE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, donne une proportion de 67 pour 100; on voit que l'écart reste toujours considérable entre les deux résultats.

Poursuivant leurs investigations, MM. Charrin et Chantemesse ont établi les statistiques spéciales des résultats de la morsure des parties découvertes, face et mains:

Sur 54 personnes mordues à la face et aux mains avant le 22 avril par un chien reconnu enragé (preuves expérimentales), il y a eu 1 mort, soit une mortalité de 1,8 pour 100 ou 18 pour 1000; sur 400 personnes mordues à la face et aux mains avant le 22 avril par un chien reconnu enragé (preuves cliniques), 3 sont morts, soit une mortalité de 0,75 pour 100 ou 7,5 pour 1000. Or les documents du comité consultatif d'hygiène de 1862 à 1872 donnent pour la morsure du visage une mortalité de 88 pour 100 (880 pour 1000), et pour celle des mains une mortalité de 67,25 pour 100 (672 pour 1000). En prenant la moyenne de ces deux chiffres, c'est-à-dire en confondant comme dans les tableaux les morsures aux mains ou au visage, on arrive à 800 morts pour 1000, au lieu de 18 et 7,5 pour 1000.

M. Grancher a pensé, d'autre part, qu'il y avait intérêt à comparer l'efficacité des trois vaccins le plus habituellement usités, celui de Jenner, le vaccin charbonneux et le vaccin de la rage.

Avant la vaccination Jennérienne, les non vaccinés mouraient de la variole dans la proportion de 500 pour 1000; les mal vaccinés succombent, dans la proportion de 260 pour 1000, et les bien vaccinés, dans la proportion de 23 pour 1000. L'action préservatrice du vaccin Jenner est donc représentée par la valeur absolue de 500/23[es], c'est-à-dire 21,70. En second lieu, les vétérinaires (au nombre de plus de 200), qui se servent du vaccin charbonneux, donnent les statistiques suivantes: Mortalité avant le vaccin, 120 pour 1000; mortalité après le vaccin, 5 pour 1000 en moyenne. L'action préservatrice du vaccin charbonneux est donc représentée par la valeur absolue de 120/5[es], c'est-à-dire 24. Enfin, les statistiques comparées de M. Leblanc et de M. Pasteur donnent à l'égard de la rage les chiffres suivants: Mortalité avant la vaccination rabique, 160 pour 1000; mortalité après la vaccination, 7 pour 1000. L'action préservatrice du vaccin rabique est donc représentée par la valeur absolue de 160/7[es], c'est-à-dire 22,85. Ainsi, le pouvoir des trois vaccins paraît sensiblement égal.

Cet exposé de faits répond victorieusement aux objections faites et encore plus aux négations systématiques qui voudraient s'appuyer sur quelques épisodes isolés au lieu d'examiner la question dans son ensemble, comme il vient d'être fait. Il reste à déterminer exactement comment s'obtient l'atténuation du virus rabique lorsqu'il est soumis à la dessiccation au contact de l'air stérilisé, suivant la méthode de M. Pasteur, qui a déjà été plusieurs fois exposée dans nos colonnes. M. Pasteur s'efforce chaque jour de lui apporter quelques modifications, de la simplifier autant que possible et déjà il est parvenu à pouvoir supprimer l'inoculation de la moelle des trois premiers jours. La rage est une maladie complexe, à incubation lente jusqu'au moment où le virus est parvenu dans son milieu de culture. C'est ce milieu qu'il s'agit de rendre réfractaire à son introduction, soit en domptant, en quelque sorte, le microbe spécifique ou en trouvant dans la moelle qui le renferme une matière vaccinale dont la virulence s'exalte en même temps qu'elle se raréfie. Le problème est soumis à de nouvelles recherches au point de vue expérimental, car M. Pasteur interroge sans cesse la nature avec le plus grand scrupule et il ne veut laisser dans l'ombre aucun des points de son merveilleux procédé de vaccination préventive, dont les succès et les résultats sont déjà si éclatants et si appréciables.

PATHOLOGIE EXTERNE

De la septicémie gangreneuse.

Décrire à cette heure la septicémie gangreneuse, n'est-ce point un peu faire l'œuvre du zoologiste lorsqu'il fixe les traits d'un type qui s'en va? Avec une différence cependant, car les espèces éteintes ne reparaissent pas, tandis qu'une guerre, ses fatigues, ses privations, les ambulances encombrées, les blessés surmenés, découragés, accumulés sans soins, et la terrible maladie nous serait bientôt ramenée! Aussi, bien qu'elle ne visite plus nos hôpitaux, son étude ne doit pas être perdue de vue, et nous devons analyser le remarquable travail que vient d'en donner notre ami le docteur Émile Forgues, dans sa thèse soutenue au récent concours d'agrégation.

I

La septicémie gangreneuse, sous des noms très divers, est connue depuis longtemps. Fabrice de Hilden nous en donne un tableau fort exact dans une observation célèbre, qui date de 1607. Un laboureur, surmené par les fatigues et les chaleurs de la moisson, a le tibia gauche dénudé par la roue d'une charrette; il n'en continue pas moins à marcher, mais, le troisième jour, la plaie est très douloureuse, et de grandes vésicules noires, remplies d'un liquide puant, soulèvent la peau gangrenée, qui rend à la percussion « un certain son, comme s'il y avait quelque chose de vide dessous ». Une vessie de la grosseur d'un œuf survient à l'aine et aux bourses; il s'en écoule « une eau semblable à celle dont on a lavé de la chair ». En l'espace de deux heures, le scrotum devient gros comme la tête. Le blessé meurt vingt-quatre heures après le début de la gangrène.

Plus de cent ans après, La Mothe fournit deux observations nouvelles reproduites par Guernay, et La Peyronnie nous donne le fait cité partout du duc de La Feuillade. Au commencement du siècle, Larrey, puis Dupuytren, Velpeau, ajoutent d'autres cas, qu'augmentent, en 1836, Martin de Bazas et Malgaigne. Mais il faut arriver à 1850 pour trouver un travail d'ensemble où l'on essaye de grouper en un corps de doctrine la masse éparse des observations isolées. Chassaignac et Maisonneuve sont les premiers à s'engager dans cette voie féconde.

En 1854 éclate la guerre de Crimée; les observations nouvelles s'accumulent, et Salleron voit, à lui seul, 65 amputés mourir de septicémie gangreneuse; aussi la description qu'il

en donne est-elle remarquable ; son travail, devenu classique, semble décourager pour longtemps les investigateurs, et ce n'est qu'en 1870, avec la thèse de Blum, que les recherches recommencent : on se préoccupe maintenant de pathogénie. Nepveu « voit dans l'empoisonnement et l'infection du sang la cause de ces gangrènes et fait la première constatation de micro-organismes dans un membre sphacélé; avec un éclectisme heureux, il admet, comme cause de cette intoxication traumatique, la double influence de l'air avec ses germes et d'une violence extérieure écrasant et tuant les tissus ».

La guerre de 1870 multiplie, dans les ambulances et dans nos hôpitaux infectés, les exemples de septicémie gangreneuse et le travail de Maurice Perrin, la thèse de Fréry, les mémoires de Terrillon, de Mollière et de Tédenat, l'article de Chauvel dans le *Dictionnaire* de Dechambre, et celui de Jeannel dans l'*Encyclopédie internationale*, empruntent une partie de leur intérêt à cette richesse de documents. Il n'y a plus guère à retoucher au tableau clinique, mais on s'engagera désormais plus avant dans la route ouverte par les expérimentateurs; les bactériologistes isolent, cultivent et ensemencent le microbe pathogène; les recherches d'Arloing et Chauveau, si bien exposées dans la monographie de Triffaud, nous initient à l'étude des septicémies expérimentales et aux essais d'atténuation de leur virus par l'oxygène et la chaleur.

Grâce à ces recherches contemporaines, on peut maintenant donner une définition plus précise de la septicémie gangreneuse : c'est une maladie infectieuse, dont le ferment pathogène, le vibrion septique, provoque une tension douloureuse excessive au niveau du foyer traumatique, un œdème dur des membres sillonnés de traînées brunâtres et plaqués de taches bronzées, un emphysème envahissant et du sphacèle, troubles locaux qui s'accompagnent d'une adynamie profonde et que termine presque fatalement une mort presque foudroyante.

La multiplicité et l'importance de ces symptômes nous expliquent l'abondante synonymie dont on a gratifié la septicémie gangreneuse, appelée encore emphysème traumatique, emphysème gangreneux, gangrène avec emphysème, érysipèle bronzé, œdème aigu purulent, panphlegmon, gangrène foudroyante, envahissante, instantanée, galopante ou gazeuse, pneumohémie et intoxication chirurgicale, septicémie aiguë à forme gangreneuse.

II

La septicémie gangreneuse ne s'abat pas toujours brusquement sur un opéré ou sur un blessé; cette maladie a parfois des prodromes. Salleron, Fréry, Mollière, Morand ont signalé des troubles prémonitoires, la persistance du choc traumatique, de l'anxiété respiratoire, de l'arythmie cardiaque, puis de l'insomnie, l'incohérence dans les idées, un sentiment indéfinissable de terreur, la crainte d'une mort prochaine; mais le plus souvent ces signes précurseurs font défaut et les accidents éclatent tout à coup dans les huit premiers jours qui suivent l'opération ou la blessure, — en général le deuxième ou le troisième, — avant que la plaie soit protégée par la formation de la couche granuleuse des bourgeons charnus.

La plaie, encore normale ou déjà fétide et sanieuse, devient le siège d'une douleur expansive, d'une tension extrême, et la souffrance est telle que le blessé veut arracher son appareil; un gonflement œdémateux dur et envahissant occupe la région, dont la peau d'abord tendue, luisante et blanchâtre se teinte bientôt des nuances les plus variées ; elle se sillonne de traînées d'un bleu livide, qui dessinent les arborisations veineuses ; elle se marbre de plaques violettes, rouges ou brunes, qui rappellent souvent la couleur du bronze florentin ; de là le nom d'érysipèle bronzé donné par Velpeau à la septicémie gangreneuse. De petites phlyctènes peuvent soulever l'épiderme; elles crèvent et laissent suinter un liquide ichoreux et putride; mais l'existence de ces vésicules est inconstante.

Cette peau livide crépite sous le doigt ; elle est soulevée par des gaz qui s'infiltrent d'abord où le tissu cellulaire est le plus lâche et s'accumulent en poches énormes à la racine des membres, à l'aine, à l'aisselle; ils gagnent encore, et le membre tout entier, le tronc lui-même est envahi et rappelle une outre insufflée et qui résonne sous le choc du doigt; des bulles putrides s'échappent par les fissures des téguments ulcérés par les pertes de substance gangreneuses; elles éclatent à la surface de la bouillie sanieuse; la progression de l'emphysème est si rapide, qu'on peut en entendre le bouillonnement et que dans l'espace d'une heure Triffaud l'a vu s'avancer de 13 centimètres le long de la saphène interne.

L'extension se fait par de véritables traînées de sphacèle, par des fusées de mortification continues. Mais on voit aussi apparaître, loin du foyer gangreneux primitif, des foyers secondaires, diffus, éloignés du siège du traumatisme. La peau y est déjà froide et l'abaissement thermique atteint parfois 8 à 10 degrés; elle est cadavérisée, insensible; sa cautérisation provoque à peine de la douleur, soit que les terminaisons nerveuses aient été détruites, soit que l'intoxication septicémique ait déjà paralysé les centres sensitifs.

Ces signes se développent au milieu de symptômes généraux graves; le malade anxieux, loquace, en proie à l'insomnie, devient bientôt d'une indifférence résignée et d'une quiétude parfaite ; il ne souffre plus. Y a-t-il de la fièvre?... Verneuil, Perrin, Poncet, répondent par l'affirmative; Mollière, Terrillon, Fréry, par la négative. Mais « la septicémie gangreneuse était rarement observée à l'état simple et sans coexistence morbide; elle s'associait à l'érysipèle, se compliquait d'infection purulente, se combinait aux diverses fièvres chirurgicales ». Or, depuis que les pansements modernes l'ont isolée de ces complications, on a constaté que l'apyrexie est la règle. L'expérimentation conclut de même, et Triffaud, après inoculation chez des animaux de sérosité pure, recueillie dans des phlyctènes septicémiques, a vu, après une courte pointe ascensionnelle, une dépression thermique, qui s'accuse jusqu'à l'hypothermie finale.

Tandis que la chaleur s'abaisse, le pouls devient rapide et la respiration s'accélère. Les courbes de Triffaud montrent bien la dissociation remarquable qui s'établit entre la température d'une part, les mouvements cardiaques et respiratoires d'autre part. « On voit, nous dit Forgues, les trois courbes, qui ont suivi au début une marche parallèlement ascendante, se disjoindre au moment où la gangrène apparaît; le tracé thermique tombe par brisures inégales et s'affaisse par une chute brusque ; la courbe respiratoire, au contraire, indice graphique de l'agonie dyspnéique, continue son ascension par oscillations irrégulières; le tracé du pouls, de son côté, monte en ligne assez régulière. Aucune description ne peut rendre avec la netteté de ce graphique, ce triple

détail : tendance à l'hypothermie finale, dyspnée progressive et contraction cardiaque de plus en plus accélérée. »

Ces accidents évoluent avec une extrême rapidité et la durée moyenne, depuis l'apparition de l'emphysème gangreneux jusqu'au moment de la mort, ne dépasse pas trente heures d'après Salleron. On a vu des blessés foudroyés en six heures. Mais il existe des formes « traînantes ou attardées » et on a vu des cas où la terminaison fatale n'est survenue que vers le huitième jour. Il est même des variétés bénignes; Forgues nous cite deux cas observés par Tédenat et fort instructifs à cet égard. Quelques plaques de sphacèle, quelques bulles emphysémateuses, quelques troubles généraux et la guérison est survenue.

Il est d'autres formes d'une importance capitale puisqu'elles entraînent des indications thérapeutiques particulières. Parfois le mal débute au niveau même de la plaie et la gangrène a beau être rapidement envahissante, il s'agit d'un mal tout local à son origine; mais parfois aussi l'intoxication semble générale d'emblée; les phénomènes d'empoisonnement sont déjà graves que les foyers gangreneux sont à peine visibles; ils ne sont pas continus d'ailleurs et apparaissent en divers points du corps, souvent fort éloignés les uns des autres.

III

La pathogénie de la septicémie gangreneuse est maintenant fixée : les recherches de Nepveu, celles de Davaine, avaient déjà prouvé l'existence, dans les humeurs et les tissus des blessés morts d'emphysème foudroyant, de micro-organismes retrouvés par les bactériologistes contemporains. Mais la démonstration de l'origine parasitaire du « panphlegmon » est due aux remarquables mémoires d'Arloing et Chauveau : ils ont isolé l'agent infectieux; ils ont reproduit la maladie par l'injection sous-cutanée de leurs cultures successives; ils ont enfin abordé avec succès le problème de l'atténuation du virus.

Le microbe de la septicémie gangreneuse est un organisme anaérobie; aussi ne le trouve-t-on dans le sang qu'à la fin de la maladie; il se rencontre surtout dans le tissu conjonctif, dans les séreuses, où il prend un développement considérable et peut atteindre de 35 à 65 μ. C'est alors un long vibrion filiforme segmenté en article et non sporulé. Dans les lames celluleuses il mesure à peine de 6 à 12 μ; il est cylindroïde, court, mobile et sporulé à l'une de ses extrémités, et cette forme est en général la plus nombreuse et douée de la plus grande activité virulente. Ces germes, très analogues, sinon identiques aux vibrions septiques de Pasteur, sont d'autant plus longs et s'observent d'autant mieux que l'individu n'a pas été trop rapidement foudroyé par la septicémie gangreneuse.

Les inoculations, pour être positives, doivent être faites dans la profondeur des tissus; la « quantité » de liquide virulent doit être assez grande et douée d'une « qualité infectieuse suffisante ». La richesse bacillaire n'est pas indifférente, en effet, et l'incubation sera d'autant plus courte, l'invasion d'autant plus violente, qu'on aura fait pénétrer des doses plus massives. Encore l'inoculation sera-t-elle stérile si la canule de la seringue est entrée dans un vaisseau : le sang chargé d'oxygène aura vite tué les germes anaérobies du vibrion septique. Les injections à la surface des voies respiratoires et digestives restent aussi inoffensives tant que le revêtement épithélial de ces muqueuses conserve son intégrité. Cependant la déchirure de la peau ne serait pas toujours nécessaire pour que la septicémie éclate et Triffaud cite une observation qui semble rigoureuse où une fracture simple, sans plaie exposée, a provoqué l'apparition d'une septicémie gangreneuse mortelle.

Arloing et Chauveau ont prouvé encore qu'une plaie large, régulière, sans anfractuosités, peut être impunément imprégnée de sérosité virulente ; le libre accès de l'oxygène de l'air y tue le vibrion. Ces expérimentateurs ont tiré parti de cette action destructive de l'oxygène dans leurs recherches sur l'atténuation du virus septicémique ; nous savons déjà que les injections intraveineuses sont à peu près inoffensives; elles affectent cependant l'organisme à un degré suffisant pour que l'animal devienne réfractaire aux inoculations postérieures dans le tissu cellulaire sous-cutané. Au lieu d'une gangrène foudroyante, on voit à peine se développer, chez les sujets ainsi vaccinés par les injections intraveineuses, un phlegmon circonscrit, sans gravité et une guérison rapide. Puisse-t-on un jour faire application de cette découverte à la pathologie humaine!

On a voulu du moins étudier l'action des antiseptiques usuels sur les vibrions de la gangrène foudroyante et les résultats ont été assez inattendus. Courboulès, cité par Forgues, a expérimenté sur 24 produits désinfectants ; l'acide sulfhydrique naissant, le permanganate de potasse au cinquantième, l'eucalyptol, les vapeurs boriques atténueraient la virulence sans la détruire. « Les autres antiseptiques en vogue » demeurent impuissants. Il faut en exempter toutefois l'iodoforme, qui, d'après des expériences personnelles de Forgues, stériliserait le ferment de la gangrène gazeuse.

Il n'en est pas moins vrai que toutes ces substances sont entièrement impuissantes contre la septicémie gangreneuse déclarée. Certes nous ne récusons pas les observations heureuses de Chassaignac, de Maisonneuve, de Le Dentu, d'Humbert et de Mollières, et nous ne croyons pas « à l'incurabilité absolue » proclamée par Salleron, mais les statistiques les plus favorables donnent à peine une proportion de 15 guérisons contre 100 décès, ce qui n'est guère encourageant pour la thérapeutique adoptée.

On ne saurait pourtant rester spectateur impassible et la chirurgie a toujours essayé d'arrêter le mal en retranchant le foyer où il a pris naissance. Mais du moins n'a-t-on le droit d'intervenir que lorsque l'empoisonnement septique n'est pas général, que la gangrène et l'emphysème sont encore limités, que le couteau dépassera les régions envahies et qu'on pourra tailler en tissu sain. Ce sont ces opérations « hâtives et actives » qui ont donné la proportion de 5 succès sur 100 décès. L'amputation, les larges et profondes incisions, la cautérisation au fer rouge, de grands lavages au sublimé sont les seuls moyens qui aient fait leurs preuves.

Ce traitement radical est d'ailleurs si précaire que tout l'effort du chirurgien doit tendre non à combattre la maladie, mais à prévenir son développement. La prophylaxie de la septicémie gangreneuse est aujourd'hui bien connue. L'hygiène nosocomiale nouvelle, la désinfection rigoureuse des salles, des appareils et des instruments, une antisepsie sans cesse surveillée pourront toujours, en temps de paix, empêcher l'invasion de la gangrène foudroyante. Au milieu d'une guerre, surtout dans la défaite et les misères qu'elle entraîne, peut-être la verrait-on surgir encore, elle qui depuis près de dix ans a cessé de visiter nos hôpitaux. La thèse de M. Forgues, si précise et si nette, deviendrait alors une actualité. Ni lui ni nous ne le souhaitons.

Paul RECLUS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Peut-on avoir deux fois le tétanos?

On tend de plus en plus à ranger le tétanos parmi les maladies infectieuses, et comme ces dernières sont divisées en deux groupes, suivant que l'infection crée l'immunité ultérieure ou dispose à des retours successifs, on peut se demander où il convient de placer le tétanos susdit, et rechercher si un tétanique guéri est à l'abri d'une nouvelle atteinte ou exposé tout au contraire à la recevoir plus aisément.

La question, que je sache, n'a guère été agitée jusqu'ici, peut-être à cause de la rareté des guérisons, et sans doute aussi parce que l'assimilation du tétanos aux maladies virulentes est encore de date récente. Le temps ne me permettant pas de me livrer à de longues recherches bibliographiques, je me contenterai d'analyser ici et de commenter une curieuse observation recueillie — sans idée préconçue d'ailleurs, ce qui augmente sa valeur — par un de mes meilleurs élèves et amis, le docteur Louis Moreau, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Le fait, s'il est insuffisant pour résoudre le problème, autorise au moins à le poser, et, si en le reproduisant je soulevais un débat contradictoire, j'aurais atteint une partie du but que je poursuis.

Accidents tétaniformes guéris par le repos, les calmants et les courants continus. — M. C..., trente-deux ans, né à Marseille, revenu à Alger depuis deux mois, entre à l'hôpital Mustapha ~~le 26 novembre~~ 1885. Très bien portant le matin, il a été pris après déjeuner de malaises et de vomissements; il se couche, et une heure plus tard est pris de trismus. Bientôt tout le corps devient raide, en extension; le soir, secousses convulsives des membres inférieurs; chute à bas du lit. Impossibilité d'administrer ni aliment, ni médicament à cause du trismus.

Le 27 novembre au matin, raideur des mâchoires, de la nuque, du tronc et des membres; le corps, immobilisé en extension parfaite, peut être soulevé tout d'une pièce; respiration régulière, pouls fréquent, peau médiocrement chaude; intelligence intacte.

Les sourcils et les globes oculaires ayant seuls conservé leur mobilité dans ce spasme généralisé, on s'en sert pour interroger le malade, qui pour répondre *oui* porte le regard à droite, et à gauche pour répondre *non*. On apprend ainsi qu'il ne peut se mouvoir, mais qu'il ne souffre pas.

On porte le diagnostic de tétanos spontané, parce qu'on ne trouve sur la surface du corps aucune lésion pouvant servir de porte d'entrée à un virus, ni provoquer l'irritation du système nerveux, parce que le malade n'a eu ni chute ni refroidissement.

Prescription : repos absolu, soustraction à toutes les causes d'excitation : froid, bruit, lumière, mouvements; chloral à haute dose; courants continus (20 éléments de Gaiffe), descendant de la nuque au sacrum.

Le soir, à cinq heures, grande amélioration; la contracture générale a cessé; le patient, que l'électrisation fait souffrir, a pu se débarrasser des électrodes. Le trismus et la raideur de la nuque ont diminué, mais persistent encore.

28 novembre, matin. — Le mieux continue; 6 grammes de chloral ont été ingérés. On se demande si une rémission aussi prompte est due à l'électricité ou au chloral, et si d'ailleurs il s'agit d'un tétanos vrai ou d'accidents tétaniformes chez un hystérique. On continue le chloral, on suspend l'emploi des courants. Le soir même, accès très violent d'opisthotonos. Le malade, courbé et raide comme une barre de fer, ne repose que sur l'occiput et les talons; on reprend l'électrisation, qui ramène le calme.

29 novembre. — État satisfaisant, journée bonne. Potion avec 5 centigrammes de morphine et 10 grammes de chloral.

30 novembre. — L'électrisation est suspendue; le trismus persiste encore, mais l'amélioration est sensible. Elle se continue les jours suivants, de sorte que le patient est hors de danger le 2 décembre.

M. Moreau ajoute à son récit quelques réflexions. Il insiste d'abord pour savoir s'il a eu affaire à une vraie attaque de tétanos ou seulement à des accidents tétaniformes chez un hystérique. Alors, en se livrant à une enquête rétrospective sur les accidents morbides du patient, il constate d'abord l'absence de phénomènes caractéristiques de l'hystérie masculine; puis apprend que le tétanos prétendu spontané pourrait bien avoir été traumatique, le malade ayant l'habitude de se piquer la peau avec un instrument destiné à la révulsion; enfin il recueille un renseignement beaucoup plus curieux encore.

En effet, quatorze ans auparavant, M..., compromis dans l'insurrection de Marseille, avait été arrêté et condamné à mort; sa peine avait été commuée en celle de la transportation, mais le système nerveux avait été fort troublé par ces incidents, lorsqu'en sortant du conseil de guerre il se heurta la tête et se fit une plaie au cuir chevelu. Peu après éclatèrent des accidents que les médecins militaires considérèrent comme un véritable tétanos et traitèrent avec l'opium et le chloral. La guérison eut lieu au bout de quelques jours. Depuis lors, M... a eu fréquemment des crises nerveuses, agitation et vertiges, surtout après des émotions désagréables.

Malgré tout, M. Moreau reste dans le doute, et peut-être il n'a pas tort. Toutefois, il n'est pas défendu de conclure en sens inverse, et d'admettre qu'il y a eu ici, à quatorze ans d'intervalle, deux attaques de tétanos vrai.

Pour la première, précédée de blessure, les médecins militaires n'ont pas hésité; ils ont porté le diagnostic, institué la thérapeutique en conséquence, et réussi avec l'opium et le chloral, qui aujourd'hui encore constituent nos deux meilleurs remèdes.

Dans la seconde attaque, à la vérité, la blessure préalable fait défaut, mais les symptômes semblent bien caractéristiques. Il n'y a guère en effet que le tétanos qui donne lieu à une contracture aussi violente, aussi généralisée et aussi prolongée, et à ces alternatives de rémission et de rechute, de convulsions toniques et cloniques. Enfin le succès du traitement paraît encore confirmer l'hypothèse.

L'objection principale se tirerait peut-être de la marche du mal. En effet, les accidents n'ont persisté qu'une semaine, et d'ordinaire la durée du tétanos traumatique est beaucoup plus longue. A quoi on peut répondre qu'il s'agissait ici d'un tétanos spontané, attaqué d'ailleurs très vite et très énergiquement par une médication en quelque sorte spécifique.

La brièveté et la bénignité relatives de la seconde attaque pourraient d'ailleurs s'expliquer si on admettait un accès amoindri, une forme atténuée par le fait même de l'infection antérieure. En somme, on pourrait établir de la manière suivante les phases de cette histoire pathologique :

Excitation nerveuse extrême; blessure intervenant, tétanos traumatique, guérison, quatorze ans plus tard, tétanos spontané, et comme chaînon intermédiaire, persistance entre les deux attaques d'un état névropathique particulier. La seconde attaque serait ainsi sous la dépendance de la première et en constituerait seulement le rappel, rendu possible par la persistance de la dyscrasie.

On trouvera peut-être qu'à propos d'un fait incertain j'accumule comme à plaisir les suppositions et les commentaires; je ne m'en cache nullement, mais j'estime que dans les sujets obscurs on peut sans beaucoup de scrupules se servir de l'hypothèse. L'étiologie et la pathogénie du tétanos sont mal connues; nous ignorons pourquoi et comment on devient tétanique, pourquoi le mal survient chez l'un après une blessure ouverte, chez l'autre après un trauma profond, chez un troisième après un refroidissement; nous ne savons pas davantage ce qu'il advient chez les tétaniques guéris. En présence de tant d'inconnues, il n'est pas défendu de questionner et de tourmenter un peu les faits (1).

Professeur A. Verneuil.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur le mucilage des pépins de coings dans les collyres.

Ce mucilage entrait souvent autrefois dans la composition de certains collyres. Aujourd'hui la nouvelle école d'oculistique ne l'emploie plus. Cependant les pharmaciens reçoivent encore de temps en temps des ordonnances où figure le mucilage de pépins de coings; les observations qui vont suivre peuvent donc avoir quelque utilité.

Voici, entre autres, une de ces formules :

Collyre :	Eau distillée de roses.......	100 grammes.
	Sulfate de zinc.............	20 centigrammes.
	Mucilage de pépins de coings.	10 grammes.

Que peut bien signifier ce poids de mucilage?

A voir la formule, on pourrait croire que ce mucilage peut, comme la gomme, être mis dans l'eau en proportions définies. Or, il n'en est rien. Le mucilage de pépins de coings ne se conserve pas et doit être préparé au moment où l'on en a besoin. Il se développe par le simple contact de la graine avec l'eau froide. Plus la macération est longue, ou bien encore plus la proportion de pépins est considérable, plus le mucilage est épais. Il est donc indispensable de fixer ces points dans la formule, si l'on veut toujours avoir le même médicament quel que soit le préparateur. Or, pour le collyre en question, il ne faut pas plus de 1 gramme de pépins de coings et de six heures de macération pour obtenir une consistance convenable. L'expression : mucilage, 10 grammes, n'est donc pas suffisamment explicite, et laisse trop le champ libre aux interprétations des pharmaciens. M. Noël Gueneau de Mussy, l'employait souvent, et nous lui avons fait remarquer qu'il valait mieux prescrire ainsi : Pépins de coings triés et séparés, 1 gramme, mis en macération pendant quatre ou six heures avec 100 grammes eau distillée de roses. Passez et ajoutez — le médicament actif que l'on désire employer — borax, laudanum, acétate de plomb, sulfate de zinc, etc.

Pierre Vigier.

(1) Nous sommes mal placés en France, et surtout à Paris, pour étudier les origines, les causes et la nature du tétanos, dont les chirurgiens les plus occupés observent à peine un cas tous les ans, et même plus rarement encore.

C'est dans les pays où la maladie est endémique, au Brésil par exemple, que l'on pourrait poursuivre fructueusement cette étude. Le corps médical si distingué de ce beau pays résoudra quand il voudra l'important problème.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Contribution a l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 11 juin 1886, par M. Dieulafoy, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

(Deuxième article.)

III

Puisque l'albuminurie est un symptôme infidèle et inconstant de la maladie de Bright, puisque l'albuminurie peut disparaître plus ou moins longtemps dans certaines formes ou à certaines périodes de la maladie (et la même remarque s'applique aux œdèmes), il faut, en pareil cas, rechercher ailleurs les éléments du diagnostic.

Certes, l'albuminurie et les œdèmes constituent un précieux appoint au diagnostic; mais, s'ils manquent, il faut savoir s'en passer. Parfois la maladie de Bright se cache derrière tel ou tel symptôme, céphalée, dyspnée, vomissements, troubles cardiaques, délire, qui par son intensité appelle sur lui toute l'attention. C'est pour dépister la maladie de Bright dans ces formes obscures, les œdèmes et l'albuminurie pouvant faire défaut, que j'ai cherché, depuis quelques années, à mettre en relief quelques symptômes qui pourraient aider au diagnostic. Qu'il me soit permis de rappeler ces symptômes en quelques mots :

Je citerai d'abord les *troubles auditifs*, qui étaient à peu près passés inaperçus (1). Ces troubles auditifs, beaucoup plus fréquents que les troubles oculaires, sont variables comme intensité : ce sont des sifflements ou des bourdonnements dans une ou dans les deux oreilles. Ces bourdonnements sont souvent accompagnés de *dureté de l'ouïe;* dans l'entourage du malade, on lui fait observer qu'il devient un peu sourd. Cette dureté de l'ouïe disparaît ou persiste, elle est sujette à répétitions, rarement elle arrive à la vraie surdité. Ces troubles auditifs, habituellement indolores, sont parfois associés à de vives douleurs de l'oreille ou de la face. Les causes de ces troubles auditifs sont multiples : on retrouve à l'inspection de l'oreille, du catarrhe de la caisse, une vascularisation anormale au niveau du marteau, des hémorrhagies de la membrane du tympan; dans d'autres cas les lésions ne sont pas appréciables, et les troubles sont probablement dus à un œdème ou à une paralysie du nerf acoustique.

Le symptôme de *doigt mort*, qui n'avait pas, je crois, été signalé, est certainement un des symptômes les plus fréquents du brightisme. Les malades éprouvent des fourmillements, des crampes dans les mains ou dans les doigts, et parfois l'extrémité des doigts devient *exsangue, pâle, insensible*, c'est la sensation du doigt mort, sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on a plongé les doigts dans la neige. Ce symptôme atteint les doigts des mains et bien rarement les orteils; il se localise à un, deux ou trois doigts, parfois il y a symétrie aux deux mains; rarement tous les doigts sont atteints. Cet état dure quelques minutes, un quart d'heure, et revient à différents intervalles. Ce symptôme appartient à toutes les époques du mal de Bright et à toutes ses formes; je l'ai parfois noté comme symptôme initial; il a donc une réelle importance dans le diagnostic du brightisme (2). Ce fait est comparable à l'asphyxie locale des extrémités, qui a, du reste, été observée dans le cours du mal de Bright (3).

(1) Dieulafoy, *France médicale*, 1877, n° 16. — *Gazette hebdomadaire*, 1878, n° 4. — Domorgue, *Troubles auditifs dans la maladie de Bright*. Thèse de Paris, 1881, n° 15.

(2) Dieulafoy, *Société médicale des hôpitaux*, 1882, et *Gazette hebdomadaire*, 19 mai 1882.

(3) Debove, *Société médicale des hôpitaux*, 27 février 1880. — Roques, *Société médicale des hôpitaux*, 1883.

Les *démangeaisons*, sans avoir la valeur des symptômes précédents, deviennent parfois par leur intensité, par leur nature ou par leur précocité, un signe qui appelle l'attention et qui met sur la voie du diagnostic (1).

Les envies fréquentes d'uriner ont été depuis longtemps signalées chez les brightiques (Jaccoud). En étudiant ce symptôme dans ses détails, je lui ai donné le nom de *pollakiurie*, afin de le bien distinguer d'un autre symptôme, la *polyurie*. Ces deux symptômes étaient fréquemment englobés sous la dénomination unique de polyurie, ce qui créait une confusion. Or la fréquence des mictions constitue un symptôme ayant sa valeur et son autonomie; il y a dans la maladie de Bright deux troubles urinaires distincts et indépendants : l'un, la polyurie, est un trouble de sécrétion et regarde le rein; l'autre, la pollakiurie, est un trouble d'excrétion et regarde la vessie. On voit même fréquemment le trouble d'excrétion *précéder* le trouble de sécrétion, et certains brightiques se lèvent plusieurs fois la nuit pour uriner, et urinent douze et quinze fois en vingt-quatre heures, sans que pour cela la quantité des urines rendues dépasse la normale. La pollakiurie peut être un des symptômes les plus précoces du brightisme; elle tient à une irritabilité spéciale de la vessie, anormalement excitée par des urines qui n'ont plus leur composition physiologique (2).

Il y a un autre symptôme dont on ne paraît pas s'être encore occupé, et auquel j'attache une certaine valeur : c'est l'impressionnabilité spéciale de certains brightiques pour le froid. Bien des gens atteints de néphrites « ont froid à la peau », suivant leur expression; ils se couvrent outre mesure, ils portent double gilet de laine, ceinture de flanelle, vêtements bien chauds; ils redoutent le contact des draps en entrant dans leur lit. Ils n'éprouvent pas la sensation de gens qui se sentent prêts à frissonner, c'est autre chose, l'hyperesthésie au froid semble bien localisée chez eux à la peau de certaines régions, et cette hyperesthésie au froid n'est pas seulement provoquée par le contact d'objets froids, elle est spontanée, comme la sensation de doigt mort. Pour bien mettre en relief cette impressionnabilité spéciale de certains brightiques au froid, je crois devoir la désigner par un nom spécial, et je propose de la nommer *cryesthésie*, de κρύος, froid. La *cryesthésie brightique* occupe de préférence les membres inférieurs, surtout le genou, la jambe et le pied. Une malade de la salle Chomel, n° 9, a remarqué que depuis trois semaines elle est très impressionnable au froid; « le soir, les draps de son lit lui semblent glacés; elle a été obligée de porter des bas de laine et de changer ses jupons de toile contre des jupons de laine ou de flanelle. » Une autre malade de la salle Chomel, n° 5, est atteinte de cryesthésie depuis six mois; « elle qui n'avait jamais froid, a maintenant les jambes glacées; elle recherche les vêtements les plus chauds, et même, pendant l'été, elle a une chaufferette sous ses pieds. Ce froid intense ne remonte pas au-dessus du genou; il n'y a pas de changement de coloration à la peau, et la sensation de froid est comparable à des courants d'eau glacée. Lorsque cette sensation est plus marquée que d'habitude, le mal de tête est violent. » Dans ces différentes citations, je rapporte textuellement les paroles des malades. Un brightique de la salle Bichat, n° 27, a une cryesthésie qui, à plusieurs reprises, a occupé la partie inférieure des cuisses et les genoux. « Il ne parvenait jamais à réchauffer ces parties, toujours glacées; il les frottait et les frictionnait à tout propos, soit dans la journée, soit le soir en se couchant. Un de ses amis, apprêteur de peaux de chat, eut l'idée de lui faire deux genouillères qu'il portait constamment, même pendant les temps chauds, et malgré ces précautions il ne se débarrassait pas complètement de cette sensation de froid. » Dans quelques cas, la cryesthésie est localisée à une seule jambe, à un seul pied. Une femme de la salle Chomel, n° 21, « avait le pied droit froid comme du marbre, et aussitôt couchée elle avait l'habitude de le réchauffer avec la jambe gauche ».

Les différents symptômes que je viens d'énumérer sont venus s'adjoindre aux autres symptômes plus anciennement connus, tels que les *crampes* des mollets, qui existent si fréquemment chez les brightiques, et qui sont parfois si douloureuses qu'elles les réveillent pendant la nuit et les forcent à quitter leur lit; les *épistaxis* légères, qui consistent souvent en quelques gouttes ou quelques filets de sang que le malade mouche au réveil; les *troubles oculaires*, qui n'ont ni la fréquence, ni l'importance qu'on leur avait d'abord attribuée; l'*hypothermie*, dont la continuité constitue un signe important; la *céphalée*, qui simule parfois la céphalée des syphilitiques, des rhumatisants ou des hystériques; le *bruit de galop cardiaque*, dont nous devons la connaissance à M. Potain, et qui est un signe tellement précieux qu'à lui seul il suffit parfois pour affirmer le diagnostic de la néphrite; les *vomissements*, qui revêtent, dans quelques cas, une grande ténacité, et qui peuvent simuler les vomissements de la grossesse, de l'hystérie ou de l'ulcère stomacal; les *accès d'oppression*, qu'on rapporte trop souvent à l'asthme ou à l'emphysème.

Tels sont les signes et les symptômes qui, à défaut d'œdèmes et à défaut d'albuminurie, permettront, dans la très grande majorité des cas, de faire le diagnostic du brightisme. Cependant il ne faut pas s'exagérer outre mesure la valeur de tous ces symptômes; de ce qu'un malade présentera de la pollakiurie, ou de la cryesthésie, ou le doigt mort, ou des crampes douloureuses avec de la céphalée, ou de l'oppression mal définie, ce n'est pas une raison, il s'en faut, pour en faire aussitôt un brightique. Mais si, par une enquête minutieuse et approfondie, on arrive à *grouper* quelques-uns de ces symptômes, qu'ils se soient présentés successivement ou simultanément chez le même individu, on a bien des raisons pour soupçonner fortement que cet individu est entaché de brightisme, alors même qu'il n'aurait pas eu d'œdème, alors même que ses urines ne contiendraient pas d'albumine.

(*A suivre.*)

(1) Dieulafoy, *Gazette hebdomadaire*, 1882, n° 20. — Mathieu, thèse de Paris, 1882.
(2) Dieulafoy, *Gazette hebdomadaire*, 1882, n° 20.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

ÉLECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et chirurgie en remplacement de M. Vulpian, secrétaire perpétuel.

Le *Président* donne lecture de l'ordre dans lequel les candidats sont présentés (voy. *Gaz. hebdom.* du 18 juin).

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 55, majorité 28, M. Brown-Sequard obtient 36 voix, M. Germain Sée 19 voix.

En conséquence, M. *Brown-Sequard* est proclamé élu.

— Aucune communication relative à la médecine n'a été faite dans cette séance.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. les docteurs *Dieulafoy* et *Sanné* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. *le Secrétaire général* dépose : 1° le compte rendu des épidémies et des travaux des Conseils d'hygiène du Morbihan en 1885, par M. le docteur *Mauricet*; 2° au nom de M. le docteur *Ledda* (de Rome), un mémoire imprimé sur l'*œdème de la pupille*.

M. *Brouardel* présente : 1° un Rapport de M. le docteur *Charrin* sur *l'épidémie de choléra en Bretagne en* 1885-1886 ; 2° une *Notice sur M. Bouchardat*, par M. *Napias*.

M. *Chalin* dépose un mémoire de M. *Alliot* sur *la suggestion mentale et l'action des médicaments à distance*.

M. *Lancereaux* présente un ouvrage de M. le docteur *Peeters* (de Gheel, Belgique), sur *l'alcool au point de vue physiologique, pathologique et médico-légal*.

M. *Larrey* fait hommage d'un ouvrage de M. le docteur *Gavoy* sur *l'encéphale, structure et description iconographique du cerveau, du cervelet et du bulbe*.

M. *Villemin* dépose un mémoire imprimé de M. le docteur *Duponchet* sur *l'hystérie dans l'armée*.

M. *Vidat* présente un grand nombre de mémoires de M. le docteur *H. Leloir* (de Lille) sur des sujets de *pathologie cutanée*.

Autoplastie.— M. le docteur *Berger*, chirurgien des hôpitaux de Paris, présente un malade sur lequel il a réparé une vaste perte de substance des parties molles du talon, causée par un écrasement, et ayant résisté depuis plus d'un an à tous les moyens de traitement, pour une opération autoplastique dérivée de la méthode italienne (méthode de Tagliacozzi). Sur la perte de substance préalablement avivée, il a fixé par la suture un lambeau long de 10 centimètres, large de 5 à 6, comprenant la peau et le tissu cellulaire et taillé sur la jambe opposée. Ce lambeau fut laissé adhérent par son pédicule à la jambe à laquelle il appartenait pendant vingt-quatre jours; pendant ce temps les deux membres inférieurs furent maintenus dans l'immobilité absolue par un appareil plâtré. Le pédicule fut sectionné le vingt-quatrième jour, le lambeau continua à vivre, et depuis six mois le malade peut se servir de son pied sans qu'aucune ulcération ou aucun trouble trophique se soit développé sur la partie du talon qu'il recouvre. Néanmoins la peau transplantée n'a pas recouvré la sensibilité au contact.

Insectes des cadavres. — A propos du rapport lu à la dernière séance par M. Brouardel sur un cas de momification de cadavre, M. *Laboulbène* fait observer que pour retirer de l'entomologie appliquée à la médecine légale une certitude sur l'époque de la mort d'un cadavre, il est nécessaire de remonter géologiquement en quelque sorte des temps présents aux premiers insectes nécrophiles et même de tenir compte des insectes voisins du corps ; c'est ainsi qu'il a pu reconnaître, il y a quelques années, la présence d'insectes relativement jeunes sur un fragment de momie égyptienne.

Sulfate de quinine officinal. — On n'a pas oublié le bruit qui s'est fait à la suite d'une communication dans laquelle M. *de Vrij* (de La Haye), correspondant étranger de l'Académie avait signalé la présence de quantités relativement élevées de sulfate de cinchonidine dans le sulfate de quinine actuellement livré par l'industrie. Des réclamations furent produites de divers côtés. M. *Jungfleisch*, au nom de la section de pharmacie, lit un rapport à ce sujet. Il fait d'abord justice des objections opposées à M. de Vrij, en ce qui concerne sa méthode d'analyse. Il a fait lui-même de nombreuses recherches à l'aide de divers procédés, a examiné un très grand nombre de produits livrés par les différentes usines, et il a reconnu que le sulfate de quinine est souvent chargé aujourd'hui d'une proportion assez forte de cinchonidine. Ce sel peut du reste varier d'un jour à l'autre dans la même fabrique par suite des provenances diverses des écorces dont on l'extrait, car aujourd'hui ces écorces sont en majorité d'origine indienne ; et une maladie parasitaire, qui s'est développée en Inde sur les quinquinas, a obligé les propriétaires qui se livraient à la culture de ces arbres, de les couper en masse et de livrer en masse leurs écorces au commerce. Or, les quinquinas plantés dans l'Inde sont beaucoup plus riches en cinchonidine que les quinquinas d'Amérique ; de là, sans intention de fraude, une proportion beaucoup plus forte de sels autres que ceux de quinine. D'ailleurs cette cause d'impureté s'est fait sentir encore plus dans les fabriques étrangères que dans les fabriques françaises, ainsi que l'ont démontré les nombreuses analyses faites par M. Jungfleisch. En outre, il est difficile d'exiger un sulfate de quinine d'une pureté absolue, d'autant plus que le sulfate basique absolument pur, ne contenant aucune parcelle de sel de cinchonine, ne présenterait plus la cristallisation en longues aiguilles d'un aspect soyeux, et l'extrême légèreté, que le commerce recherche et que les médecins sont habitués à rencontrer dans le sulfate de quinine; il faut un mélange de cinchonidine, pour donner cet aspect, considéré encore par tant de praticiens comme caractéristique des sels de quinine vraiment purs. Cependant il est nécessaire que la proportion de cinchonidine soit maintenue dans d'étroites limites, et comme aujourd'hui les procédés ne manquent plus pour obtenir, si on le désire, un sel de quinine absolument pur, il faut espérer que les pharmaciens, avertis par la communication de M. de Vrij et par tout le bruit qui s'est fait autour de la question, satisferont le plus possible à ce desideratum.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports de M. *Lannelongue* sur les candidats au titre d'associé étranger et de M. *Laboulbène* sur les candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine. Les listes de présentation sont dressées ainsi qu'il suit pour les candidats au titre de correspondant national : 1° M. Mahé (de Constantinople); 2° M. Grasset (de Montpellier); 3° *ex æquo*, MM. Carlet (de Grenoble), Mandon (de Limoges), Picot (de Bordeaux) et Tillot (de Luxeuil) ; pour les candidats au titre d'associé étranger, la liste a été ainsi dressée : 1° sir James Paget; 2° *ex æquo*, MM. Ch. West et van Beneden.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE, VICE-PRÉSIDENT.

A propos des portes d'entrée des agents infectieux de l'ostéomyélite : M. Verneuil. — Rétrécissement graduel du calibre des artères chez l'homme : M. Le Dentu. — De l'extirpation des tumeurs du pharynx : M. Verneuil. — Opération de bec-de-lièvre double, lecture : M. de Valcourt. — Ablation des ovaires et des trompes pour des phénomènes douloureux et des hémorrhagies. Présentation de malade : M. Terrillon. — Hémorrhagie sous-duremérienne à la suite d'une fracture du crâne. Présentation de pièce M. Delorme.

M. *Verneuil* prend la parole à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lannelongue sur les portes d'entrée de l'ostéomyélite. Les causes de cette affection récemment encore multiples et banales se réduisent aujourd'hui à une seule, à savoir la pénétration dans l'organisme d'un agent infectieux. Ce qu'il reste désormais à trouver, c'est la voie par laquelle cet agent s'introduit dans l'organisme. Cette question, qui a été aisément résolue pour quelques maladies infectieuses, par exemple la tuberculose et la syphilis, présente une grande obscurité en ce qui concerne l'ostéomyélite. Peut-être les micro-organismes suivent-ils volontiers la voie des follicules sébacés pour infecter l'économie? Ce qui donne quelque créance à cette hypothèse, c'est d'une part la similitude des organismes inférieurs trouvés dans le pus du furoncle et dans celui de l'ostéomyélite par M. Pasteur; d'autre part la coïncidence, la succession ou l'alternance de poussées furonculeuses ou ostéomyélitiques

chez le même individu. Deux faits de la pratique de M. Verneuil viennent à l'appui de cette opinion. Dans le premier, il s'agit d'un homme encore jeune, qui depuis quelques années a eu tous les ans vers la même époque une attaque d'ostéomyélite, sauf l'année dernière où la poussée vers les os a été remplacée par une poussée de furoncles. Le second est relatif à un enfant de douze ans, qui fut pris d'un anthrax à la suite duquel on vit se développer une attaque d'ostéomyélite. Ce qu'il faut chercher, maintenant que la voie de pénétration des microbes est trouvée, c'est le trajet, la marche qu'ils suivent pour arriver aux os.

M. *Lannelongue* remercie M. Verneuil du nouveau contingent de faits qu'il apporte à l'appui de l'idée qu'il a émise dans la dernière séance. Il précise le nombre de fois qu'il a trouvé chez les ostéomyélitiques quelque excoriation de l'épiderme, ayant pu donner accès dans l'organisme aux agents infectieux; ce nombre est de dix-sept malades, présentant des écorchures, des ulcérations des doigts, des croûtes d'ecthyma, d'impétigo du cuir chevelu, etc., etc. Il croit son idée juste et il prie ses collègues de chercher dans ce sens.

— M. *Le Dentu* communique l'observation d'un malade vraisemblablement atteint de la même lésion du système artériel que celui que M. Terrillon a présenté dans la dernière séance. Un homme de trente-trois ans jouit jusqu'en 1883 d'une bonne santé; à cette époque il est pris de douleur violente dans le membre inférieur gauche et bientôt les orteils, puis le pied, sont envahis par la gangrène. M. Reynier ampute la jambe. M. Le Dentu n'a pas eu de renseignements sur les particularités qu'a pu présenter cette amputation, il ne sait si la plaie a beaucoup saigné, si les artères étaient diminuées de calibre; ce qu'il peut seulement dire, c'est que le moignon a mis un an à se cicatriser. En octobre 1885, les mêmes accidents douloureux et sphacéliques se sont montrés sur le membre inférieur droit et à l'heure qu'il est le malade a perdu par la gangrène le gros orteil. Lorsque M. Le Dentu a examiné le malade pour la première fois, voilà déjà quelques mois, il a constaté un affaiblissement très notable des pulsations des artères radiales et cubitales des deux côtés, de même pour les artères axillaires et crurales; rien au cœur, si ce n'est un bruit de souffle très probablement déterminé par l'accélération des battements cardiaques au moment de l'examen, le malade étant très émotif. M. Le Dentu a renouvelé son examen ces jours derniers et il a trouvé que l'amplitude des pulsations des diverses artères a encore diminué; le cœur est très petit si on s'en rapporte à la matité révélée par la percussion; il n'y a pas de bruit de souffle. Rien, pas plus dans les faits objectifs qu'on observe actuellement chez ce malade que dans ses antécédents, ne peut faire admettre l'athérome et on est ainsi conduit à penser qu'il s'agit bien d'un rétrécissement graduel du calibre des artères. La question intéressante serait de savoir si cette affection est congénitale ou acquise et quelle en est la pathogénie. Ce problème est loin d'être résolu et les faits analogues sont d'ailleurs extrêmement rares. C'est ainsi que Maurice Raynaud, dans ses études sur la gangrène symétrique des extrémités, ne cite aucun fait analogue. L'histoire du malade de M. Le Dentu ne peut éclairer cette pathogénie. Le spasme, qu'on a voulu invoquer quelquefois, ne peut être que difficilement admis chez un malade nullement nerveux et dans les antécédents morbides duquel on ne trouve que l'existence d'une glycosurie passagère, il y a quelques années.

M. *Terrillon* fait observer combien cette observation vient corroborer les détails de la sienne. Il insiste sur les douleurs qu'éprouvait son malade, douleurs qui ont conduit à l'amputation, et il appelle surtout l'attention sur le phénomène de la claudication intermittente, phénomène que M. Charcot lui a dit avoir observé plusieurs fois.

M. *Lannelongue*, à l'occasion de ces faits intéressants, dit posséder des pièces anatomiques de mal de Pott où l'on voit au niveau de la déviation du rachis l'aorte non seulement déviée de sa direction et coudée, mais encore diminuée considérablement de calibre et épaissie dans ses parois. Il en résulte une diminution sensible de la circulation des membres inférieurs, d'où des œdèmes, des plaques congestives dans ces membres accusant un trouble circulatoire profond, qui cependant n'arrive jamais jusqu'à la gangrène.

— M. *Verneuil* rappelle la discussion soulevée dernièrement à la Société par la communication de M. Monod, touchant le manuel opératoire de l'extirpation des tumeurs pharyngiennes. Dans le but de prévenir le développement de pneumonies septiques par l'introduction dans les poumons d'un air contaminé par son passage à travers un foyer de suppuration, M. Monod a conseillé de pratiquer la trachéotomie et de tamponner la partie sus-laryngienne des voies de l'air. Plusieurs des membres de la Société et parmi eux M. Verneuil se sont montrés contraires à cette pratique. L'observation prouve en effet que des malades atteints de cancer de la langue, du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage vivent de longs mois sans être atteints de pneumonie septique et que, si quelques-uns présentent cet accident, ce n'est que lorsqu'ils sont profondément cachectiques. D'autre part, les faits nombreux d'extirpation des mâchoires supérieures démontrent aussi l'absence à peu près constante de cette complication. M. Verneuil a fait, alors qu'il était secrétaire de Robert, un travail à ce sujet et il y opposait la gravité de la résection de la mâchoire inférieure à celle de la mâchoire supérieure. La raison de cette différence se trouve dans ce fait, à savoir que la plaie qui succède à l'ablation du maxillaire supérieur peut être facilement désinfectée, tandis que celle qui est la conséquence de la résection du maxillaire inférieur se déterge difficilement. Dans ce cas il se fait une véritable septicémie par suppuration du tissu cellulaire. Aujourd'hui, grâce aux antiseptiques, particulièrement à la gaze iodoformée, on peut prévenir cette septicémie aussi bien pour les opérations pratiquées dans le fond de la bouche pour les tumeurs pharyngiennes que pour celles faites à l'entrée même du tube digestif. Voilà pourquoi M. Verneuil rejette la trachéotomie, qui devient dès lors inutile et qui, chez l'adulte, n'est pas aussi dépourvue de dangers qu'on veut bien le dire. A l'appui de son opinion sur cette question de médecine opératoire, M. Verneuil rapporte l'observation suivante. Un malade, âgé de quarante neuf ans, originaire de Saint-Flour, entre dans son service pour une tumeur ovoïde occupant le côté droit du pharynx. Elle a le volume d'une grosse noix, repousse le voile du palais en bas et est implantée par une large base sur la partie supérieure et latérale du pharynx. Pas d'engorgement ganglionnaire, santé générale assez bonne. Incision exploratrice du néoplasme à l'aide du thermocautère. Examen des portions ainsi enlevées; diagnostic histologique : adéno-myxome. Violente angine à la suite de cette opération. Quinze jours après, M. Verneuil incise les parties molles le long du bord inférieur de la mâchoire, sectionne la branche horizontale du maxillaire et extirpe sans difficulté le néoplasme en réséquant la paroi pharyngienne sur laquelle il s'implante. Au cours de l'opération on constate que la base du crâne est envahie par la néoplasie. Pansement à l'iodoforme, sans suture des incisions cutanées, afin de pouvoir surveiller et détruire le néoplasme s'il récidive. Les suites opératoires furent des plus simples; le maximum de température fut de 38°,1 et 38°,5, pendant deux jours seulement; ensuite apyrexie complète. Malheureusement le malade se laissa aller au découragement, il refusa de manger, tomba dans le marasme et finit par succomber au bout de deux mois. A l'autopsie on trouva de la congestion pulmonaire d'un côté, un épanche-

ment dans une des plèvres et rien autre chose; la rate n'était pas volumineuse, ainsi que cela arrive chez les septicémiques; bref le malade paraissait avoir succombé à un affaiblissement graduel résultant du défaut d'alimentation. Du côté du pharynx on trouva une destruction des os de la base du crâne, faisant communiquer la cavité crânienne avec l'extérieur; du reste, pas la moindre trace de méningite. Ce qui est intéressant pour M. Verneuil dans ce fait, c'est qu'on a pu laisser ouverte largement pendant deux mois une plaie en communication avec une partie très profonde de la face et il formule relativement à la thérapeutique des néoplasmes de la face les conclusions suivantes : 1° enlever la tumeur lorsqu'elle fait courir quelque danger pour la vie des malades; 2° avoir le soin, après l'opération, de laisser la plaie béante afin de poursuivre les récidives à travers cette porte ouverte.

M. *Tillaux* ne peut s'empêcher de manifester l'étonnement qu'il éprouve au récit d'un adéno-myxome ayant envahi et détruit les os du crâne. C'est quelque chose de tout à fait anormal.

M. *Monod*, depuis sa communication, a réuni quelques nouvelles observations à l'appui de la thèse qu'il a soutenue. Il apportera ces documents à la prochaine séance. Il se contente de dire pour le moment que dans sa conviction la trachéotomie préventive est utile, toutes les fois que pour enlever un néoplasme du pharynx on se fait une voie moins large que celle que s'est créée M. Verneuil. Ce n'est pas sans danger qu'on s'ouvre une large voie destinée sans doute à rester béante pendant de longues semaines, et le malade de M. Verneuil est peut-être mort de découragement et de faim à cause de la longueur de la plaie à se cicatriser. En suivant le manuel opératoire qu'a proposé M. Monod, en quinze jours les malades sont guéris. C'est là une considération, qui a bien sa valeur.

— M. *de Valcourt* lit une observation de bec-de-lièvre double, traité par deux opérations à plusieurs mois de distance ; guérison.

— M. *Terrillon* présente une femme de quarante-neuf ans chez laquelle il a pratiqué l'ablation des deux ovaires et des trompes pour des phénomènes d'ovairalgie et des hémorrhagies considérables, ayant plongé la malade dans une cachexie très prononcée. Aujourd'hui la malade ne souffre plus du tout, elle a repris de l'embonpoint et se déclare on ne peut plus satisfaite du résultat qu'elle a retiré de l'opération.

— M. *Delorme* présente une pièce pathologique d'hémorrhagie sous-duremérienne à la suite d'une fracture du crâne, ne s'étant traduite pendant la vie par aucun des phénomènes ordinaires à ce genre d'accident.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Altérations des nerfs dans le rhumatisme articulaire aigu : MM. Pitres et Vaillard. — Sur les ovules mâles : M. Laulanié. — Sur la physiologie de la rate : M. Grigorescu. — Action physiologique du « Solanum paniculatum » : M. Duprat — Action physiologique de l' « Erythrina corallodendron » : MM. Duprat et Pinet. — Sur l'élévation de température dans la contraction musculaire : M. Laborde. — Élection d'un membre titulaire.

M. *Vaillard* présente en son nom et au nom de M. *Pitres* une note sur les altérations des nerfs dans le rhumatisme articulaire aigu. Ces altérations sont diffuses et profondes et consistent dans l'atrophie des tubes nerveux; on constate, dans différents nerfs périphériques, beaucoup de fibres moniliformes. Il s'agit maintenant de déterminer la valeur et la signification de ces altérations.

M. *Luys* demande quel était l'état de la moelle dans les divers cas étudiés.

M. *Vaillard* répond que l'examen de la moelle n'a pu encore être fait, mais qu'il le sera prochainement.

— M. *Mathias Duval* présente, de la part de M. *Laulanié* (de Toulouse), une note sur le développement des ovules mâles.

— M. *Grigorescu* a étudié les variations de la circulation dans la rate sous diverses influences, à l'aide d'un appareil inscripteur des changements de volume. Il a pu constater ainsi un certain nombre de résultats intéressants, par exemple le rapport étroit qui existe entre la circulation porte et la circulation dans la rate.

— M. *Quinquaud* présente une note de M. *Duprat* sur l'action physiologique du *Solanum paniculatum*. D'après les expériences de M. Duprat, cette substance agirait surtout sur le système nerveux central bulbo-médullaire.

— M. *Quinquaud* présente une note de MM. *Duprat* et *Pinet* sur l'action physiologique de l'*Erythrina corallodendron*. Cette substance ralentit les battements du cœur et diminue l'excitabilité du système nerveux central.

— M. *Laborde*, à propos d'une communication récente de M. d'Arsonval, rappelle les résultats d'expériences qu'il a poursuivies, il y a déjà une dizaine d'années, sur l'augmentation de température dépendant des contractions musculaires. Toute contraction musculaire s'accompagne d'un dégagement de chaleur, on le sait; mais c'est dans le tissu musculaire lui-même, sur place, que l'on constate tout d'abord cette augmentation de température, on peut s'en assurer par différents moyens.

— M. *Dupuy* est élu membre titulaire.

REVUE DES JOURNAUX

De l'influence des amers dans la digestion et l'assimilation des albuminoïdes, par M. M. Tschelzoff. — Les résultats obtenus par M. Tschelzoff ne sont pas encourageants. De nombreuses expériences faites au laboratoire clinique de Botkin, à Pétersbourg, lui ont fait reconnaître que les amers diminuent les propriétés peptiques du suc gastrique, qu'à forte dose ils diminuent la sécrétion de celui-ci, qu'à faible dose ils l'augmentent d'une manière insignifiante et très temporaire; qu'ils n'ont aucune action sur la sécrétion du suc pancréatique, mais entravent la digestion pancréatique; qu'ils augmentent à peine la sécrétion biliaire; qu'au lieu d'arrêter la fermentation et la putréfaction, comme on le croit généralement, ils les favorisent; qu'enfin l'ingestion de certains amers (extrait d'absinthe) augmente l'élimination d'azote dans l'urine et dans les fèces, et détermine de l'amaigrissement; que celle d'une autre classe d'amers (extrait de quassia, extrait de ményanthe) la diminue dans l'urine, mais l'augmente dans les excréments, d'où résulte que l'assimilation est entravée, l'absorption intestinale étant moindre. (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1886, n° 23.)

De l'action des sels neutres, par M. G. Leubuscher. — De tout temps on a divisé les purgatifs en faibles et en énergiques, mais leur action est trop peu connue pour que cette division ait une valeur réelle. En ce qui concerne les sels neutres, les avis sont partagés; la plupart des auteurs admettent une excitation des mouvements péristaltiques des

intestins; mais le facteur le plus important, pour les uns, consiste dans la rétention dans l'intestin des liquides qui s'y trouvent normalement, soit que le sel neutre, difficilement absorbable, retienne ces liquides en combinaison, soit que la résorption se trouve entravée par la pénétration des sels dans la muqueuse; pour les autres, l'action purgative est due principalement à une sécrétion exagérée des liquides intestinaux provoquée par ces sels. M. Leubuscher a cherché à préciser la question par des expériences sur les animaux, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° L'accroissement du mouvement péristaltique des intestins ne joue qu'un faible rôle dans l'action purgative;

2° Quel que soit le mode d'introduction du sel dans l'intestin, il y a toujours sécrétion active des liquides intestinaux, et c'est là l'action principale des purgatifs;

3° Il n'est pas possible de démontrer que les sels neutres agissent en empêchant la résorption des liquides;

4° Les sels neutres introduits dans la circulation en quantité suffisante exercent une action constipante. (*Virchow's Archiv f. path. Anat.*, t. CIV, Heft 3, 1886.)

Trouble psychique provoqué par l'usage des médicaments salicyliques, par M. J. Krueg.— Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans qui, après avoir absorbé 9 grammes de salicylate de soude, ordonnés pour une pleurésie aiguë, eut des bourdonnements d'oreille, puis des hallucinations, enfin du délire de persécution. L'auteur réussit à dissiper ces symptômes par l'usage de la digitale, qu'il emploie habituellement contre les bourdonnements d'oreille provoqués par l'usage de la quinine ou de l'acide salicylique, de même que contre les bourdonnements des personnes nerveuses. Dans le cas particulier, il y a lieu de supposer que l'idiosyncrasie particulière du malade à l'égard de l'acide salicylique a eu pour première origine une commotion cérébrale déterminée jadis par un coup de massue sur la tête. (*Wiener med. Presse*, 1886, n° 13.)

Anévrysme thoracique traité par une nouvelle méthode, par M. Rich. Bramwell. — Le malade présentait une tumeur anévrysmale de la partie concave de l'arc aortique; il avait eu un chancre vingt ans auparavant, et pendant huit ans présenté des accidents secondaires de peu de gravité; le poumon était hépatisé et l'expectoration purulente abondante. On ne pouvait songer à la ligature des vaisseaux. La méthode électrolytique, imaginée par Ciniselli, est généralement insuffisante; car que peuvent quelques aiguilles d'électro-puncture introduites dans un vaste anévrysme plein de sang; la méthode qui consiste à introduire un corps étranger pèche par le défaut contraire; il occupe une trop grande place dans l'anévrysme, et le caillot formé (passif) est trop mou et se désagrège facilement; M. Bramwell eut l'idée de combiner les deux méthodes, c'est-à-dire d'introduire un fil métallique enroulé sur lui-même et de faire passer le courant; dans le cas particulier, il prit 10 pieds de fil fin, préalablement enroulé sur un cylindre, puis l'introduisit, à l'aide d'un cylindre en ivoire terminé en pointe comme une aiguille à injection hypodermique; le fil détendu à mesure qu'il pénètre dans l'anévrysme s'enroule de nouveau sur lui-même grâce à son élasticité; une fois le fil introduit, il fit passer un courant de dix milliampères pendant soixante-dix minutes. Au bout de douze heures après l'opération, la tumeur commença à durcir, et elle se trouva peu après entièrement consolidée. Le poumon se déchargea de sa sécrétion purulente, et la respiration devint aisée; mais au bout d'une semaine le malade mourut de la rupture d'une dilatation anévrysmale située à droite du sternum, et où le fil n'avait pu pénétrer. A l'autopsie, on trouva le sac gauche entièrement consolidé par des caillots, mais le sac droit avait probablement augmenté de volume à la suite, et sa rupture causa la mort. Il paraît certain néanmoins que, dans des cas moins compliqués, cette méthode pourra être couronnée de succès. (*The Lancet*, 5 juin 1886.)

Travaux à consulter.

De l'actinomycose chez l'homme, par M. Moosbrugger. — Très important mémoire, dans lequel l'auteur étudie avec soin toutes les questions relatives à l'actinomycose. On sait que ce sont les céréales et surtout l'orge qui transmettent aux animaux le germe du champignon. Par la même voie, celui-ci peut infecter l'homme; le germe peut également pénétrer dans l'organisme par les voies respiratoires. La transmission des animaux à l'homme ou par la viande contaminée est possible, mais n'est pas démontrée. (*Beitr. zur ktin. Chirurgie*, von P. Bruns, Bd II, Heft 2, 1886.)

Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme, par M. C. Andrassy. — L'auteur pense avoir démontré, dans ce mémoire, que dans la pluralité des cas le traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme est suivi de succès, et que, grâce à son innocuité et à sa simplicité, il est très recommandable. (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, von P. Bruns, Bd II, Heft 2, 1886.)

Emploi de la sonde cannelée de Casper dans la gonorrhée chronique, par M. Teltz. — On sait que la sonde de Casper présente six cannelures qui s'arrêtent à 5 centimètres de l'extrémité, et qu'on garnit de pommade au nitrate d'argent à 1 pour 100 avant de l'introduire dans l'urèthre. D'après Teltz, cette sonde présente l'inconvénient de pénétrer par sa pointe dans la vessie et d'irriter le col, d'où un ténesme qui peut en rendre l'emploi très difficile. Aussi l'auteur a-t-il eu l'idée de donner à cette sonde une courbure à son extrémité, et de prolonger les cannelures jusqu'à 1 centimètre de celle-ci. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n° 24.)

Du sort des corps étrangers introduits dans la circulation, par M. C. Posner. — M. Posner s'est servi principalement de matières colorantes; il a constaté que toutes les particules colorantes sont absorbées, « dévorées » par les leucocytes, qui ainsi colorés se fixent pour toujours à l'état de cellules de tissu conjonctif, ou, charriés par la lymphe, aboutissent aux ganglions lymphatiques; ou bien encore ils sont amenés à la surface de certains organes (alvéoles pulmonaires, amygdales, etc.), où ils abandonnent leur pigment, qui s'élimine; les cellules de la pulpe splénique et celles de la moelle osseuse se comportent comme les leucocytes; enfin les capillaires du foie s'emparent des matières colorantes et les fixent sur leurs parois. (*Virchow's Archiv f. path. Anat.*, 1886, Bd CIV, Heft 3.)

De l'albumine dans l'urine normale, par M. C. Posner. — Par ses réactions, l'albumine normale de l'urine rappelle celle du sérum. Les vaisseaux des glomérules prennent probablement une part prépondérante à son passage dans l'urine, comme dans les albuminuries dites physiologiques et les pathologiques; mais il est possible que l'épithélium des sections inférieures des voies urinaires y joue un rôle, ce que paraît démontrer le mélange avec la mucine. (*Virchow's Archiv f. path. Anat.*, Bd CIV, Heft 3, 1886.)

Deux cas d'hayfever, par M. Kœhler. — Ces deux observations paraissent confirmer la théorie de Blackley, qui attribue l'asthme des foins au pollen de certaines graminées; il y a gonflement des corps caverneux du nez et rhinite hyperplasique; la destruction des corps caverneux par le galvanocautère fait disparaître tous les accidents; la cocaïne ne produit qu'un soulagement momentané, l'anémie produite par elle n'ayant qu'une durée limitée. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n° 23.)

De la tympanite, par M. S. Talma. — L'auteur a reconnu que, chez les femmes hystériques, la tympanite est souvent due à des spasmes du diaphragme; l'inégal développement de l'abdomen, dans un grand nombre de cas, est attribuable au degré inégal de contraction des muscles de l'abdomen ; en tout cas, la production de gaz dans l'estomac et dans l'intestin n'y est pour rien, car à l'état de narcose la tympanite disparaît sans qu'il s'échappe des gaz, pour reparaître immédiatement après le réveil. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n° 23.)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR L'EMPLOI DU FORCEPS TARNIER ET DU FORCEPS POULLET, par M. PORAK. — Mémoire destiné à prouver la supériorité du forceps Poullet sur le forceps Tarnier. L'auteur a cherché à démontrer que le premier présente toutes les indications du forceps Levret aux deux détroits, tandis que les deux modèles Tarnier y répondent mal; de plus, il permet une prise efficace de la tête fœtale, tandis que les forceps Tarnier peuvent glisser. (*Nouv. Archives d'obstétr. et de gynécol.*, 1886, n° 5.)

BIBLIOGRAPHIE

La syphilis héréditaire tardive, par Alfred FOURNIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol in-8° de 650 pages avec figures. — G. Masson, Paris, 1886.

Il y a quelques années à peine la grande majorité des cliniciens français ne faisaient que soupçonner l'existence de la syphilis héréditaire tardive. Beaucoup la niaient, la plupart la méconnaissaient et n'y songeaient même pas en présence de ses manifestations les plus nettes. A cet égard, il faut bien le reconnaître, nous étions un peu en retard sur les autres pays, sur l'Angleterre et sur l'Amérique en particulier, où depuis assez longtemps déjà on en a publié des observations. Actuellement avec le nouveau livre de notre excellent et très honoré maître M. le professeur Fournier, la science française a largement pris sa revanche, car je ne sache pas qu'il existe en aucune langue une description aussi complète, aussi soignée, aussi magistrale, de ces accidents multiples de la seconde enfance et de l'âge adulte dont on se contentait autrefois de contempler les ravages, et que fait disparaître le traitement spécifique.

C'est là une des grandes conquêtes de la médecine contemporaine, et à ce titre l'ouvrage que nous signalons à nos lecteurs doit prendre place parmi les plus utiles, parmi ceux dont l'étude attentive doit être recommandée aux praticiens. A l'heure actuelle ils seraient inexcusables de laisser s'établir par leur négligence des lésions irrémédiables, alors qu'un diagnostic bien fait peut leur permettre d'enrayer le mal dès son début. Or, pour arriver à poser ce diagnostic, il faut connaître les manifestations morbides dont nous parlons, il faut non seulement y songer, mais encore pouvoir arriver à *dépister* (Fournier) la maladie, car dans l'immense majorité des cas rien dans les renseignements fournis ne met le médecin sur la véritable voie.

La syphilis héréditaire tardive comprend, nous dit l'éminent professeur, *l'ensemble des accidents syphilitiques qui dérivent d'une infection héréditaire, se produisant à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte, soit que la syphilis entre en action à cet âge pour la première fois, soit qu'elle ait été précédée d'autres accidents de même origine dans le premier âge.* Telles sont les manifestations morbides dont il a entrepris l'étude.

Il commence, dans ses préliminaires, par apporter de magnifiques observations tirées de sa clinique hospitalière et de sa pratique de ville, prouvant que l'influence héréditaire de la syphilis ne se borne pas à déterminer un groupe d'accidents limités au premier âge, que tout au contraire elle poursuit ses victimes bien plus avant dans la vie; que de plus elle ne frappe parfois ses premiers coups qu'à une étape plus ou moins distante de la première enfance, qu'elle aboutit de la sorte bien plus souvent qu'on ne le croit généralement à réaliser des lésions spécifiques au cours de la seconde enfance, de l'adolescence, de la jeunesse, voire de l'âge adulte, et que ces dites lésions, presque toujours inconnues comme origine, presque toujours rapportées indûment à la scrofule, doivent être rattachées à la syphilis.

Après avoir ainsi démontré la réalité des accidents qu'il va étudier, il expose dans sa première partie quelles sont les particularités cliniques qui peuvent attirer d'emblée l'attention du praticien et lui faire reconnaître qu'il a affaire à une syphilis héréditaire : ce sont les *éléments diagnostiques* de syphilis héréditaire tardive ; il les classe en neuf groupes qui sont :

I. — *Constitution, habitus, facies* (peau grisâtre, pâleur terreuse, etc.).

II. — *Retard, imperfections, arrêts de développement physique,* ce qu'il désigne sous le nom si expressif d'*infantilisme.*

III. — *Difformités crâniennes et nasales,* comprenant les bosselures crâniennes, l'élargissement transverse du crâne, le crâne natiforme, l'affaissement du nez à sa base, le nez en lorgnette, les difformités natives du nez.

IV. — *Difformités osseuses du tronc et des membres* qui sont *soit partielles*, et constituent alors des intumescences osseuses, des incurvations pseudo-rachitiques de certains os, du tibia en particulier, *soit générales*, et pouvant alors simuler le rachitisme. A cet égard, M. le professeur Fournier se trouve amené à faire l'examen des doctrines de Parrot sur la pathogénie du rachitisme. Il nous semble impossible de traiter cette délicate question avec plus de tact et de sens clinique, et sa conclusion est que la syphilis est un *affluent considérable du rachitisme, mais n'en est qu'un des affluents*, et qu'elle ne le détermine qu'en tant que maladie générale appauvrissant l'économie, troublant la nutrition, et constituant une dyscrasie native, une prédisposition aux processus morbides qui dérivent d'une vitalité insuffisante. Le rachitisme n'est donc pour lui qu'un résultat indirect de la syphilis.

V. — *Stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses*, dont la valeur diagnostique tient surtout à leur configuration et à leur siège soit aux commissures des lèvres, soit au nez, soit à la région lombo-fessière, soit au voile palatin et à la gorge.

VI. — *Lésions oculaires*, et en particulier la kératite interstitielle diffuse.

VII. — *Lésions et troubles de l'organe auditif* et surtout une surdité tout à fait spéciale caractérisée par l'absence complète des accidents locaux ou généraux qui accompagnent d'ordinaire les otites vulgaires, par une brusquerie d'invasion et une rapidité de production vraiment extraordinaires, par l'absence de lésions appréciables et une incurabilité absolue.

VIII. — *Malformations dentaires*. On ne saurait trop recommander la lecture attentive de ce chapitre, qui constitue une étude complète de presque toutes les difformités dentaires connues. De l'examen attentif des faits l'auteur conclut : 1° que les malformations dentaires connues sous le nom d'*érosions* sont des lésions banales, communes, susceptibles de dériver de causes multiples et diverses ; 2° que la syphilis s'approprie souvent ces lésions ; 3° que les érosions pointillées, en cupules, ou en facettes, que les dentelures en scie du bord libre n'ont que peu de valeur en tant que témoignage d'une influence hérédo-syphilitique ; 4° que la dent rayée, à érosion en sillon (érosion sulciforme de Parrot) est déjà plus spéciale, quoiqu'on la rencontre assez fréquemment dans des conditions où l'hérédité syphilitique doit être absolument mise hors de cause ; 5° que l'atrophie du sommet dentaire (notamment celle qui, affectant la première molaire, constitue ce que le professeur Fournier appelle la *dent courte en plateau*) a une signification plus précise, parce que c'est une des modalités favorites des malformations d'ordre spécifique ; 6° mais que ce qui constitue le meilleur signe, ce qui peut être donné comme un témoignage presque certain d'hérédité syphilitique, c'est l'*échancrure semi-lunaire du bord libre*, c'est ce que l'on appelle *la dent d'Hutchinson*, du nom de l'auteur qui en a le premier fait connaître la valeur diagnostique. Ce chapitre se termine par la description du microdontisme, de l'amorphisme dentaire, de la vulnérabilité

du système dentaire, des sillons blancs, des lésions des maxillaires.

L'ensemble des trois derniers groupes de lésions (oculaires, auriculaires et dentaires) est désigné sous le nom désormais classique de *triade d'Hutchinson*.

IX. — *Lésions testiculaires* comprenant l'atrophie scléreuse et l'arrêt de développement du testicule, déjà bien décrites par notre excellent maître le docteur Hutinel.

En terminant l'examen de ces signes diagnostiques l'auteur en signale quelques autres d'une importance moindre quoique réelle; tels sont les *hypertrophies ganglionnaires*, les *arthropathies chroniques* (hydarthroses chroniques et arthropathies déformantes), les *arrêts dans le développement intellectuel*.

Enfin, parmi les signes d'un autre ordre qui peuvent aider à découvrir l'hérédité syphilitique, il mentionne en y insistant tout particulièrement la *polymortalité des jeunes dans les familles syphilitiques* et l'*enquête* que le médecin doit instituer avec tous les ménagements nécessaires sur la famille, sur les ascendants et sur les autres enfants, enquête qui, lorsqu'elle aboutit, constitue en l'espèce, suivant son expression, le *criterium diagnostique* par excellence.

Maintenant le médecin est armé, il connaît les principaux signes extérieurs qui lui permettent de découvrir la syphilis héréditaire; dans la deuxième partie de son livre, notre savant maître étudie à fond chacune des manifestations de la syphilis héréditaire tardive.

Il montre d'abord que de nombreux faits cliniques de l'authenticité la plus absolue prouvent que les accidents de la syphilis héréditaire tardive peuvent survenir de trois à vingt-huit ans. Plusieurs observations de malades âgés de plus de vingt-huit ans ont été publiées, mais aucune ne possède un ensemble de preuves suffisant pour établir la certitude absolue.

Au point de vue des symptômes de la syphilis héréditaire tardive, le dépouillement des 212 cas qui lui ont servi à établir ses descriptions fait voir que le plus grand nombre des accidents observés n'offre rien de spécial en ce sens qu'ils sont dans la syphilis héréditaire tardive ce qu'ils sont dans la syphilis commune. Aussi M. Fournier s'est-il contenté de les mentionner. Il a étudié tout particulièrement au contraire ceux qui sont spéciaux à la syphilis héréditaire tardive, ou qui, sans lui être spéciaux, s'y présentent avec une physionomie plus ou moins différente de celle qu'ils affectent dans la syphilis acquise. Il nous est impossible de suivre l'auteur pas à pas dans cette étude et de donner dans ce compte rendu déjà trop long une idée même imparfaite des descriptions si précises et si complètes qu'il consacre aux affections oculaires, aux troubles de l'ouïe, aux affections osseuses (ostéopériostites productives ou hyperostosantes, ostéopériostites suppuratives avec nécrose, ostéopériostites et ostéomyélites gommeuses, malformations et déformations pelviennes), aux affections articulaires, aux manifestations cutanées, aux affections des muqueuses (lésions nasales, gutturales, pharyngées, laryngées, trachéales et génitales), aux gommes sous-cutanées, musculaires et linguales, au sarcocèle syphilitique, aux adénopathies, à la phthisie hérédo-syphilitique, aux affections hépatiques, rénales et spléniques.

Je ne puis m'empêcher toutefois de signaler en passant une belle étude des manifestations cérébro-spinales de la syphilis héréditaire. L'auteur y montre que les enfants du premier âge sont souvent frappés d'accidents cérébraux le plus souvent mortels, mais qui parfois ne tuent pas tout de suite, et laissent alors après eux comme stigmates indélébiles des troubles de la motilité et de l'intelligence allant jusqu'à l'idiotie complète. Beaucoup plus importants à connaître sont les accidents cérébraux tardifs de la syphilis héréditaire dont l'authenticité est actuellement indéniable. Nombre d'éclampsies et d'épilepsies survenues au cours de l'enfance et même de la jeunesse sont purement et simplement des accidents de syphilis cérébrale développés chez de jeunes sujets issus de parents syphilitiques. Il en est de même de plusieurs autres modalités symptomatologiques d'origine cérébrale, telles que céphalée, parésies ou paralysies partielles, hémiplégie, troubles intellectuels, etc., et de certaines affections de la moelle, telles que des phénomènes d'ordre paraplégique et peut-être l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques.

Dans une troisième et dernière partie, l'auteur étudie la syphilis acquise de l'enfance, afin de réfuter l'objection qui consiste à mettre sur le compte de la syphilis acquise tout ce qui est le fait de la syphilis héréditaire tardive. Loin de nier la syphilis acquise dans le jeune âge, comme on le lui a reproché, l'éminent professeur croit au contraire qu'elle est assez fréquente, et il le démontre en étudiant les diverses sources de contagion qui menacent l'enfant. Après avoir prouvé qu'un nouveau-né ne prend jamais pendant son passage à la vulve la syphilis d'une mère contaminée qui a des lésions contagieuses aux parties génitales, et qu'il ne prend également jamais la syphilis de sa mère lorsque celle-ci était déjà syphilitique avant de le concevoir, il montre que l'enfant pendant son premier âge peut contracter la syphilis par l'allaitement et surtout par la promiscuité du sein, par les contacts divers auxquels il est exposé dans la vie domestique, par les opérations médicales qu'il subit, telles que la vaccination et la circoncision, etc., etc. Or, entre cette syphilis acquise de l'enfant et celle de l'adulte, il n'y a guère qu'une seule différence, celle qui a trait au siège du chancre, autrement il y a identité presque absolue d'accidents et d'évolution.

Des différences profondes, radicales, séparent donc la syphilis héréditaire de la syphilis acquise de l'enfance, et dans quelques cas, pas dans tous il est vrai, il sera possible, après un minutieux examen, de dire qu'une lésion syphilitique est le produit d'une syphilis héréditaire ou celui d'une syphilis acquise dans la plus tendre enfance. Au premier abord il semblerait que cette distinction devrait être toujours facile à établir.

Il existe en effet entre ces deux ordres de phénomènes plusieurs caractères différentiels majeurs : 1° l'époque d'invasion; 2° la modalité des symptômes initiaux; 3° la physionomie générale, l'habitus; 4° les lésions ou symptômes relevant en propre de l'hérédo-syphilis, symptômes que nous avons déjà passés en revue, et auxquels nous ajouterons le coryza, le pemphigus des extrémités, la pseudo-paralysie des membres par dislocation diaphyso-épiphysaire; 5° le contraste entre l'âge du sujet et la qualité des accidents.

Mais parfois tous les commémoratifs manquent; on doit alors examiner le malade avec le plus grand soin, et on peut établir quelques présomptions en faveur de l'hérédo-syphilis quand on constate quelques vestiges de lésions anciennes, ou quelques infirmités assez caractéristiques, telles que la kératite interstitielle, la surdité profonde et sans lésions, la dent d'Hutchinson, et certaines difformités osseuses. Cependant rien de tout cela n'est suffisant pour poser un diagnostic inébranlable, et quand les antécédents du malade restent inconnus, quand l'enquête sur la famille est impossible, ou ne donne pas de résultats précis, tout clinicien consciencieux doit rester dans le doute.

L'analyse qui précède, quelque imparfaite qu'elle soit, suffit pour faire comprendre quelle est l'importance et la valeur du nouvel ouvrage de M. le professeur Fournier. Il est destiné, ce nous semble, à avoir encore plus de retentissement que ses aînés. Jamais l'éminent syphiligraphe n'a été plus net, plus précis, plus clair, plus persuasif. Il y a déployé toutes les qualités du style et tout le talent d'exposition que le public médical est habitué à trouver dans ses écrits. Aussi croyons-nous pouvoir lui prédire un immense succès, et ce ne sera que justice.

Cette œuvre magistrale a été éditée avec tout le soin qu'elle méritait; elle renferme 31 figures dessinées par Alf. Forgeron. Rien n'a été négligé pour en faire ce qu'elle est en réalité, l'un des plus beaux livres qu'ait produits la médecine contemporaine.

Dr L. Brocq.

Index-Catalogue of the Library of the Surgeon general Office, United States Army, vol. VI. Heastie-Ingfeldt.

Le sixième volume de cette publication si remarquable, et dont il est inutile de faire l'éloge, a été édité le 20 juin 1885.

Ce volume comprend 7900 titres d'auteur, représentant 2543 volumes et 7250 brochures. Il contient aussi 14590 titres de volumes et brochures séparées, et 35290 titres d'articles extraits de publications périodiques.

Parmi les articles les plus importants, nous devons citer : *Heat* (chaleur), *Heating* (chauffage), *Hernia*, *Hip-Joint* (articulation de la hanche), *Hippocrates*, *Hysteria*, *Hygiène*, *Hospitals*, *Homœopathie*, *Hydrophobie*, *Inebriates* (alcoolisme), *Insanity*, etc. Dans leur simple expression bibliographique et leur exposition méthodique, ces articles constituent de véritables sommaires, qui non seulement seront consultés à titre de documents bibliographiques, mais qui, dans une lecture rapide, sont comme le résumé de la science médicale sous l'énoncé le plus succinct.

A. H.

Des conditions et des modes de l'intervention chirurgicale pendant l'expédition du Tonkin, par le docteur H. Nimier, médecin-major. — Paris, 1886. V. Rozier.

Ce mémoire est une histoire chirurgicale abrégée de la guerre du Tonkin pendant les années 1883, 1884 et 1885. L'auteur ne dit que ce qu'il a vu. Il cite un assez grand nombre d'observations personnelles, mais ne veut tirer aucune conclusion définitive des faits qu'il résume dans son travail. Il est permis cependant d'y relever cette opinion que l'extraction hâtive des projectiles n'est à tenter que dans les cas où sa présence sous la peau permet de l'enlever par une simple incision, ou lorsqu'il peut être facilement saisi par le trou d'entrée. Dès que les explorations et les recherches doivent être multipliées, mieux vaut s'abstenir. Il en est de même pour la plupart des corps étrangers. Les observations faites au Tonkin, où l'on a essayé — bien incomplètement, il est vrai — la médication antiseptique, confirment donc la doctrine que tend à répandre l'école chirurgicale moderne. Il n'était pas sans intérêt, au moment où cette doctrine vient d'être combattue par l'un des représentants les plus autorisés de la chirurgie d'armée, de lui apporter l'appui d'observations nouvelles. Une autre observation s'impose. Au Tonkin l'on a fait usage de la médication antiseptique, mais on a le plus souvent négligé — comme inutile — l'emploi de toiles imperméables destinées à empêcher la dessication rapide du pansement. Sous l'influence de la chaleur celui-ci s'altérait dès lors assez rapidement; c'est ce qui nous fait dire que la thérapeutique antiseptique a été très incomplète. Ces critiques, hâtons-nous de le dire, ne s'adressent nullement au travail que nous signalons. Très sincère et très consciencieusement fait celui-ci ne mérite que l'éloge.

Rapport au conseil municipal sur le service des vaccinations et revaccinations publiques pendant l'année 1885, a Bordeaux.

M. le docteur Plumeau, adjoint au maire de Bordeaux, vient de publier le résumé des observations qui ont pu être faites, grâce au système de vaccination officielle établi dans cette ville. Le service municipal de la vaccine de Bordeaux est le premier de ce genre qui ait fonctionné en France. Depuis le 2 novembre 1881, il y a été vacciné 32000 personnes, et 12000 tubes ont été distribués. Ses génisses vaccinifères et son personnel ont été fournis à l'armée, aux administrations d'assistance publique et à tous les médecins, pour assurer le service de la vaccination. On ne saurait trop louer le zèle de l'administration municipale de Bordeaux et le dévouement des médecins qui lui ont prêté leur concours.

Note sur le rouge de la morue, par MM. A. Layet, Artigalas et G. Ferré; Bordeaux, imprimerie Bellier, 1886. — Des accidents toxiques par la morue avariée et de l'interdiction de la mise en vente des morues rouges, par M. le docteur Mauriac (*Journal de médecine de Bordeaux*, n°s 39, 40, 41 et 42, 1886).

On s'est beaucoup occupé depuis quelques années de cas d'empoisonnements survenus à la suite de l'ingestion de morues avariées; de nombreuses recherches ont été faites, et Brieger a même donné le nom de *gadinine* à la ptomaïne spéciale que l'on trouve dans la morue altérée. Ces morues ont alors, par places, une couleur rouge et l'on a été amené aussitôt à considérer cette coloration comme l'indice d'une altération contre laquelle il était nécessaire de prémunir les consommateurs; d'où la nécessité de prohiber la vente de la morue dite rouge. Un arrêté ministériel fut pris dans ce sens, sur les conclusions du Comité consultatif d'hygiène publique de France; ce décret fut peu après suspendu sur les réclamations du commerce. MM. Layet, Artigalas et Ferré déclarent, dans leur note, que le rouge peut se rencontrer dans des morues dont la chair est saine et que cette coloration n'est pas la mesure certaine du degré de décomposition de la morue, bien qu'elle coïncide d'ordinaire avec elle. D'après leurs recherches histologiques, le rouge dépendrait d'organismes végétaux, chromogènes, réunis en amas dans les interstices des faisceaux musculaires superficiels de la morue; l'élément spécial ressemble beaucoup aux sarcines. Il paraîtrait aussi qu'aux États-Unis, dans les fabriques de salaison, on rencontrerait sur les murs, sur les planches et sur les ustensiles, ce même parasite, auquel on a donné le nom de *Clathrocystis roseopersicina*; le sel importé de Cadix en serait le seul agent de transmission. M. Mauriac confirme ces faits dans son mémoire; il conclut aussi que la coloration rouge que présentent souvent les morues, soit à l'état vert, soit à l'état sec, dans certaines conditions de température et de milieu, n'est pas un indice de leur nocivité et qu'il est très rare que la consommation en soit dangereuse; on peut manger sans crainte toute morue qui a conservé son odeur normale et la consistance ferme de sa chair, quelle que soit d'ailleurs sa coloration plus ou moins rosée ou rouge.

Vorlesungen ueber Pharmakologie, par le docteur C. Binz; 3e Abtheilung, Berlin, A. Hirschwald, 1866, in-8°.

Cette dernière partie du remarquable ouvrage de Binz ne le cède en rien aux premières dont nous avons déjà parlé les années précédentes; les qualités sont les mêmes quant à la forme et quant au fond. Nous trouvons traités dans ce fascicule les préparations de bismuth, de plomb d'argent, de mercure, etc., les antiseptiques, la quinine et les préparations de quinquina, l'acide salicylique, les autres antipyrétiques jusqu'au plus moderne de tous, l'antipyrine, l'acide cyanhydrique, les acides, les purgatifs, les corps gras, les caustiques, etc. Pour tous ces corps, l'auteur a étudié avec le plus grand soin l'action physiologique, les indications thérapeutiques, l'action toxique, le traitement à opposer aux empoisonnements, etc. Une grande place est faite à la physiologie et à la pathologie expérimentales, les modifications histologiques sont étudiées avec soin et leur description aidée par des figures.

Le livre de Binz n'est ni un traité de thérapeutique, ni un formulaire, c'est un ouvrage de pharmacologie donnant un résumé exact de nos connaissances sur l'action dite pharmacodynamique des médicaments. Il se recommande au médecin qu'il renseigne exactement sur les effets qu'il peut attendre des médicaments, au physiologiste et au toxicologiste auxquels il peut éviter des tâtonnements par la relation claire et nette des résultats obtenus avec ces mêmes substances par l'expérimentation sur les animaux.

L. H.

VARIÉTÉS

Medical Acts amendement bill. — Un important bill relatif à l'organisation de la médecine, déjà adopté par la Chambre des communes d'Angleterre, vient d'être discuté par la Chambre des lords, et le passage à la seconde lecture a été adopté. Il s'agissait de deux réformes à introduire, l'une relative à l'éducation professionnelle des médecins, l'autre concernant le mode de recrutement du Conseil médical (*Medical Cuncil*). Un grand nombre d'établissements confèrent le titre de licencié en Angleterre, et environ 16 000 praticiens exercent dans ce pays avec le titre de licencié, et sont enregistrés (*registered*) comme tels; mais, sur le total, 19 à peine possèdent à la fois le grade médical et le grade chirurgical, et partant mériteraient d'être enregistrés comme praticiens (*practitioners*). Le bill exige que dorénavant le praticien ait acquis ses grades à la fois en médecine, en chirurgie et en accouchements; les certificats complets sont délivrés par les Universités et certaines corporations qui ont toujours joui du privilège de donner tous les grades, celles qui ne peuvent donner que des grades de médecins, par exemple, doivent s'adjoindre aux corporations donnant les grades dans les autres branches, et le Conseil médical peut envoyer des délégués pour prendre part aux examens.

Le bill introduit encore une autre réforme, c'est que 5 des membres du Conseil médical doivent être élus par le corps médical du royaume-uni : 3 par l'Angleterre, 1 par l'Ecosse et 1 par l'Irlande. Cette réforme, depuis longtemps demandée par le corps médical, consacre le droit de représentation de ce corps au Conseil central, chargé de diriger et de régler toutes les affaires médicales du royaume. De plus, dans le projet présenté, les Universités d'Edimbourg et de Glasgow peuvent élire chacune un représentant, et celles d'Aberdeen et de Saint-Andrews n'auraient droit qu'à un représentant commun. Cette dernière disposition a été critiquée par quelques orateurs. Mais on peut dès maintenant considérer le bill comme adopté dans ses dispositions essentielles.

Autopsie du roi Louis de Bavière. — Le résultat de cette autopsie donne, avec une remarquable netteté, la clef des manifestations cliniques observées depuis des années chez le roi de Bavière, atteint d'une aliénation mentale dans laquelle l'hérédité a également joué son rôle. Les lésions du crâne et du cerveau sont de beaucoup les plus intéressantes. Le cuir chevelu est épaissi, le crâne petit et un peu asymétrique. La voûte crânienne est extrêmement mince, les sutures frontale et sagittale ossifiées à la face interne; le frontal présente des ostéophytes de volume variable à sa face interne; le sinus veineux longitudinal supérieur est énormément dilaté en arrière, rétréci en avant au niveau de l'ethmoïde; les granulations de Pacchioni y font saillie. La dure-mère est épaissie, surtout au niveau du frontal, et très hyperémiée; le sphénoïde et les rochers présentent des exostoses; la selle turcique est asymétrique, poreuse et friable; les sinus de la base sont gorgés d'un sang noir et fluide. Le poids du cerveau est de 1349 grammes. L'arachnoïde est épaissie sur une grande étendue. Au niveau de la circonvolution frontale ascendante gauche, dans sa partie antérieure, et du début de la première circonvolution frontale, l'arachnoïde et la pie-mère ont contracté des adhérences, et forment un épaississement des dimensions d'une pièce de 1 franc. A ce même niveau, la voûte crânienne est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier. Plusieurs circonvolutions sont atrophiées par places. La substance cérébrale est hypérémiée et présente un certain degré de ramollissement. Dans les autres organes, les lésions sont insignifiantes; l'estomac présente les caractères du catarrhe chronique.

Corps de santé militaire. — M. Levié, médecin inspecteur, est placé dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs. — M. Widal, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, est promu médecin inspecteur et nommé directeur du service de santé du 19e corps à Alger en remplacement de M. Paulet. — M. Forgemol est nommé médecin-major de 1re classe et attaché à la direction de l'Ecole du Val-de-Grâce. — M. Gauthier est nommé médecin-major de 2e classe.

Bureau de bienfaisance. — M. le docteur O. Guillier est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du VIe arrondissement de Paris.

Préfecture de la Seine. — Par arrêté préfectoral, en date du 11 juin 1886, M. le docteur Wuillomenet est nommé médecin suppléant de la préfecture de la Seine, en remplacement de M. le docteur Delaporte, nommé médecin titulaire.

Faculté de médecine de Paris. — Deux concours de clinicat ont commencé le 17 juin à neuf heures du matin :

1° Pour la nomination à trois places de chefs de clinique chirurgicale titulaire et trois places de chefs de clinique adjoints. Le jury se compose de MM. les professeurs Richet, président; Verneuil, Trélat, Panas et Lannelongue, juges. Les candidats, au nombre de cinq, sont : MM. les docteurs Barette, Castex, Guinard, Hache et Ozenne.

2° Pour la nomination à une place de chef de clinique d'ophthalmologie titulaire et une place de chef de clinique adjoint. Le jury se compose de MM. les professeurs Gavarret, président; Richet, Verneuil, Panas et Lannelongue, juges. Les candidats, au nombre de deux, sont : MM. les docteurs Valude et Kalt.

Concours du Bureau central (médecine). — Après la seconde épreuve, ont été conservés les seize candidats dont les noms suivent, par ordre alphabétique : MM. Bourcy, Charrin, Dreyfous, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Juhel-Renoy, Ledoux-Lebord, Marie, Martin, Petit (André), Richardière, Robert, Siredey, Variot.

— Après la troisième épreuve, ont été déclarés admissibles les huit candidats dont les noms suivent, dans l'ordre alphabétique : MM. Bourcy, Gaucher, Hirtz (Edgar), Juhel-Renoy, Marie, Petit (André), Robert, Variot.

Association des médecins de France. — M. Brun, trésorier de l'Association, a encaissé les dons et legs suivants :

De MM. les docteurs Hérard, 100 fr.; Morel d'Arleux, 1520 fr.; Passant, 100 fr.; Foville, 100 fr.; Leroy-Dupré, 200 fr.; Burdel (de Vierzon), 100 fr.; Péan, 200 fr.; Truinet de Fontarce, 300 fr.; Ricord, 500 fr.; Gosselin, 300 fr.; Campbell (Legs), 10 000 fr. — Total : 13 420 fr. (*Union médicale.*)

Association des médecins du Rhône. — L'Association des médecins du Rhône a tenu, le 29 mai dernier, son assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. Bouchacourt, au palais Saint-Pierre.

Après une allocution très applaudie de M. Bouchacourt, M. Lavirotte, trésorier, a fait connaître la situation financière de l'Association. Les conclusions de la Commission des finances, approuvant les comptes de M. le trésorier, ont été adoptées à l'unanimité.

M. Rochas, secrétaire général, a donné lecture du compte rendu administratif, et il a été procédé à l'élection d'un vice-président et d'un trésorier. M. Renaut a été élu vice-président. M. Lavirotte a été réélu trésorier. M. Diday a été nommé vice-président honoraire.

Le renouvellement par tiers et le remplacement des membres décédés ou démissionnaires ont fait entrer dans la Commission administrative : Pour Lyon : MM. Fontrobert, Barudel, Dufourt, Robin, Odin, Teissier père. Pour l'arrondissement de Lyon : MM. Boiron, Boyer, Grabinski.

Ont été nommés suppléants : Pour Lyon : MM. Gros, Grandclément. Pour l'arrondissement de Lyon : M. Pomme. Pour l'arrondissement de Villefranche : M. Pierou.

Ont été définitivement admis comme membres de l'Association : MM. Devars, Léon Blanc, Couette, Piaute, Musy, Lemoine, Rafin, Clerjon, Charvet, Roch, Phélip, Audry, Leclerc, Badolle.

Il a été enfin procédé à l'examen des propositions faites conformément au vœu adopté par l'assemblée générale du 18 mars. A l'unanimité, l'assemblée générale a pris la délibération suivante :

« L'Association des médecins du Rhône, saisie, par le vœu adopté par l'assemblée générale du 18 mars, de la question de savoir s'il y a lieu d'insérer dans ses statuts des mesures propres à éviter l'introduction ou le maintien parmi ses membres des médecins homœopathes ou similaires;

» Considérant en fait que les fondateurs de la Société, notoirement connus comme étrangers aux procédés homœopathiques, n'ont eu en vue de créer l'Association qu'au profit de médecins dont les doctrines et les pratiques professionnelles, conformes aux leurs, seraient puisées dans l'enseignement et les traditions des Ecoles de médecine et hôpitaux :

» Que, depuis son origine, les membres de l'Association, res-

pectueux observateurs des intentions de ses fondateurs, les ont interprétées et appliquées dans le même sens, en ce qu'ils ont pris soin de n'admettre parmi eux que des médecins unis par un même fond de doctrines, et une même entente de l'exercice professionnel;

» Dit que l'admission ou le maintien dans l'Association de médecins homœopathes ou similaires est directement contraire au but et aux traditions de l'Association;

» Qu'il n'y a lieu, dès lors, d'ajouter en ce sens aucune disposition aux statuts, suffisamment expliqués et interprétés par l'application qui en a été constamment faite, et qui est renouvelée, en tant que de besoin, par la présente délibération;

» Que dès lors, si un membre de l'Association venait, dans le cours de sa carrière, à introduire dans sa pratique professionnelle des procédés homœopathiques ou similaires, il se trouverait, par ce seul fait, en dehors des conditions exigées pour être admis ou maintenu, et serait considéré, par le fait même, comme démissionnaire, et perdrait tout droit aux avantages et bienfaits de l'Association, conformément à l'article 12 des statuts. »

(*Union médicale.*)

Syndicats professionnels. — Au cours de la séance du 21 juin de la Chambre des députés, M. Colfavru a déposé une proposition ayant pour objet d'étendre à toutes les professions, et notamment aux professions dites libérales, le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels. Cette proposition a été faite en vue principalement d'assurer aux syndicats médicaux déjà existants les droits que leur a déniés le récent arrêt du tribunal de Domfront.

Choléra. — L'épidémie qui règne en Italie n'est pas encore en voie de décroissance. A Venise, la mortalité est assez considérable, on compte déjà près de 500 décès. Le choléra a fait son apparition à Vérone, Vicence, Padoue, Trévise et surtout à Coni, non loin de la frontière française. On signale aussi de nouveaux cas à Brindisi.

Institut Pasteur. — A partir du 15 juin, M. Pasteur a transféré le service des inoculations antirabiques dans l'une des dépendances de son laboratoire, 14, rue Vauquelin.

Le *Journal officiel* du 17 juin promulgue la loi accordant, au nom de l'État, une somme de 200 000 francs à l'Institut Pasteur. Les souscriptions publiques s'élèvent actuellement à près de 1 200 000 francs.

Maison nationale de Charenton. — Il sera ouvert le lundi 26 juillet prochain, au ministère de l'intérieur, un concours pour l'internat de la Maison nationale de Charenton.

On trouvera chez le concierge de la Faculté et à la Maison nationale de Charenton des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

Exposition d'hygiène urbaine. — L'Exposition d'hygiène urbaine, installée à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel de Ville, par les soins de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, sera close le dimanche 27 juin, à six heures du soir.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Péruy, médecin principal en retraite, ancien secrétaire du Conseil de santé des armées; de M. le docteur Durand, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance, décédé à l'âge de soixante-seize ans; de M. le docteur Séverin Caussé, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, décédé à Albi dans sa quatre-vingt-troisième année; de M. le docteur Tavenaux, médecin du bureau de bienfaisance du XVe arrondissement, à Paris; de M. le docteur Bocamy (de Perpignan); de M. le docteur Petit (de Dijon); de M. le docteur Moroux (de Saint-Benoît-du-Sault); de M. le docteur Inghels, médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand, décédé à l'âge de cinquante-six ans, à la suite d'une piqûre anatomique.

Mortalité a Paris (24e semaine, du 13 au 19 juin 1886). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 16. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 28. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 32. — Phthisie pulmonaire, 154. — Autres tuberculoses, 37. — Autres affections générales, 74. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 28 — Pneumonie, 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 32; au sein et mixte, 26; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; de l'appareil circulatoire, 82; de l'appareil respiratoire, 60; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 16. — Total : 921.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité d'hygiène militaire, par M. le professeur G. Morache. 2e édition, entièrement remaniée, mise au courant des progrès de l'hygiène générale et des nouveaux règlements de l'armée. 1 vol. in-8 de 926 pages avec 173 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 15 fr.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, premier fascicule : *Pathologie externe générale*, avec la collaboration de M. le professeur Coyne (de Bordeaux), de MM. les professeurs agrégés Poinsot, Planteau, Piéchaud, Lagrange, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Grand in-8 de 352 pages. Paris. Asselin et Houzeau. 6 fr.
— L'ouvrage complet formera deux volumes qui paraîtront chacun en deux fascicules. Le second fascicule du tome Ier est sous presse. Le prix total de l'ouvrage, qui sera terminé en 1887, ne dépassera pas 24 francs.

Manuel de toxicologie, par M. Dragendorff. Deuxième édition française, revue et très augmentée, publiée avec le concours de l'auteur, par le M. le docteur L. Gautier. 1 vol. in-18 de XX-742 pages avec gravures dans le texte. Paris, F. Savy. 7 fr. 50

Précis d'histologie, par M. H. Frey (de Zurich) Deuxième édition, revue et augmentée, publiée sur la troisième édition allemande, par M. le docteur L. Gautier, 1 vol. in-18 de VIII-403 pages avec 227 gravures dans le texte. F. Savy. 6 fr.

Leçons sur l'accouchement comparé dans les races humaines, professées à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, par M. le docteur E. Verrier. 1 vol. grand in-8 de 212 pages avec 36 gravures dans le texte. F. Savy. 4 fr. 50

Thèses d'agrégation de médecine (concours de 1886). *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, par M. le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18. Paris, F. Alcan. 2 fr. 50

Pathogénie des atrophies musculaires, par M. le docteur Parisot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8. Paris, F. Alcan. 3 fr.

De l'antisepsie médicale, par M. le docteur Lemoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-8. Paris, F. Alcan. 3 fr. 50

Des fractures spontanées, par M. le docteur Simon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8. Paris, F. Alcan. 4 fr.

Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, par M. le docteur Chuffart, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-8. Paris, F. Alcan. 4 fr.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier. 21e année (1885). 1 fort vol. in-12 de 600 pages. Paris, F. Alcan. 7 fr.

Études clinique et physiologique sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiées par la méthode des empreintes, par M. Gilles de la Tourette. Brochure in-8 carré de 78 pages avec 31 figures. Paris, Progrès médical. 2 fr. 50

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par M. le docteur Ch. Féré. 1 vol. in-8 de 495 p. avec 213 fig. Paris, Progrès médical. 10 fr.

Diabète et arthritisme, par M. le docteur Barthe (Léonce). In-8. Paris, Alex. Coccoz. 2 fr. 50

Recherches sur l'appareil génital des vieillards, par M. le docteur Desnos. In-8. Paris, A. Coccoz. 1 fr.

Étude sur l'oblitération de l'urèthre non congénitale, par M. le docteur Jules Ladroitte. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr. 50

Quarante ans de pratique médicale (1836-1876), par M. le docteur Michalowski. In-8. Paris, A. Coccoz. 6 fr.

Étude clinique sur le choléra au Pharo pendant l'épidémie de 1885, par M. le docteur M. Costo. Grand in-8 de 85 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Précis d'ophthalmologie chirurgicale, par M. le docteur J. Masselon. In-18 jésus de 500 pages avec 118 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. les docteurs de Wecker et Landolt. Tome II, 3e fascicule, *Maladies du cristallin*, par M. L. de Wecker. 1 vol. in-8 (gratis pour les souscripteurs). Tome II complet, 1 fort vol. in-8 avec 217 fig. dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 17 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5887. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

De l'influence de la nutrition sur l'issue des maladies.

On peut dire d'une façon générale que toutes les maladies graves ont pour conséquence d'amener dans l'organisme des modifications dont la dénutrition est un des termes. Celle-ci est souvent la cause et toujours la conséquence des désordres de l'économie ; on l'observe dans les états pathologiques les plus divers. Ainsi les facultés digestives peuvent être compromises par une nourriture insuffisante en quantité comme en qualité, de même que par une existence sédentaire. D'autre part, des conditions opposées peuvent produire le même effet : une vie trop active, une croissance rapide, une dépense nerveuse exagérée peuvent également les mettre en péril et empêchent souvent la recette de s'élever à la hauteur de la dépense.

Dans d'autres circonstances, nous constaterons le même résultat à la suite d'affections broncho-pulmonaires, telles que la bronchite, la coqueluche, la grippe, la pleurésie. Dans toutes les pyrexies, la surélévation de la température détermine une exagération des combustions qui se font dans l'intimité des tissus et aux dépens de leurs éléments propres ; il s'ensuit une véritable autophagie, qui ne tarde pas à amener un amaigrissement général, une débilitation profonde et une détérioration complète des fonctions digestives. Ici la dénutrition a joué le rôle de cause et d'effet. C'est surtout dans la période de convalescence que le médecin est appelé à déployer toutes ses forces pour arriver à lutter avec avantage contre le phénomène de dénutrition, car c'est à ce moment que les fonctions digestives doivent faire à elles seules tous les frais de la reconstitution de l'organisme. La tâche se trouve être des plus délicales, parce que le système digestif a subi une atteinte profonde ; ses fonctions sont pour ainsi dire annihilées, et souvent perverties : aussi, pour arriver à rétablir leurs propriétés physiologiques, on est obligé de faire un choix des plus judicieux parmi les moyens dont on dispose, sinon on est exposé à voir s'aggraver l'intolérance gastrique, et avec elle la dénutrition générale, qui emportera le malade au moment où l'on avait toute chance de le sauver.

Dans ces conditions, c'est surtout l'estomac qui est en cause, mais de différentes façons. Dans certains cas, ses sécrétions sont taries ou insuffisantes en raison des altérations subies par l'élément glandulaire ; il faudra donc donner une sorte de coup de fouet à la muqueuse en administrant des substances qui peuvent activer la sécrétion du suc gastrique, les alcalins, dont l'action physiologique, démontrée par des expériences nombreuses, concourt directement à ce résultat. Mais il faut bien se garder d'introduire ces médicaments dans l'estomac sous une forme quelconque : par exemple sous celle de solution de bicarbonate de soude ou sous forme de cachets contenant une dose déterminée de ce sel, comme on le fait trop souvent par routine, car l'estomac s'en fatigue très vite et manifeste rapidement son intolérance. La meilleure façon, c'est de faire usage d'une eau minérale alcaline contenant du bicarbonate de chaux plutôt que du bicarbonate de soude, puisqu'il s'agit de reconstituer l'organisme débilité ; à ce point de vue, Pougues se trouve tout indiqué. J'ajouterai même que la proportion notable d'acide carbonique que ces eaux contiennent, forme un excellent stimulant des sécrétions gastriques, par conséquent elles viennent donc remplir le double but que l'on cherchait à atteindre : rétablir les fonctions de la muqueuse gastrique et restaurer l'organisme. Dans d'autres cas, la tunique musculaire de l'estomac aura subi une parésie, qui l'empêche de se contracter sous l'influence du contact des aliments ; alors ceux-ci s'accumulent, distendent l'estomac, causent de la pesanteur, des lenteurs de la digestion suivies toujours d'anorexie et de dégoût pour les aliments. Ici c'est aux stimulants de la contractilité musculaire qu'il faudra s'adresser, et à cet égard l'acide carbonique est au premier rang. L'eau de Pougues Saint-Léger, qui le contient en dissolution bien stable parce qu'il y est fixé chimiquement, sera donc nettement indiquée.

En résumé, dans toutes les maladies où la dénutrition sera la conséquence d'une altération des fonctions digestives, on devra administrer sans retard l'eau de *Pougues*, qui seule pourra restituer rapidement à l'estomac la tonicité dont il a besoin pour son bon fonctionnement.

THÉRAPEUTIQUE

De la digitale.

Dans un précédent article (voy. *Union médicale*, 30 mars 1884), nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la place importante qu'occupait la digitale dans la thérapeutique; nous avons démontré que, lorsqu'elle avait été obtenue dans des conditions normales, c'était un des médicaments les plus actifs et les plus sûrs tout à la fois.

Nous venons prouver aujourd'hui que le bon choix de ses préparations est la condition indispensable de la certitude de ses effets.

Une récente communication de M. le docteur Laborde à la Société de biologie sur la digitaline, nous donne des détails très intéressants sur la valeur de ce médicament d'après les expériences faites par MM. Laborde et Duquesnel.

Ces deux savants ont soumis aux épreuves suivantes deux échantillons de digitaline : l'un d'origine allemande, l'autre de fabrication française, d'aspect absolument semblable. Voici ce qu'ils ont observé :

La digitaline allemande, en présence d'une petite quantité d'acide chlorhydrique et sous l'influence d'une légère élévation de température, ne prend pas la coloration vert-émeraude caractéristique de la digitaline ordinaire; traitée par le chloroforme, elle laisse un résidu abondant, tandis que la digitaline française se dissout entièrement dans le chloroforme, sans résidu; enfin elle n'a qu'une légère amertume, tandis que la digitaline française est fortement amère.

Ces différences profondes, au point de vue chimique, faisaient présumer une différence corrélative dans l'activité physiologique, et l'expérience a démontré qu'il en était effectivement ainsi : Injectée aux pattes postérieures d'une grenouille, la digitaline produit l'arrêt définitif du cœur en systole forcée en moins de cinq minutes; la digitaline allemande, injectée dans les mêmes conditions, ne commence à agir qu'au bout de quatre heures, et n'amène l'arrêt définitif du cœur qu'au bout de douze heures.

Cette expérience, répétée sur des cobayes, a produit des résultats complètement identiques.

D'où il faut conclure que, si l'action de la digitaline allemande n'est pas absolument nulle, elle est inférieure à celle de la digitaline française, comme cinq minutes sont à douze heures.

Mais, s'il y a une différence aussi considérable entre les deux produits, eu égard à leur activité physiologique et partant à leur pureté de composition chimique, il y aura nécessairement une différence corrélative au point de vue des effets thérapeutiques.

Le mérite de la vraie digitaline, c'est d'agir régulièrement et énergiquement; elle ralentit immédiatement les battements du cœur, les régularise, et fait succéder l'amplitude et la fermeté à l'agitation désordonnée de ces battements. Elle doit n'être employée qu'avec prudence et à très petites doses en raison de l'énergie de ses effets.

Qu'obtiendra-t-on de la fausse digitaline? Des effets très lents et par suite une prolongation des souffrances, et de plus des effets incertains, car il n'est pas possible de doser avec certitude un médicament impur et dont la valeur réelle est problématique.

Après les expériences de MM. Laborde et Duquesnel, le médecin, ne pouvant pas toujours contrôler l'origine de la digitaline fournie à son malade, hésitera sur les doses à prescrire, puisque, suivant la qualité du médicament, ces doses pourront être ou trop fortes ou insuffisantes. Dans ces conditions, il ne devra prescrire la digitale que sous une forme ayant déjà fait ses preuves et non susceptible d'adultération.

Le sirop de digitale de Labélonye lui offrira toutes les garanties qu'il peut désirer. Ce produit, dont la réputation n'est plus à faire, lui donnera des résultats toujours constants parce que son dosage est toujours rigoureux; ce n'est jamais sans un succès immédiat qu'il emploiera cette préparation dans la plupart des affections du cœur.

(Extrait de l'*Union médicale.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

5387. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr **L. LEREBOULLET**, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs **P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

A dater de ce jour M. le docteur Brissaud, médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté, qui depuis plusieurs années déjà était notre collaborateur, devient membre du Comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire.*

BULLETIN

La nouvelle organisation du service de santé de la marine.

Le *Journal officiel* du 26 juin dernier publie un rapport adressé à M. le Président de la République et un décret réorganisant le Corps de santé de la marine. Le rapport n'est pas long : M. le vice-amiral Aube n'a pas cru devoir, comme ses prédécesseurs, Ducos, Chasseloup-Laubat ou Montaignac, expliquer, avec quelques détails, les motifs qui lui ont dicté une réforme aussi considérable : « Cette réglementation nouvelle, dit-il simplement, a été élaborée dans le but de mettre fin aux retraites prématurées et aux démissions fréquentes motivées par la lenteur de l'avancement et l'inégale répartition des charges du service à la mer ou aux colonies entre les officiers du Corps de santé. J'estime, ajoute-t-il, que les mesures proposées, impatiemment attendues par les intéressés, sont de nature à assurer, dans les conditions les plus favorables, la bonne marche de ce service important... » Ces deux phrases ont paru suffisantes à M. le ministre de la marine. Nous serions les premiers à louer son laconisme s'il s'agissait, en effet, d'une mesure impatiemment attendue par *tous les intéressés.* Mais il nous semble, bien au contraire, que ce nouveau décret va mécontenter, parmi les médecins de la marine, ceux qui honorent le plus le corps auquel ils appartiennent. Nous craignons même qu'il n'ait pour résultat de tarir le recrutement du service de santé de l'armée navale et d'augmenter très rapidement le nombre des démissions et surtout celui des retraites.

Il nous paraît nécessaire, pour le faire comprendre, de rappeler très brièvement les décrets précédents et leurs conséquences immédiates.

A plusieurs reprises déjà les ministres de la marine se sont préoccupés de rechercher pourquoi le recrutement de la médecine navale était si difficile et pourquoi les démissions devenaient de jour en jour plus nombreuses. En réfléchissant un peu, ils se sont vite aperçus que les avantages offerts par l'administration de la marine n'étaient guère comparables à ceux que peut trouver, dans l'exercice de sa profession, un médecin dévoué à ses malades, actif et laborieux. Pour assurer le recrutement de la médecine navale, il leur parut dès lors nécessaire de faire appel de très bonne heure à de jeunes étudiants. Ceux-ci, pour la plupart fils d'officiers, de médecins ou de fonctionnaires de la marine, ou encore élevés dans les villes voisines des Écoles de médecine navale, pouvaient être attirés par les facilités qu'on leur procurait pour aborder promptement et sans frais les épreuves du doctorat en médecine, ou séduits en voyant honorer les services et apprécier le talent des médecins professeurs qui, dans ces écoles, rehaussaient le prestige de la médecine navale. A ce point de vue l'expérience a été favorable. Après le décret de 1865, les élèves ont afflué dans les Écoles de la marine, si bien qu'en 1873 on y comptait 244 étudiants, ce qui était plus que suffisant pour assurer le service. La création des Écoles de médecine navale et les avantages concédés aux médecins professeurs ont donc été pour beaucoup dans le recrutement des médecins de la marine.

En sera-t-il de même le jour où ces Écoles seraient supprimées ? Nous ne le pensons pas. Les tentatives qu'a faites à cet égard l'administration de la guerre ont été probantes. Le recrutement direct par les appels adressés à des docteurs en médecine a été toujours très défectueux ; pour la marine il serait impossible. Nous le disions, il y a trois années déjà, au moment où pour la première fois se faisaient entendre les réclamations qu'a trop complaisamment écoutées M. le vice-amiral Aube ; nous devons le répéter aujourd'hui : s'ils n'ont été encouragés à entrer dans l'armée navale, dès le début de leurs études, par cet entraînement qui se fait autour des foyers locaux d'éducation et d'instruction militaire, s'ils ne sont pas retenus par l'espérance d'avantages moraux et matériels sérieux, les médecins ne répondront pas à

l'appel du ministère de la marine et le recrutement de l'armée navale sera tari.

Est-ce à dire pour cela que nous n'approuvions point la mesure qui consiste à n'admettre comme médecins de 2e classe dans les équipages ou dans les ports que des docteurs en médecine? Tout autre est notre pensée, et dans l'article que nous rappelions à l'instant (*Gaz. hebd.*, 17 juillet 1883) nous l'avons suffisamment indiquée. Nous croyons encore que, pour respecter la loi qui régit l'exercice de la médecine aussi bien que pour assurer aux malades de notre armée de mer les soins qu'ils ont le droit d'exiger, il faut n'admettre dans le cadre des médecins de l'armée navale que des docteurs en médecine. Mais, pour attirer ceux-ci et pour les préparer aux fonctions qu'ils seront appelés à remplir, il nous paraît nécessaire de maintenir et même de fortifier les écoles dans lesquelles ils prépareront leurs examens, seront astreints à un stage qui les habituera aux exigences de la discipline militaire et familiarisés avec les études que doit posséder à fond un médecin de la marine.

Or, s'il ne fait pas disparaître encore les Écoles de médecine navale, le décret du 24 juin supprime les médecins professeurs. Ceux-ci, n'exerçant plus désormais qu'une fonction temporaire, manqueront tout à la fois d'autorité et d'expérience. Ils n'auront plus vis-à-vis des médecins élèves ce prestige que confèrent et la science acquise par de longues et patientes études et la situation prééminente d'un médecin partout honoré et consulté tout à la fois comme savant et comme praticien. L'article qui supprime les médecins professeurs nous semble donc de nature à ruiner les Écoles préparatoires et dès lors à rendre des plus précaires le recrutement de la médecine navale.

Aura-t-il du moins l'avantage de diminuer le nombre des démissions, de retarder les demandes de mise à la retraite? Nous ne le pensons pas.

En ce qui concerne les médecins professeurs, la situation anormale qui leur est faite par le nouveau décret va contraindre plusieurs d'entre eux à prendre leur retraite. Et, en effet, pour passer à un grade supérieur on les astreint à faire un service à la mer. L'article 41 du nouveau décret les classe dans la 4e catégorie de la liste de départ à la date de leur promotion. Mais, comme il n'y a, pour ces grades élevés, qu'un très petit nombre d'embarquements annuels, la plupart des médecins professeurs actuellement en exercice ne pourront satisfaire à ces conditions. Leur avancement se trouvera dès lors arrêté et, le jour où viendra leur tour d'embarquement, il en est beaucoup qui demanderont leur radiation des cadres de la marine. La première conséquence du nouveau décret nous paraît donc être la démission ou la mise à la retraite de la plupart des médecins professeurs, qui, jusqu'à ce jour, avaient dignement rempli leurs fonctions et accru la juste renommée du Corps de santé de la marine.

Mais il y a plus. Le nouveau décret supprime les concours qui faisaient l'honneur et assuraient la valeur du Corps de santé de la marine. L'avancement se fera désormais à l'ancienneté ou au choix. Les médecins de la marine n'auront plus dès lors cette ardeur au travail qui, par l'espoir d'un avancement plus rapide, et malgré les fatigues et les préoccupations de voyages lointains, les rendait capables des plus laborieux efforts. C'est en effet parce qu'ils pensaient sans cesse à leurs prochains concours; c'est parce qu'ils s'y préparaient à tous leurs instants de loisir que les médecins navignants évitaient l'oisiveté intellectuelle qui trop souvent est la conséquence d'une vie commune avec les officiers combattants. Seront-ils meilleurs médecins le jour où les services militaires seuls deviendront des titres à l'avancement?

Qui oserait l'affirmer? Et si en se plaçant à un point de vue strictement et exclusivement égalitaire, on établit un tour régulier d'embarquement; si *tous* les médecins de l'armée navale sont successivement appelés à servir à la mer ou dans les ports, dans les colonies ou dans les écoles, croit-on que le nombre des démissions ou des demandes anticipées de retraite sera diminué? Nous craignons plutôt le contraire. Pour ne pas démissionner, il faut aimer la carrière que l'on a embrassée, y trouver les satisfactions morales et matérielles que l'on ambitionnait en y entrant, être soutenu par l'espoir d'arriver vite à force de travail, d'intelligence et de courage à une position meilleure. Ceux qui démissionnent sont les médecins qui espèrent trouver dans l'exercice de la médecine civile une carrière honorable et lucrative. Or cette espérance est permise à tous ceux qui aiment le travail et qui ont pu développer leurs aptitudes professionnelles. Le jour où à tour de rôle, presque tous les médecins principaux arriveront à la position de médecin professeur, il s'en trouvera un plus grand nombre qui, séduits par les douceurs de la vie civile, fatigués par de longs voyages ou encouragés par les familles qui auront eu confiance en eux, prendront leur retraite lorsque, après cinq à six années de professorat, ils seront rappelés à la vie active. De telle sorte qu'après avoir arrêté le recrutement du corps, déconsidéré des fonctions jusqu'à ce jour réputées les plus enviables, entravé les études scientifiques d'un grand nombre de médecins de la marine, le nouveau décret aura eu pour résultat d'accroître encore le nombre des démissions et des retraites.

On objectera sans doute que les règlements et les circulaires ministérielles, entre autres celle du 9 septembre 1875, n'ont pu arrêter les démissions et qu'il importait de faire cesser l'antagonisme qui existe entre les médecins naviguants et les médecins professeurs. Nous répondrons que cet antagonisme, au lieu de disparaître, s'aggravera le jour où, par le choix et sans concours préalables, plus de médecins seront appelés à professer dans les Écoles de médecine navale. N'est-il pas certain que tous ces anciens professeurs seront, s'ils reprennent la mer, choisis de préférence par les amiraux et les commandants supérieurs. Ils deviendront aussitôt médecins en chef d'escadre ou de division et les promotions au choix ainsi que les distinctions honorifiques leur seront accordées. Ainsi s'accroîtra le nombre de ceux que l'on persiste à considérer comme des privilégiés, sans réfléchir que les situations exceptionnelles qu'ils obtiennent ont été acquises au concours, ce qui veut dire qu'il est permis à chacun de les ambitionner et de se préparer à les conquérir.

Nous ne poursuivrons pas plus loin l'examen de ce décret; nous ne nous arrêterons pas à faire remarquer que le Conseil *supérieur* de santé sera composé de médecins d'un grade inférieur à celui des membres des Conseils de santé des ports. Il nous suffira d'avoir cherché à établir que l'on s'est avant tout et surtout préoccupé d'abaisser le niveau scientifique du Corps de santé de la marine en abolissant les concours et en supprimant les positions stables, honorées, prééminentes des médecins professeurs.

N'eût-il pas été plus juste et plus digne de déclarer que, après avoir, dans les grades inférieurs, payé leur tribut à la vie militante, accompli un stage suffisamment long sur les bâtiments ou dans les colonies, tous les médecins de la ma-

rine pourront être appelés à concourir pour les positions de médecins professeurs? N'eût-il pas été plus habile de décréter que les grades de directeur ou d'inspecteur général seront désormais accessibles à tous les médecins, aussi bien aux médecins en chef qui ont servi aux colonies qu'aux médecins professeurs qui auront rendu des services dans l'enseignement? Il ne nous appartient pas d'indiquer ici ce qui aurait pu être tenté. Mais nous avions le droit de faire remarquer que dans la marine, comme dans l'armée, on semble se préoccuper non de relever le niveau des corps qui sont tout à la fois scientifiques et professionnels, mais bien d'assurer, dans les conditions les plus regrettables, l'égalité par en bas, c'est-à-dire, nous l'avons déjà dit, le nivellement dans la médiocrité.

L. Lereboullet.

DERMATOLOGIE

Teignes et teigneux.

C'est avec juste raison que, dans un récent travail intitulé: *Teignes et teigneux*, le docteur H. Feulard a étudié d'un coup d'œil d'ensemble diverses maladies parasitaires de la peau, qui jusqu'en ces derniers temps étaient soigneusement différenciées les unes des autres. C'est qu'en effet le favus, la trichophytie, la pelade, les teignes, en un mot, constituent une véritable famille naturelle. Leurs caractères communs sont en première ligne d'être d'origine parasitaire; si l'origine parasitaire de la pelade est encore discutée, celle du favus et du trichophyton est aujourd'hui incontestée. On ne se douterait jamais de la somme de travaux qu'il a fallu accumuler pour rendre triomphante cette doctrine parasitaire; M. Feulard, préparé par une année d'internat à l'hôpital Saint-Louis et par de nombreux travaux antérieurs sur l'histoire de cette maison, était dans les meilleures conditions pour faire revivre à nos yeux les fondateurs de l'édifice scientifique actuel. Rien de plus intéressant que de suivre les premiers dermatologistes dignes de ce nom, à travers l'inextricable confusion de la science d'alors, d'assister à leurs inutiles efforts, à leurs luttes toujours passionnées et souvent stériles. Avec les découvertes micrographiques, la question entra dans sa phase de progrès. En vain les retardataires (Cazenave) s'acharnent contre ce qu'ils appellent les « illusions de la micrographie »; en vain Grisolle leur fournit l'appoint de son autorité en dénonçant « les excentricités auxquelles on peut aller, lorsqu'on regarde certaines choses à travers un verre grossissant ». La voie était ouverte et Bazin avec l'ardeur que donnent la jeunesse et la sincérité des convictions, faisait entrer la thérapeutique dans une ère nouvelle et féconde. Avec le concours de Deffis, il étudia le champignon de la teigne faveuse, reconnut son siège dans la portion intra-épidermique du poil, surprit le secret des frères Mahon, et sa petite brochure modestement intitulée: *Recherches sur la nature et le traitement des teignes* (1853), bientôt suivie de plusieurs autres, nous fit apprendre presque tout ce que nous savons aujourd'hui sur la teigne faveuse et son traitement par l'épilation et les parasiticides, sur l'identité de la teigne tondante, du sycosis et de l'herpès circiné, ainsi que sur la pelade.

En vain Cazenave proteste par son silence; en vain Devergie l'accuse de « bouleverser toutes les idées reçues » et de bien d'autres choses encore; l'Académie donne raison à Bazin, dont la cause était depuis longtemps gagnée aux yeux des étrangers et du public médical français. Les travaux ultérieurs n'ont que renforcé les doctrines de Bazin, en démontrant que les divers champignons des teignes ont tous leur spécificité et leur individualité; tout récemment (janvier 1886), Grawitz, en Allemagne, et Duclaux, en France, sont parvenus en même temps à obtenir des cultures pures de ces divers champignons; ils peuvent pousser côte à côte dans de la gélatine (Grawitz), dans du moût de bière, dans du lait, dont la caséine a été solubilisée par l'action de la caséase (Duclaux), à la condition que le liquide ne soit point acide.

Le trichophyton liquéfie rapidement la gélatine; le champignon de la teigne faveuse (*Achorion Schœnleinii*) ne la liquéfie que lentement; en outre ces cultures pures inoculées ont toujours produit soit la trichophytie, soit le favus. M. Feulard nous a donné les prémisses de ces intéressants travaux de M. Duclaux, qui sont encore inédits.

Quant à la nature parasitaire de la pelade, elle est loin d'être acceptée par tous les dermatologistes (Hébra et les Allemands considèrent la pelade comme un trouble trophique du cuir chevelu). Les Français ont de la tendance à la faire rentrer dans le groupe des maladies parasitaires; ce qui laisse des doutes sur cette opinion, c'est la variété des champignons qui ont tour à tour été considérés comme pathogènes. Après le *Microsporon Audouini* longtemps accepté par Bazin, le microspore de Malassez a fait en 1874 une bruyante, mais courte apparition; le Suédois Nystrom, venu à Paris tout exprès pour le voir, ne tarda pas à prononcer son oraison funèbre, ce qui ne découragea ni Eickhorst (1879), ni Majocchi (1882), ni Pellizari (1884), de décrire différents autres champignons de la pelade. Thin incrimine le *Bacterium decalvans* en 1882, et ses recherches, confirmées tout récemment par Von Sehlen, de Munich, attendent encore la sanction du monde scientifique. Un sage éclectisme sur cette question est actuellement adopté par les médecins de Saint-Louis, qui pensent qu'à côté des pelades d'origine nerveuse, il y a une pelade d'origine parasitaire, dont la contagion lui paraît indéniable.

Un deuxième caractère commun aux diverses teignes, c'est d'être transmissibles de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme. Dès 1847, Jacquetant, de Lyon, avait remarqué le favus chez deux jeunes chats qui avaient l'habitude de jouer avec les enfants teigneux réunis à l'Antiquaille; en 1857, Draper, médecin de New-York, découvrit la teigne chez les souris et depuis cette époque les faits se sont multipliés, démontrant que beaucoup d'animaux et en particulier la souris, le rat, le chat et le chien sont susceptibles de contracter la teigne et que ce sont surtout les jeunes chats teigneux avec lesquels les enfants se plaisent à jouer, qui sont les agents de propagation de la maladie chez l'homme; de même le parasite de la trichophytie originaire du bœuf et du cheval, se transmet à l'homme sous forme d'herpès circiné, de trichophytie de la barbe, à l'enfant sous forme d'herpès tonsurant. Les contagions par le cheval sont de beaucoup les plus fréquentes; elles s'observent dans les régiments de cavalerie par le fait des jeunes chevaux de remonte venus de la Normandie et par la faute des cavaliers qui s'enroulent dans les couvertures de leurs chevaux. Il est moins nettement démontré que la pelade provienne des animaux; elle a cependant été observée chez le cheval, le perroquet (Mégnin) et le chat (Hillairet).

Un troisième caractère commun à toutes les teignes, c'est

de donner à la partie malade une coloration spéciale; la pelade donne au cuir chevelu la teinte de l'ivoire; elle mériterait, comme le dit M. Besnier, le nom de teigne blanche; le trichophyton, quand il atteint le cuir chevelu, fait naître des alopécies en îlots, des tonsures qui ont une apparence d'un gris foncé, tandis que le favus provoque pendant toute sa durée et laisse longtemps après guérison une teinte rouge de la peau, qui fait qu'un œil exercé le reconnaît à distance.

Un quatrième caractère, c'est que ces divers parasites peuvent provoquer par leur seule présence des éruptions cutanées multiples, variables suivant la susceptibilité de la peau du sujet; c'est ainsi que le trichophyton produit des éruptions capables d'égarer le diagnostic; le plus souvent ce sont des vésicules disposées en cercles, lesquelles s'agrandissent au fur et à mesure que la maladie vieillit; leur allure peut être grossièrement comparée à celle d'un serpent qui se déroule, c'est même de là que vient la dénomination d'herpès circiné, du mot grec herpès (serpent), appliquée à la trichophytie cutanée. D'autres fois le trichophyton ne produit sur la peau qu'une plaque d'érythème, c'est assez fréquent sur le dos de la main; mais on le voit aussi amener des croûtes d'impétigo, des pustules d'ecthyma, des vésicules d'herpès (herpès tonsurant). Quand il élit domicile dans la barbe des adultes, il provoque cette dermite profonde, capable de déformer la figure avec bosselures de la peau, bosselures en forme de figues; de là le nom de sycosis, du mot grec succon (figue); de même le favus qui se traduit d'une façon constante par ces godets jaunes caractéristiques, qui ne sont somme toute que des pustules desséchées et recroquevillées, amène quand il est mal soigné un eczéma généralisé du cuir chevelu, qu'il est impossible de différencier de l'eczéma vulgaire, sauf peut-être par l'odeur pénétrante de souris qui se dégage de la tête des teigneux.

Cinquièmement, toutes ces dermopathies parasitaires, du moins quand elles occupent le cuir chevelu, ont une durée fort longue; ainsi la pelade dure environ dix-huit mois quand elle n'est pas soignée et douze mois quand on la traite convenablement; la trichophytie du cuir chevelu dure de dix-huit mois à deux ans et la teigne offre à l'égard du traitement une résistance devenue proverbiale; on sait que livrée à elle-même, elle ne disparaît que faute d'aliments quand elle a fait tomber tous les cheveux, sauf un bandeau à la partie antérieure du cuir chevelu, en forme de diadème, qu'elle respecte souvent sans qu'on sache pourquoi.

La pelade même mal soignée ne laisse pas à sa suite une alopécie semblable, seulement les cheveux repoussent souvent sous forme d'îlots blancs; dans l'herpès tonsurant les cheveux repoussent de la façon la plus correcte, mais ils changent quelquefois de couleur; nous avons vu venir pendant six mois dans le service de M. Besnier une enfant de neuf ans, qui avait des cheveux drus comme une brosse et d'un noir superbe, dissimulés par une perruque blonde de cheveux lui ayant appartenu avant sa maladie.

Sixièmement, toutes ces teignes sont contagieuses d'homme à homme et d'enfant à enfant; la contagiosité de la pelade, bien que mise en doute, a été nettement observée en maintes circonstances, nous pourrions en rapporter un exemple probant. C'est pourquoi d'excellents esprits (Fournier, Laillier) considèrent comme un devoir d'interdire à un enfant atteint de pelade l'entrée d'un établissement d'instruction. Quant à la contagion de la teigne faveuse, elle s'observe plus rarement d'homme à homme, qu'on ne serait porté à le croire; elle est cependant indiscutable.

La trichophytie, au contraire, se communique d'un individu à l'autre avec une facilité déplorable; tantôt sous forme de teigne tondante, elle dévaste en quelques jours une école; tantôt sous forme d'herpès circiné ou de sycosis, elle prend par l'intermédiaire d'un barbier de village ou de régiment les proportions d'une petite épidémie. Aussi ne saurait-on qu'approuver les excellents conseils de M. Feulard sur la prophylaxie des teignes; il propose de modifier le règlement militaire qui exempte de tout service les adultes atteints de teigne; mieux vaudrait, pense-t-il, les incorporer et les guérir comme on le fait dans d'autres armées, en Autriche en particulier, au triple avantage de l'armée, du malade et de son entourage; ce serait en outre la meilleure façon d'empêcher les conscrits de rechercher la teigne ou de la cultiver précieusement quand ils l'ont.

A l'égard de la trichophytie, M. Feulard approuve la récente mesure prise par le ministre de la guerre relativement à la barbe du soldat; il souhaiterait en outre la création d'écoles de teigneux, pour les jeunes enfants de Paris que leur maladie a éloignés de l'école ordinaire.

Septièmement, enfin toutes les teignes sont justiciables du même traitement; cette affirmation semble de prime abord inexacte, si l'on songe à la multiplicité des moyens thérapeutiques préconisés contre chacune d'elles en particulier. Cependant en réfléchissant on parvient à se convaincre qu'en dernière analyse, le vrai traitement des teignes consiste dans l'avulsion du parasite. Si la maladie siège à l'épiderme (favus de la peau, herpès circiné), rien de plus facile que de la guérir, parce que par des moyens nombreux (savon mou de potasse, teinture d'iode, etc.) on obtient rapidement l'élimination des couches épidermiques mycosiques; si au contraire le parasite occupe les cheveux, la barbe, la durée de guérison dépendra de la facilité d'avulsion du cheveu malade, de leur plus ou moins grande fragilité, de l'étendue de la lésion, c'est-à-dire du nombre de cheveux à enlever. La calotte, procédé barbare qui a été si longtemps en honneur et qui d'ailleurs faisait journellement ses preuves, n'était pas autre chose qu'une épilation brutale; dans la manière d'opérer des frères Mahon, plus humaine et plus expéditive, l'épilation avec les doigts et l'extrême propreté constituaient le secret du procédé; ils eurent l'habileté de faire croire longtemps qu'ils devaient leur succès à leurs pommades et à leur poudre et celle d'avoir su obtenir le monopole quasi officiel du traitement de tous les teigneux de France à partir de 1810 jusqu'au jour où Bazin (1853) vulgarisa sa méthode d'épilation par la pince, laquelle dans son esprit n'avait pour but que de faciliter la pénétration de la substance parasiticide. C'est en cela qu'il se trompait; essayer de tuer le parasite, comme on détruit à la surface de la peau les parasites animaux, est une conception chimérique qui risque d'être dangereuse. Employer une substance parasiticide à dose suffisante pour tuer le parasite, c'est risquer de tuer du même coup la cellule dont il vit, c'est amener des lésions plus funestes dans leurs conséquences, que celles que produit le parasite lui-même; telle est l'opinion que nous avons bien souvent entendu émettre par M. Besnier et que M. Feulard développe et accepte dans son travail. En résumé le traitement de toutes les teignes consiste dans l'épilation, ou pour mieux dire dans l'avulsion du parasite. Le sycosis parasitaire ne peut guérir que par elle; dans la teigne tonsurante il faut enlever non seulement les cheveux malades et infiltrés, mais une zone de 1 centimètre de cheveux tout autour de chaque tonsure; pour la

pelade, on ne peut pas épiler l'ivoire, mais on doit épiler une petite zone voisine de la plaque péladique; enfin dans le favus il faut épiler largement et renouveler l'opération. Quant aux topiques irritants (vésicatoires, acide pyroligneux, crayon de croton, etc.), ils n'ont une action utile qu'en accélérant l'élimination des cheveux ou des cellules épidermiques, mais il faut éviter à tout prix leur action destructive; en tous cas, leur importance thérapeutique n'est que secondaire.

Tels sont à grands traits les caractères communs à toutes les teignes, mais elles n'ont pas toutes la même distribution géographique, ni la même importance au point de vue social, c'est ce qui nous reste à indiquer. Nous avons vu en Tunisie plus de 100 cas de teignes faveuses et exclusivement chez les enfants arabes; nous n'avons pas vu un seul cas de trichophytie, ni de pelade; M. Feulard insiste aussi sur la rareté de la trichophytie du cuir chevelu, en dehors des grandes villes; il y en a peut-être plus à Paris que dans vingt départements réunis.

Quant à leur importance au point de vue social, elle est minime pour la pelade, qui est rare, peu contagieuse et guérit presque toujours spontanément; elle est plus considérable pour la trichophytie, qui, lorsqu'elle atteint la tête des enfants, nécessite pour eux une perte de temps d'études prolongée; elle l'est encore plus pour le favus, qui respecte moins l'adulte, qui ne guérit spontanément que quand il a détruit tous les cheveux. M. Feulard a consacré un important chapitre de son travail à cette étude démographique du favus; ses recherches, qui font suite à celles de M. Bergeron pour les années 1857 à 1865, portent sur les exemptions du service militaire qui ont eu lieu dans chaque département depuis l'année 1873 jusqu'à 1885. Elles démontrent: 1° que tous les départements payent encore un tribut au favus, mais un tribut inégal variant de 10 (Seine) à 422 (Pas-de-Calais); 2° qu'il n'y a aucun rapport entre le nombre des teigneux et la densité de la population, ce qui démontre que le favus est une maladie des campagnes; 3° que les mêmes départements qui fournissaient il y a vingt ans le plus de teigneux, sont encore les plus éprouvés; mais hâtons-nous de le dire, ils le sont dans une proportion beaucoup moindre qu'autrefois. Ainsi l'Hérault qui figurait en tête de la liste de M. Bergeron avec le chiffre énorme de 20 teigneux pour 1000 examinés, n'a plus actuellement que 4 teigneux pour 1000 et partout la diminution est plus ou moins marquée; ce qui le prouve, c'est que la moyenne des teigneux a diminué des deux tiers. Le nombre moyen des teigneux de chaque classe était de 800 dans la statistique de M. Bergeron, elle n'est plus que de 300 d'après les consciencieuses et patientes recherches de M. Feulard. Il reste certainement beaucoup à faire pour arriver aux chiffres fournis par les statistiques autrichiennes et anglaises, pays dans lesquels la teigne faveuse est une rareté, mais nous sommes en bonne voie de progrès, et la teigne, qui rentre dans le large groupe des maladies évitables, pourrait passer dans un avenir prochain dans celui des maladies éteintes.

Nous ne voulons pas terminer cette revue sans appeler l'attention sur cette singulière prédilection de la teigne tonsurante pour les enfants; on sait qu'à partir de treize ans elle est rare, qu'elle est exceptionnelle à seize ans et qu'on ne la rencontre jamais après vingt et un ans. Les alopécies en plaques que l'on constate à partir de cet âge, appartiennent soit à la pelade classique, soit à la pelade à cheveux fragiles, et on recherche en vain le trichophyton dans ce cas; c'est sans aucun doute qu'à partir de l'âge adulte, le cuir chevelu n'offre plus un terrain favorable, tant il est vrai que même pour les maladies les plus nettement parasitaires, la question de terrain n'est pas quantité négligeable.

Burlureaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Contribution a l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 11 juin 1886, par M. Dieulafoy, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

(Troisième article.)

IV

Après avoir essayé de démontrer qu'on peut arriver, dans la très grande majorité des cas, à faire le diagnostic du brightisme, alors même que les malades n'ont encore eu ni œdèmes, ni albumine, recherchons maintenant si cette affirmation clinique n'aurait pas ailleurs un criterium.

Au premier abord, il semble qu'on puisse trouver ce criterium dans l'analyse des urines. En effet, étant donné que la plupart des accidents occasionnés par les néphrites sont imputables à la rétention dans le sang des produits excrémentitiels et toxiques qui ne passent plus qu'incomplètement à travers les reins malades, il suffirait de constater la diminution ou la disparition de ces produits toxiques dans les urines des individus affectés des symptômes précédemment énumérés, pour affirmer que ces individus sont bien des brightiques. Mais la difficulté commence quand il s'agit de savoir laquelle des substances toxiques doit être incriminée.

Pendant longtemps l'urée a joui d'une telle faveur, qu'on a supposé que la rétention de l'urée dans le sang était la cause sinon unique, du moins dominante, des grands accidents du brightisme, d'où la dénomination d'*urémiques* donnée à ces accidents. Or le mot *urémie* est un mauvais mot, car il consacre une erreur. Chez les brightiques, l'urée est bien, en effet, une des substances qui ne passent plus en quantité normale dans les urines, mais ce n'est pas l'urée qui est la cause des accidents si improprement nommés « urémiques », car l'urée est à peine toxique. Ce fait ressort des expériences de MM. Feltz et Ritter, des travaux de MM. Gréhant et Quinquaud, qui ont démontré que pour arriver à tuer des animaux par des injections d'urée chimiquement pure, il faut des quantités considérables d'urée; ce même fait ressort des recherches de M. Bouchard, qui a constaté que l'urée n'est capable ni d'abaisser la température, ni de produire le coma, et qu'elle n'entre à peine que pour un neuvième dans la toxicité des urines. C'est dire que le mot urémie devrait être complètement abandonné, mais il faudra beaucoup de temps pour que la vérité puisse prévaloir sur l'usage.

Les *sels de potasse* ont été regardés par MM. Feltz et Ritter, comme la partie essentiellement toxique de l'urine, et ces auteurs en ont si bien acquis la conviction dans leurs expériences nombreuses et variées, que l'intoxication produite par la rétention des principes toxiques de l'urine pourrait mériter, d'après eux, le nom de *potassiémie.* M. Bouchard, d'après ses expériences personnelles, a bien constaté en effet la toxicité des sels de potasse, mais il est loin de leur accorder la prédominance dans la toxicité générale des urines, et d'autres substances fort importantes méritent également d'être incriminées. La dénomination de potassiémie ne doit donc pas être plus conservée que la dénomination d'urémie ou d'ammoniémie.

Des expériences intéressantes ont été entreprises par MM. Lépine et Aubert sur la toxicité respective des matières organiques et salines de l'urine (1).

Les *matières colorantes*, ainsi que l'a vu M. Bouchard, jouent dans la toxicité des urines un rôle important; il accorde également un certain pouvoir toxique aux ptomaïnes.

Je ne peux pas suivre ici M. Bouchard dans les expériences si minutieuses qu'il a consacrées à ce sujet ; mais la conclusion à en tirer, c'est que l'intoxication produite par les urines, que l'intoxication soit produite par des injections d'urine chez l'animal, ou par la rétention des produits toxiques chez l'homme dont les reins sont malades, cette intoxication est due non pas à telle ou telle substance contenue dans l'urine, mais à l'ensemble de ces substances, qui sont, les unes, chimiquement et physiologiquement connues, les autres, encore peu connues et à l'étude.

C'est dire que jusqu'à nouvel ordre, et cliniquement parlant, aux dénominations vicieuses d'urémie, de potassiémie, etc..., il faut substituer la dénomination depuis longtemps proposée sagement par M. Jaccoud : « insuffisance de la dépuration urinaire »; et ainsi qu'il l'écrivait dès l'année 1867 dans ses *Cliniques de la Charité*, « chez le brightique, le sang devient urineux. » C'est bien là l'expression de la vérité (2).

Mais l'analyse des urines peut-elle du moins nous éclairer dans un cas de brightisme douteux, alors que ces urines ne contiennent pas d'albumine? La règle générale, c'est que la quantité de l'urée et des sels de potasse soit abaissée en proportion plus ou moins notable chez les malades qui sont en proie aux accidents qu'on appelait urémiques. Mais la concordance n'est pas toujours parfaite, il s'en faut; on voit assez fréquemment, chez les brightiques, les chiffres de l'urée s'abaisser assez notablement sans qu'il y ait pour cela aggravation des symptômes, et d'autre part, des accidents éclatant, le taux de l'urée se maintenir à un chiffre assez élevé.

La même remarque est applicable à l'albumine. La diminution ou la disparition de l'albumine dans des urines brightiques est habituellement un signe de bon augure, qui marche parallèlement avec l'amélioration du malade ; mais ici aussi la concordance est loin d'être parfaite, car on voit des brightiques dont l'état général s'améliore quoique l'albumine persiste en quantité sensiblement égale, et d'autre part on voit parfois éclater les grands accidents du brightisme à certaines périodes où l'albumine était plutôt en moindre quantité.

Or, si l'analyse des urines ne donne pas toujours des renseignements fidèles et concordants alors que les accidents brightiques sont nettement accusés, à plus forte raison ces renseignements sont-ils moins nets dans les cas indécis, et alors que le brightisme est encore à la période des petits accidents.

C'est le moment de se demander quel bénéfice on pourrait tirer de l'*expérimentation* dans la question qui nous occupe.

J'ai fait mention, il y a un instant, de l'important mémoire de MM. Feltz et Ritter (3), et des recherches de M. Bouchard, concernant la toxicité des urines.

Dans une série de leçons professées à la Faculté de médecine, dans différentes communications faite à l'Académie des sciences (4) et dans un ouvrage en voie de publication (5), M. Bouchard a fait connaître le résultat d'expériences longtemps et minutieusement poursuivies. Ces expériences ont pour but d'établir le coefficient de toxicité des urines normales et des urines pathologiques, tout en recherchant quelle part de toxicité relative revient à chacune des substances éliminées par les urines.

M. Bouchard a traité la question dans les plus grands détails. Le coefficient de toxicité des urines normales, l'*urotoxie*, ainsi que l'appelle M. Bouchard, a été étudié pour les urines de la veille et du sommeil, en tenant compte de l'alimentation, de l'état de repos ou de l'état de travail de l'individu, etc. J'ai été bien vivement intéressé par les *courbes* que M. Bouchard a eu l'extrême obligeance de me montrer et qui résument l'ensemble des expériences pour vingt-quatre heures.

En un mot, et pour nous limiter à la question qui nous intéresse actuellement, M. Bouchard a posé en principe que, si on recueille pendant vingt-quatre heures les urines d'un adulte bien portant, et si on injecte une partie de ces urines préalablement filtrées et neutralisées dans la veine d'un lapin, il faut en moyenne 50 grammes de ces urines pour tuer 1 kilogramme de lapin, c'est-à-dire qu'un lapin pesant 2 kilogrammes succombe quand on injecte dans son sang 100 grammes d'urine normale. Evidemment ce n'est là qu'une moyenne, les urines normales peuvent être un peu plus ou un peu moins toxiques; un lapin du poids de 2 kilogrammes peut succomber après l'injection de 70 à 80 grammes d'urine ; de même aussi, il ne peut succomber qu'après l'injection de 110 à 120 grammes, car il y a bien des conditions qui, même à l'état normal, font varier la toxicité des urines; mais en se plaçant dans de bonnes conditions expérimentales et en s'entourant des précautions voulues, on peut dire qu'un kilogramme de lapin est tué en moyenne par 50 grammes d'urine normale.

J'ai répété les expériences de M. Bouchard, et j'ai constaté, ainsi qu'il l'a observé et publié, qu'à mesure que la quantité des urines injectées augmente, l'animal est atteint de myosis, d'accélération des mouvements respiratoires, d'affaiblissement ou de disparition des réflexes oculaires, d'abaissement de la température, de raideur tétanique, de salivation, de quelques mouvements convulsifs, d'exophthalmie.

Moins les urines sont toxiques, et naturellement plus la quantité à injecter doit être grande pour arriver à tuer l'animal. On pouvait supposer, à priori, que les urines des brightiques sont peu toxiques, puisque chez eux, la dépuration urinaire est insuffisante, et qu'il en faudrait injecter une grande quantité pour arriver à tuer l'animal. C'est en effet ce qu'a constaté M. Bouchard; les urines des brightiques doivent être mises (à des degrés divers, et suivant certaines conditions) au nombre des urines peu toxiques ou très peu toxiques.

Je me suis donc proposé d'utiliser cette méthode remarquable et féconde, aussitôt que je me trouverais en face de malades supposés brightiques, *mais non albuminuriques*, afin de voir si l'examen clinique peut trouver son criterium dans l'expérimentation. Trois cas se sont présentés, et voici les résultats que j'ai obtenus :

OBS. 1. — Une femme âgée de quarante ans entre dans mon service, salle Chomel, n° 21. Cette femme se plaint de douleurs lombaires et de douleurs abdominales, qui paraissent être de nature musculaire. Elle raconte que ces douleurs ont été souvent accompagnées d'envies impérieuses d'uriner et d'une pesanteur dans les lombes. Les envies d'uriner ont été parfois si fréquentes, que la malade a eu jusqu'à dix ou douze mictions par jour. Cette pollakiurie a été accusée il y a deux ans ; à la même époque, la malade avait observé que ses urines étaient très abondantes, ses digestions étaient pénibles et parfois accompagnées de vomissements. A plusieurs reprises, depuis deux ans, elle a constaté que ses paupières étaient bouffies et plusieurs personnes lui ont fait la même remarque.

Depuis longtemps le phénomène du doigt mort a attiré son attention; ce phénomène était spontané ou provoqué quand elle était obligée de laver du linge ou de tremper ses mains dans l'eau. L'index, le médius et l'annulaire de la droite devenaient exsangues et insensibles.

(1) Congrès de Copenhague, août 1884 et *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 6 juillet 1885.

(2) Jaccoud, *Cliniques de la Charité*, 1867, p. 728. — *Traité de pathologie interne*, 1883, p. 177, *Insuffisance urinaire — Urémie*.

(3) *De l'urémie expérimentale* (*Revue médicale de l'Est*, 1882).

(4) 6 décembre 1884; 20 décembre 1884; 22 mars 1886; 29 mars 1886; 17 mai 1886.

(5) Voy. le mémoire de M. le docteur Giraudeau sur l'*Urémie* (*Arch. gén. de méd.*, 1886).

Les crampes aux jambes existent depuis trois ans : elles ont été parfois si douloureuses que la malade devait se lever la nuit. La cryesthésie est très marquée à la jambe droite, soit dans la journée, soit le soir en entrant au lit. Pour éviter ce froid douloureux, la malade entoure sa jambe dans un châle ou cherche à la réchauffer avec la jambe gauche ; « il lui semble alors poser sa jambe gauche sur du marbre ».

Rien à signaler à l'auscultation des poumons et du cœur.

Je fais le diagnostic probable de maladie de Bright et je demande l'examen des urines.

Examen des urines. — La malade rend en moyenne 1200 à 1400 grammes d'urines en vingt-quatre heures. Ses urines ne contiennent pas d'albumine, mais elles sont pauvres en urée et en sels de potasse. On y constate de nombreux leucocytes, qui expliquent des traces de matières albuminoïdes (1).

Désirant connaître le degré de toxicité de ces urines, je pratique la transfusion de l'urine de cette malade à un lapin. Dans toutes ces expériences, j'ai fait usage de mon transfuseur, qui envoie 10 grammes d'urine à chaque coup de piston.

Voici les résultats de l'expérience : La quantité des urines rendues en vingt-quatre heures par la malade est de 1450 grammes; le lapin pèse 2 kilogrammes. Après 80 grammes d'injection d'urine, l'animal est pris de quelques tremblements et de dyspnée. A 90 grammes, myosis. A 105 grammes, salivation, exophthalmie, convulsions. A 125 grammes, le réflexe oculaire est aboli. A 130 grammes, mouvements convulsifs des muscles masticateurs et du cou, respiration presque abolie. A 160 grammes, mort. La température rectale tombe de 38 à 36 degrés centigrades.

Cette expérience n'est qu'à moitié concluante : elle prouve que les urines de cette malade sont beaucoup moins toxiques que des urines normales, puisque l'animal, qui aurait dû être tué par 100 grammes d'urine normale, ne l'a été que par 160 grammes; mais la démonstration va être autrement évidente dans les deux observations suivantes :

Obs. II. — Le 8 mai 1886, je reçois dans mon service, salle Chomel, n° 9, une malade âgée de quarante-deux ans, qui vient à l'hôpital pour une *céphalée violente*.

Il y a quatre ans, sans cause appréciable, cette malade fut prise d'un gonflement des pieds et des jambes, et en huit jours, l'œdème fut à son maximum. A ce moment la malade avait également des maux de tête, des douleurs lombaires, des crampes très douloureuses aux jambes et des étouffements. La réunion de ces symptômes permettait de penser à un début de néphrite aiguë.

Après trois mois, ces différents symptômes s'amendèrent successivement et la malade dut reprendre son travail de femme de ménage, ne conservant que des maux de tête passagers. Cet état de santé relative dura deux ans. Vers cette époque, cette femme s'aperçut qu'elle n'entendait plus très bien, puis elle eut de nouveau de violentes céphalées, des douleurs lombaires et des accès d'essoufflement avec douleurs précordiales.

Les maux de tête et les crampes ont repris avec une nouvelle intensité depuis un mois, les jambes ont été enflées ; on note des sifflements d'oreille et des mouches volantes.

La malade se plaint d'éprouver depuis quelques semaines une grande sensibilité au froid, et, malgré la saison chaude du moment, elle a mis des bas de laine et a changé ses jupons de toile contre des jupons de laine ; cette cryesthésie est très accentuée le soir, au contact des draps.

Rien à l'auscultation des poumons, mais on constate un léger bruit de galop à l'auscultation du cœur.

En conséquence je fais le diagnostic de maladie de Bright. La maladie paraît avoir débuté il y a quatre ans, par une phase aiguë, la malade ayant successivement présenté de l'œdème, de la céphalée, des douleurs lombaires, des crampes dans les jambes, des étouffements, des troubles de l'ouïe, de la cryesthésie, et entrant à l'hôpital pour la violence de ses céphalées. Le diagnostic ne me paraissait pas devoir être mis en doute, et cependant les urines, plusieurs fois examinées, n'ont *jamais présenté trace d'albumine*.

La quantité des urines rendues en vingt-quatre heures était sensiblement normale, 1300 grammes lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, la densité était faible, l'urée et les sels de potasse étaient très inférieurs à la normale, mais *il n'existait pas d'albumine*, et pendant vingt-six jours consécutifs l'albumine n'a jamais été constatée (1).

On va voir d'après l'expérience suivante que ces urines avaient presque complètement perdu leur toxicité.

La quantité des urines rendues en vingt-quatre heures par la malade est de 1500 grammes. Le lapin pèse 2 kilogrammes. Je peux impunément transfuser 200 grammes d'urine, l'animal n'éprouve encore aucun accident, si ce n'est un peu de dyspnée. A ce moment nous observons du myosis, de la prostration, mais les réflexes palpébraux sont conservés. Nous arrivons à transfuser 260 grammes d'urine et nous arrêtons l'expérience. Après l'expérience l'animal est couché sur le ventre et ne peut soutenir sa tête. Mais après dix minutes se produisent de la diarrhée, des urines abondantes, l'animal remue la tête, fait quelques pas, et une demi-heure après il était rétabli. Ainsi un animal qui aurait dû succomber après une injection de 100 grammes d'urine normale a survécu à une injection de 260 grammes.

Je considère cette expérience comme concluante, et je pense qu'on ne peut mettre en doute le brightisme annoncé par l'examen clinique chez cette femme non albuminurique. L'observation suivante se présente dans les mêmes conditions.

Obs. III. — Cette malade, salle Chomel, n° 5, entre à l'hôpital, comme la précédente malade, pour une céphalée des plus intenses. Les maux de tête datent de plusieurs années, mais ils n'ont jamais été aussi violents que ces temps derniers. La malade a eu il y a deux ans une anasarque qui a duré quinze à vingt jours et après cette anasarque, des sueurs profuses, des accès de dyspnée et des sifflements d'oreilles.

Ces sueurs et la dyspnée ont reparu il y a trois mois. La malade se plaint également de crampes aux mollets, de démangeaisons, d'envies fréquentes d'uriner. Depuis six mois elle a une grande sensibilité au froid ; elle a les jambes et les genoux glacés, elle recherche le feu, les chaufferettes, les bas et les jupons de laine; cette cryesthésie persiste actuellement, et, lorsqu'elle est plus marquée, la malade est certaine de voir redoubler sa céphalalgie.

Le symptôme du doigt mort est très marqué; le médius et l'annulaire de la main droite sont fréquemment, au dire de la malade, « morts et blancs comme s'ils n'avaient plus de sang ». A l'auscultation on ne trouve rien aux poumons, mais au cœur on constate un bruit de galop.

Je fais le diagnostic de mal de Bright et je demande l'analyse des urines. Les urines *ne contiennent pas d'albumine*.

Je soumets la malade au régime lacté, et sous l'influence de ce régime les symptômes diminuent d'intensité ; la céphalée, si violente les premiers jours, a presque disparu maintenant. Sur la demande de la malade je rétablis le régime ordinaire, deux portions d'aliments, vin, etc. Les symptômes de brightisme reparaissent et la céphalée reprend avec toute son intensité, mais l'albumine fait toujours défaut.

Désirant connaître le degré de toxicité de ces urines, je fais deux expériences, dont voici le résultat :

Première expérience. — Quantité des urines rendues par la malade en vingt-quatre heures : 1550 grammes. Poids du lapin : 1995 grammes.

Après avoir injecté 97 grammes d'urine, j'ai dû arrêter l'expérience, faute d'urine, le vase ayant été renversé.

Mais, malgré la dose injectée, l'animal ne présentait aucun symptôme d'intoxication; il n'avait ni myosis ni affaiblissement des réflexes palpébraux ; la respiration était seulement un peu

(1) Analyse faite par M. Yvon et comprenant l'urine des vingt-quatre heures :

Quantité	1200 grammes
Densité	1013 —
Urée	9 —
Acide phosphorique	1gr,264
Chlorure de sodium	12gr,479
Chlorure de potassium	0gr,241
Albumine	0
Glycose	0

(1) Examen de l'urine du 11 mai (Rœské) :

Volume	1150 grammes
Densité	1015 —
Urée	10gr,151 par vingt-quatre heures
Sels de chaux et de magnésie	0gr,227 —
Chlorure de potassium	0gr,051 —
Albumine	0
Glycose	0

accélérée. Le lapin mis en liberté urine abondamment trois ou quatre fois, et un quart d'heure après il était complètement rétabli.

Deuxième expérience.— Je recommence l'expérience le lendemain avec un lapin pesant 2kg,210. Voici les résultats de l'expérience : après 100 grammes d'injection, dyspnée et accélération des mouvements respiratoires. Après 140 grammes, contracture convulsive des muscles de l'épaule et convulsions générales. Après 180 grammes, contracture plus forte et convulsions plus généralisées. Après 210 grammes, dyspnée intense. Après 250 grammes, contraction des pupilles, cris de l'animal. Après 260 grammes, grandes convulsions. Après 265 grammes, myosis, abolition du réflexe oculo-palpébral, exophthalmie très prononcée. Après 280 grammes, salivation.

La mort n'arrive qu'après 285 grammes.

La toxicité de ces urines est donc extrêmement faible, puisqu'une égale quantité d'eau aurait suffi, ou peu s'en faut, pour tuer l'animal. Il est intéressant de mettre en regard l'analyse des urines faite dans cette même période par M. Yvon. Quoique cette analyse décèle une diminution de plusieurs substances, elle ne pouvait, à elle seule, donner une idée de la faible toxicité de ces urines (1).

Cette observation me paraît concluante à tous les points de vue. Il s'agit d'une malade, qui, d'après les symptômes qu'elle a présentés, a été considérée comme brightique, quoique ses urines, tous les jours examinées, n'aient pas décelé trace d'albumine. Le diagnostic est confirmé par l'expérience, qui prouve que ses urines sont aussi peu toxiques que possible. Je dois ajouter enfin, comme confirmation complète du diagnostic, qu'une fois, mais une fois seulement, après l'alimentation qui a suivi le régime lacté, on a trouvé dans les urines 15 centigrammes d'albumine.

V

Après l'étude que je viens d'entreprendre sur les relations du brightisme et de l'albuminurie, jetons un coup d'œil d'ensemble sur cette maladie de Bright qui a subi tant de vicissitudes anatomo-pathologiques et cliniques. Il ne sera peut-être pas inutile de voir comment on peut, à l'heure actuelle, envisager cette grande question de pathologie.

Bright, avec son génie d'obervation, avait créé l'entité morbide à laquelle son nom doit rester attaché, entité morbide qui était basée sur l'existence de lésions rénales accompagnées d'œdèmes et d'urines coagulables. Les idées de Bright ont si bien prévalu, que pendant longtemps le diagnostic des néphrites a été basé sur ces deux grands symptômes : les œdèmes et l'albuminurie. La maladie a même été décrite sous le nom de « néphrite albumineuse », et, suivant la marche de son évolution, il y avait une néphrite albumineuse aiguë et une néphrite albumineuse chronique.

Certes les œdèmes et l'albuminurie font bien rarement défaut dans les néphrites aiguës, et, quoique sous la rubrique de néphrites aiguës il soit d'usage de décrire des états morbides quelque peu disparates, tels que la néphrite *à frigore*, la néphrite de la scarlatine, la néphrite puerpérale, etc., il n'en est pas moins vrai que dans ces néphrites aiguës, la précocité des œdèmes, la présence et parfois l'abondance de l'albumine dans l'urine, justifient la dénomination de néphrite albumineuse, état morbide qui provoque rarement ce que j'appelle les petits accidents du brightisme, et qui trop souvent au contraire détermine les grands accidents, les convulsions et le coma.

(1) Analyse des urines pour les vingt-quatre heures :

Quantité	1800 grammes
Densité	1009 —
Urée	13gr,95
Acide phosphorique	1gr,520
Chlorure de sodium	12gr,542
Chlorure de potassium	0gr,538
Albumine	0
Glycose	0

Leucocytes assez nombreux donnant quelques traces de matières albuminoïdes.

Mais, si la dénomination de néphrite albumineuse s'applique assez bien aux états aigus que je viens de signaler, elle s'applique assez mal, il faut en convenir, aux états chroniques, et surtout aux états qui sont d'emblée chroniques; aussi est-il d'usage de réserver la dénomination de maladie de Bright pour ces états chroniques, où les petits accidents précèdent généralement les grands accidents, où les œdèmes sont habituellement moins fréquents et moins généralisés que dans les néphrites aiguës et où l'albumine des urines est moins abondante, moins constante, à ce point même qu'elle peut disparaître pour un temps, et dans quelques cas exceptionnels, manquer complètement.

Seulement, on n'est pas absolument d'accord quand il s'agit de spécifier exactement à quelles formes de néphrites chroniques il faut réserver le nom de mal de Bright. Il ne s'agit que de s'entendre, car il n'y a pas de raison pour appliquer cette dénomination à une forme plutôt qu'à une autre. En effet, en conservant cette dénomination, on rend hommage au grand mérite de Bright, mais on n'a nullement l'idée de rappeler l'ancienne description, bien distancée par la description actuelle, celle qui s'applique précisément à ces formes chroniques et bâtardes des néphrites. La dénomination de maladie de Bright a un autre avantage, c'est qu'elle ne préjuge en rien de la nature des lésions, elle n'est donc pas exposée à se mal adapter aux découvertes de chaque jour.

Voici en quelques mots comment je comprendrais la question : est atteint de *brightisme* ou de *maladie de Bright*, tout individu qui a une lésion chronique des reins, cette lésion s'opposant plus ou moins à la dépuration urinaire. Je parle bien entendu d'une lésion attaquant la glande elle-même. Que la néphrite soit de nature scléreuse ou artério-scléreuse, que les épithéliums soient plus ou moins compromis, qu'il y ait dégénérescence amyloïde, que l'artério-sclérose ait porté son action dominante sur le rein, ou que l'artério-sclérose soit plus ou moins généralisée à d'autres organes, ce sont là des variétés qu'on *pourra peut-être classer un jour*, mais pour le moment je pense que les malades atteints de ces lésions, quelle qu'en soit la cause provocatrice : alcoolisme, syphilis, arthritisme, tuberculose, les malades atteints de ces lésions sont des brightiques, parce qu'ils sont sous le coup des petits accidents et des grands accidents qu'entraîne une dépuration urinaire insuffisante.

Ces différentes lésions du rein brightique peuvent débuter par une phase *aiguë*, car on voit parfaitement des néphrites aiguës passer graduellement à l'état subaigu et chronique; elles peuvent débuter, et c'est la règle, par une phase chronique d'emblée, entrecoupée à intervalles plus ou moins éloignés de poussées aiguës ; elles peuvent enfin évoluer lentement et chroniquement avec ou sans temps d'arrêt; mais, quelle que soit la marche de la maladie, quels que soient l'ordre et l'évolution de ses lésions et de ses symptômes, le malade est brightique, lorsque sa lésion rénale et la dépuration urinaire insuffisante l'exposent aux petits accidents et aux grands accidents que j'ai énumérés dans le cours de cette étude, et qu'il est inutile de rappeler ici.

Il ne faudrait pas cependant donner à l'insuffisance de la dépuration urinaire et à l'auto-intoxication qui en est la conséquence une place tellement prépondérante qu'elle fasse oublier les autres accidents. D'autres accidents sont en effet tributaires des néphrites ou *marchent parallèlement* avec elles, ces accidents sont occasionnés par des épanchements plus ou moins localisés, œdème du poumon, œdème du cerveau (1), épanchements de la plèvre, du péricarde, etc.; ils sont occasionnés par les lésions secondaires ou parallèles d'autres organes : artério-sclérose et hypertrophie du cœur, anévrysmes miliaires et hémorrhagie cérébrale, lésion du foie, etc.

Mais, la part faite à ces accidents que je ne peux pas

(1) Raymond, *Revue mensuelle*, 1886.

passer tous en revue, c'est à l'auto-intoxication que sont dus tant d'autres accidents si multiples et si terribles du brightisme.

Je me suis déjà expliqué sur la mauvaise appellation de ces accidents brightiques. Le mot urémie devrait être rayé, je le répète, du langage clinique, car il consacre une erreur; ainsi, au lieu de dire : convulsions urémiques, coma urémique, dyspnée urémique, on devrait dire : convulsions brightiques, coma brightique, dyspnée brightique, ce qui indique l'origine et la nature du mal sans préjuger trop hâtivement de son mécanisme.

Mais au milieu de tous ces accidents quel rôle joue l'albuminurie? Si la dénomination d'accidents urémiques est mauvaise, à plus forte raison l'appellation de dyspnée albuminurique, convulsions albuminuriques est-elle pire encore. Au lieu de dire : tel malade est un brightique, on se laisse aller, par habitude, à dire de lui : c'est un albuminurique; or j'ai assez insisté pour n'y pas revenir, sur ce fait, que bien des albuminuriques ne sont pas brightiques, et que quelques brightiques ne sont pas albuminuriques ou ne sont albuminuriques que par intermittence.

Non seulement les termes d'albuminuriques et de brightiques ne peuvent en rien être synonymes, mais l'albuminurie elle-même, au cours d'une maladie de Bright, ne donne que des renseignements bien incomplets sur la marche et sur le pronostic de la maladie. En effet, ce ne sont pas les brightiques qui ont les urines le plus albumineuses qui sont toujours à la veille des grands accidents, ce ne sont pas les brightiques qui ont les urines le plus albumineuses qui ont les urines le moins toxiques, je crois même pouvoir dire que la toxicité des urines est assez indépendante de la quantité d'albumine qu'elles contiennent. On a pu voir enfin, d'après les observations que j'ai citées, que l'albumine a parfois disparu des urines aux moments les plus graves, tandis que l'albuminurie a survécu aux symptômes du brightisme, comme chez le malade qu'on avait surnommé dans mon service le « porteur d'armoires ».

L'apparition ou la disparition de l'albumine à toutes les périodes du mal de Bright condamne la théorie de Mahomed, qui avait décrit une période préalbuminurique, comme si le mal de Bright devait débuter toujours par une phase où l'albumine fait défaut. Je suis bien d'avis qu'un certain nombre de brightiques ont déjà de l'insuffisance de la dépuration urinaire pendant des mois ou peut-être des années sans avoir encore de l'albuminurie; chez eux le mal peut marcher très lentement et ne se traduire que par quelques-uns de ces *petits accidents* du brightisme, qui étaient à peine connus il y a quelques années; mais dans d'autres cas, c'est une phase aiguë ou subaiguë qui ouvre la scène, et alors l'albuminurie initiale accompagne les premiers symptômes.

Cette absence d'albumine, soit au début, soit dans le cours de la maladie de Bright, me paraît porter quelque atteinte à la théorie laborieusement et consciencieusement édifiée par Semmola (1), théorie d'après laquelle les lésions du rein dans le mal de Bright seraient consécutives à une dystrophie caractérisée par une altération des albuminoïdes du sang, ces albuminoïdes ne pouvant être ni assimilés, ni brûlés, et étant éliminés comme une matière excrémentitielle étrangère à l'organisme.

(1) *Arch. de physiologie*, 1882 et 1885. Communication à l'Académie de médecine de Paris, 1883.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Nouvelles recherches sur les névrites périphériques observées chez les tabétiques vrais. Note de M. *Pierret*. — Après avoir rappelé ses leçons professées à la Faculté de médecine de Lyon en 1879, ses conférences de 1880, la note qu'il a communiquée à M. A. Robin, en 1880 également, pour sa thèse d'agrégation, ainsi que sa communication sur le même sujet au Congrès médical international de Londres du mois d'août 1881, et la note présentée par M. Déjerine à la Société de biologie en 1882, M. Pierret dit que, grâce à de nouvelles observations, il peut affirmer de nouveau la grande fréquence des névrites périphériques cutanées chez les tabétiques.

Il croit pouvoir soutenir, en outre : 1° que ces lésions ne sont pas absolument constantes; 2° qu'elles peuvent guérir même chez des tabétiques francs, atteints de sclérose postérieure spinale confirmée et sans complications. Il cite également un fait dont l'importante constatation lui permet de penser que les lésions des nerfs périphériques cutanés ne sont peut-être que la traduction, à distance, de l'irritation inflammatoire des zones sensitives ou autres, puisque celle-ci ne guérit jamais, tout en restant susceptible de rémissions plus ou moins longues. Il tire aussi de ce fait cette conclusion que les symptômes souvent si pénibles que l'on impute à la névrite périphérique sont accessibles à une thérapeutique raisonnée et dirigée spécialement contre cette dernière.

M. Pierret ajoute, en terminant, que l'existence de ces névrites périphériques coexistant avec une lésion centrale permet d'introduire dans la pathologie nerveuse la notion nouvelle d'inflammations chroniques, qui, sans cesser d'être systématiques, peuvent occuper des foyers espacés en différents points du système atteint sans que la lésion des conducteurs ou des connectifs intermédiaires soit absolument nécessaire.

De l'influence des nerfs sur la production de la lymphe. Note de M. *Serge Lewachew*. — Il résulte des nouvelles recherches de l'auteur, entreprises dans le laboratoire de M. Vulpian, que si, sous une influence nerveuse quelconque, il se produit une modification assez considérable dans la circulation du sang, cette modification détermine toujours des variations dans l'écoulement de la lymphe.

En agissant sur des nerfs vaso-moteurs différents (constricteurs et dilatateurs), on provoque, dans certains cas, des variations de la production lymphatique dans le même sens, quels que soient les nerfs excités. Par contre, en agissant sur certaines de ces fibres vaso-motrices à l'aide d'influences de différentes sortes, il se produit quelquefois des variations opposées dans l'écoulement de la lymphe. Ces variations, en réalité, ne sont en rapport direct qu'avec l'état de la circulation du sang dans le membre correspondant.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Duguet* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. *Vanlair* (de Liège) envoie un mémoire manuscrit sur *l'organisation du caoutchouc dans l'intérieur des tissus vivants.* (Commission : MM. *Maurice Perrin, Lannelongue* et *Trasbot*.)

M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

MM. les docteurs *Mosimann*, médecin militaire à Tunis, et *Tartière*, médecin

militaire à Lyon, envoient les relevés de leurs vaccinations et revaccinations en 1885 et en 1886.

MM. les docteurs *Darolles* (de Provins), *Durand* (de Marseillan) et *Constan*, médecin militaire, adressent des mémoires sur des épidémies.

M. le docteur *Senut*, médecin militaire à Bordeaux, envoie un travail sur *la glycosurie et le diabète sucré, leurs causes et leur traitement par les eaux de Vichy*.

M. le docteur *Coni* adresse un ouvrage intitulé : *Causes de la morbidité et de la mortalité de la première enfance à Buenos-Ayres*.

L'Académie reçoit un grand nombre d'ouvrages et de mémoires pour les concours de prix en 1886.

M. *le Président* dépose : 1° l'Exposé des titres scientifiques de M. le docteur *Delore* (de Lyon) à l'appui de sa candidature dans la deuxième division des correspondants nationaux ; 2° plusieurs mémoires et rapports de M. *Henri-Ch. Monod*, préfet du Finistère, sur des questions d'hygiène.

M. *de Quatrefages* offre : 1° la préface qu'il a rédigée pour l'ouvrage de M. *Cartailhac*, intitulée : *Les âges préhistoriques de l'Espagne et du Portugal;* 2° les *Discours* qu'il a prononcés aux obsèques de MM. Bouley et H. Milne-Edwards.

M. *de Villiers* présente des rapports de M. le docteur *Vidal* (d'Hyères, Var) sur *l'hygiène de l'enfance*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose : 1° des *Études de clinique médicale* de M. le docteur *Salomone-Masino* (de Palerme); 2° un mémoire de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro) sur *l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants*.

M. *Cornil* offre, au nom de M. le docteur *Raymond Durand-Fardel*, sa thèse inaugurale, intitulée : *Contribution à l'étude de la tuberculose du rein*.

M. *Siredey* dépose une Note manuscrite de M. le docteur *Tenioni* sur *une épidémie de fièvre typhoïde*.

M. *Gariel* présente un appareil, imaginé par M. *Dubois Raphaël*, afin d'obtenir des mélanges titrés d'air et de vapeurs de liquide volatil.

Élections. — Par 57 voix sur 64 votants, *Sir James Paget* est élu associé étranger.

Par 42 voix sur 54 votants, M. le docteur *Mahé* (à Constantinople) est élu correspondant national dans la division de médecine ; M. Grasset (de Montpellier) obtient 7 voix et M. Carlet, 5.

Rapports. — M. *Planchon* lit un certain nombre de rapports sur des demandes en autorisation pour des eaux minérales et M. *Bouchardat* donne lecture de plusieurs rapports sur des remèdes secrets et nouveaux.

Hystérectomie. — M. le docteur *Terrillon* communique l'observation d'un cas de tumeur fibro-kystique de l'utérus du poids de 46 livres, opérée par hystérectomie, puis traitement du pédicule par la méthode extra-péritonéale et suivie de guérison. Il s'agit d'une femme de quarante-six ans, mère de deux enfants, qui portait cette tumeur depuis sept ans. La tumeur augmentait rapidement. Circonférence abdominale, 120 centimètres; opération, mars 1886, à la Salpêtrière ; ablation d'un fibrome dur de 7 kilogrammes et d'un fibrome kystique à poches multiloculaires de 16 kilogrammes ; section des ligaments larges ; section de l'utérus au-dessous des culs-de-sac vaginaux ; pédicule du volume du poing, lié avec un caoutchouc. Le quinzième jour, chute du pédicule ; guérison le quarantième jour.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Endocardite infectieuse chez un tuberculeux mort de pneumonie : M. Barié. — De l'entraînement des déchets incomplètement oxydés. Une méthode nouvelle en thérapeutique : M. A. Robin. — Pneumonie lobaire à foyers successifs : M. Renault (Discussion : M. Rendu). — Un exemple curieux de tolérance pour l'opium : M. R. Moutard-Martin (Discussion : MM. Rendu, Desnos, Sevestre). — Production cornée du cuir chevelu (présentation de pièce anatomique) : M. Vidal.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Barié* communique les résultats de l'examen histologique des végétations endocardiques qui a été pratiqué par M. Cornil. Il n'existait aucun bacille de la tuberculose, mais des microbes de deux espèces : le pneumococcus lancéolé, et un microbe en chaînette qui paraît être le streptococcus de l'inflammation. Il est à regretter qu'on n'ait pas eu le criterium de la culture.

— M. *Comby* présente son Rapport sur le troisième exercice du dispensaire spécial pour les enfants, ouvert à la Villette par la Société philanthropique, et qui est dirigé par le professeur Lannelongue.

— M. *A. Robin* donne lecture d'un mémoire dans lequel il s'efforce de démontrer que nombre de médicaments dits antipyrétiques ne diminuent pas les oxydations intra-organiques et que, s'ils agissent sur la température, c'est en entraînant hors de l'organisme des extractifs peu solubles et toxiques. Il pose dès aujourd'hui un autre principe, c'est que, loin de chercher à entraver les oxydations dans les fièvres, la thérapeutique doit tendre au contraire à les activer par tous les moyens possibles, parce que, contrairement à l'opinion classique, les oxydations subissent dans les fièvres une remarquable diminution et que l'élévation de la température et la gravité des symptômes dépendent, pour une forte part, de la présence dans le sang et les tissus d'extractifs incomplètement oxydés qu'il y a tout intérêt à brûler pour hâter leur élimination. Pour combattre la gravité des symptômes typhiques, il faut s'efforcer de modérer les processus de désintégration, puis de solubiliser les résidus qui sont d'ordinaire peu solubles. M. A. Robin s'est plus particulièrement occupé, pour le moment, d'obtenir la solubilisation par combinaison. Les déchets, rendus plus solubles, sont éliminés en plus grande quantité par les urines, mais sans que cette proportion plus grande corresponde à une augmentation parallèle de la destruction organique : il ne s'agit que d'un départ plus rapide. Cette méthode amène l'abaissement de la température, non pas en diminuant les oxydations, mais en favorisant l'élimination de principes toxiques et pyrétiques encombrant le sang et les tissus. Parmi les médicaments capables de procurer un semblable résultat, on doit préférer l'acide benzoïque et les benzoates de soude, l'acide salicylique et le salicylate de soude. Ces acides benzoïque et salicylique, au lieu de s'oxygéner dans l'économie, s'y combinent avec des éléments azotés dont le glycocolle peut être considéré comme le type, et se convertissent en acides azotés plus solubles que l'extractif qui entre dans leur composition ; ils s'éliminent à l'état de composé quaternaire, acide hippurique et salicylurique. On pourrait également utiliser dans le même but un grand nombre de produits qui se transforment dans l'organisme en acide benzoïque et en acides aromatiques s'éliminant à leur tour en combinaison avec le glycocolle ; ce sont le toluène, le xylène, le cymène, l'éthyl, la propylbenzine, la benzylamine, la benzamide, l'acétophénone, etc.; les dérivés substitués de l'acide benzoïque qui se convertissent en dérivés substitués de l'acide hippurique ; enfin les acides toluique, anisique, cuminique, qui se transforment dans l'économie en acides tolurique, anisurique, cuminurique analogues à l'acide hippurique. Mais il faut choisir parmi ces principes ceux qui donnent les composés azotés les plus solubles, et en même temps ceux qui sont le moins nocifs pour les voies digestives. Or l'acide benzoïque et l'acide salicylique remplissent ces conditions. Donc la solubilisation par combinaison est une méthode thérapeutique s'appliquant à la fièvre typhoïde et à toutes les maladies typhoïdes en général. On peut en effet, au point de vue de la pathologie générale, rapprocher l'état typhoïde en lui-même de la rétention des déchets dans les tissus et subordonner celui-ci à celle-là, quelle que soit d'ailleurs la maladie protopathique que cet état typhoïde est venu compliquer. On doit aujourd'hui accorder à l'élimination des matières pyrétogènes une place des plus importantes dans l'action des antipyrétiques.

— M. *Renault* lit une note sur la *Pneumonie lobaire à foyers successifs*. (*Sera publiée.*)

M. *Rendu*. L'observation de M. Renault a été recueillie à l'époque où sévissait une épidémie grippale avec broncho-pneumonies fréquentes, à symptômes souvent peu nettement

accentués. Ne pourrait-on songer qu'il s'est agi d'une pneumonie à progression continue, dite serpigineuse ou érisypélateuse, et que l'apparence de succession dans la formation des foyers est due uniquement à ce que l'auscultation n'a pas permis de suivre pas à pas la propagation de la lésion? Il n'y a pas eu d'autopsie, et rien ne démontre que les foyers successivement constatés ont été séparés par des portions de tissu pulmonaire non atteintes. On sait, en effet, combien est souvent différente l'étendue d'un foyer pneumonique, constaté *de visu*, et la zone dans laquelle l'auscultation a fourni des signes pendant la vie.

M. *Renault* ne peut que rappeler l'existence clinique de zones au niveau desquelles l'auscultation ne révélait rien d'anormal, séparant les foyers successivement apparus. Il est évident que la discussion reste toujours possible en l'absence du contrôle nécroscopique.

— M. *R. Moutard-Martin* relate le fait d'un tuberculeux de son service, âgé de cinquante ans, auquel il a administré des doses progressivement croissantes d'extrait thébaïque, depuis 10 centigrammes jusqu'à 45 centigrammes, sans aucun phénomène d'intoxication par l'opium. Certes on est souvent arrivé à des doses bien plus élevées, mais, dans ce cas, le malade est monté en *cinq* jours de 20 à 45 centigrammes. C'est à peine si sa toux est calmée et s'il commence à dormir un peu la nuit.

M. *Rendu* pense qu'il faudrait voir si l'extrait thébaïque pris dans une bonne pharmacie ne produirait pas un tout autre effet.

M. *Desnos* fait remarquer que, d'ordinaire, les préparations opiacées fournies dans les hôpitaux sont de très bonne qualité. Ce fait est à rapprocher des doses énormes de morphine auxquelles arrivent certains morphinomanes.

M. *Sevestre* a vu un morphinomane qui absorbait chaque jour par la voie hypodermique 1gr,50 de morphine. Il l'a réduit progressivement jusqu'à 80 centigrammes, mais n'a pu descendre au-dessous de cette dose.

M. *R. Moutard-Martin* fera vérifier l'extrait thébaïque de l'hôpital Tenon. Les doses prescrites à son malade sont mises dans une potion que la surveillante administre elle-même par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

— M. *Vidal* présente, au nom de M. le docteur Dubrandy (d'Hyères), une corne du cuir chevelu ayant atteint des proportions considérables (voy. la séance de l'Académie de médecine dans le n° du 14 mai).

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

A propos des opérations qui se pratiquent sur le pharynx: M. Verneuil. — Ostéomyélite infectieuse chez les animaux : M. Terrier. — Diminution du calibre des artères au-dessous des gibbosités du mal de Pott : M. Lannelongue. — Continuation de la discussion sur le traitement des rétrécissements de l'uréthre : MM. Terrier et Le Dentu. — Extirpation d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus, rapport : M. Lucas-Championnière. — Fistule borgne interne de l'anus traitée par la rectotomie linéaire préalable, rapport : M. Périer. — Inversion utérine traitée par la ligature et la traction élastique, rapport : M. Périer. — Traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique : M. Reclus. — Phlegmon tuberculeux de la paroi abdominale, lecture : M. Le Bec.

M. *Verneuil*, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que chez le malade, dont il a communiqué l'observation dans la dernière séance, il n'a pas pratiqué un délabrement aussi considérable que M. Monod dans ses opérations, car il n'a pas réséqué, mais simplement sectionné le maxillaire inférieur; rien n'aurait été plus facile que de coudre la plaie après l'extirpation du néoplasme ; si cela n'a pas été fait, c'est que M. Verneuil voulait se ménager une porte ouverte au cas où la tumeur aurait récidivé.

— M. *Terrier* a fait des recherches dans les livres de médecine vétérinaire au sujet de l'ostéomyélite infectieuse des animaux, et il a pris à ce sujet des renseignements auprès d'hommes ayant une compétence spéciale. De ses informations il résulte que rien n'est moins prouvé que l'existence de cette maladie chez les animaux.

M. *Lannelongue* a causé également de ce sujet avec quelques vétérinaires et les renseignements qu'il a obtenus ne sont pas aussi négatifs que ceux qui ont été fournis à M. Terrier.

— M. *Lannelongue* montre différents dessins sur lesquels on voit une diminution très notable du calibre de l'aorte au-dessous des gibbosités du mal de Pott. Dans certains cas la lumière de l'artère par suite de sa déviation est réduite à une simple fente. Ces faits sont peu connus, car, malgré des recherches bibliographiques assez nombreuses, M. Lannelongue n'a trouvé cette disposition signalée que par deux auteurs. Ce silence de ceux qui ont le mieux étudié l'anatomie pathologique du mal de Pott, s'explique facilement, si l'on songe qu'on est dans l'habitude de ne considérer que la colonne vertébrale et qu'on enlève à cet effet les gros vaisseaux, en même temps que les viscères abdomino-thoraciques. Cette diminution de calibre de l'aorte entraîne forcément certains troubles de la circulation, qui doivent se partager la pathogénie des phénomènes, qu'on a jusqu'ici exclusivement rapportés à des lésions des nerfs et de la moelle.

— M. *Lucas-Championnière* rend compte d'une observation adressée à la Société par M. Le Bec. Il s'agit d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus enclavée dans le ligament large et enlevée avec succès par la laparotomie. M. le rapporteur adresse ses félicitations à l'auteur pour l'heureuse issue de son intervention, mais il se demande si la tumeur était bien réellement enchâssée dans le ligament large et si l'opération était bien indispensable. Outre que les corps fibreux de l'utérus disparaissent quelquefois spontanément, il n'est d'usage d'en faire l'extirpation que lorsqu'ils déterminent des accidents capables de compromettre la vie des malades.

— M. *Périer* fait un rapport sur une curieuse observation de fistule borgne interne chez une femme, opérée avec succès par M. Dubar (de Lille). Une femme de quarante-neuf ans éprouvait depuis quelques années des douleurs très vives en allant à la garde-robe et expulsait à chaque fois sa muqueuse rectale à travers l'anus. Un beau jour, en réduisant cette muqueuse avec ses doigts, elle constate l'existence d'une dépression en un point, au fond de laquelle se trouve un corps dur. C'est alors qu'elle vient consulter M. Dubar, qui reconnaît l'existence d'une fistule borgne interne conduisant dans une vaste cavité, contenant des concrétions calcaires. Cette femme portait des hémorrhoïdes, et des phlébolithes, s'étant développés dans leur intérieur, avaient provoqué l'inflammation du tissu cellulaire voisin. C'est là un point de pathogénie intéressant; ce qui ne l'est pas moins, c'est la thérapeutique mise en œuvre par M. Dubar. Il commença par pratiquer la rectotomie linéaire pour se donner du jour et bien mettre en évidence la paroi antérieure du rectum où siégeait la fistule ; de cette façon il put inciser et faire le curage de toute la cavité suppurante. Trois mois après, la malade était complètement guérie et elle avait recouvré les fonctions de ses sphincters.

M. *Verneuil*, qui a imaginé la rectotomie linéaire, est heureux de voir la nouvelle application qu'en a faite M. Dubar. Les indications de cette petite opération sont en effet

très nombreuses; dernièrement M. Verneuil l'a employée dans un cas de rétrécissement du rectum, afin de pouvoir faire sans danger des irrigations au-dessus du point rétréci. C'est là un des grands avantages de la rectotomie linéaire, fait observer M. Verneuil, d'assurer un libre écoulement aux matières solides et liquides contenues dans le rectum et de prévenir ainsi cette redoutable infiltration gazeuse du tissu cellulaire pelvien, si bien décrite par Bouilly. M. Verneuil mentionne encore la possibilité de fendre le rectum en arrière, afin de se donner du jour pour restaurer les fistules recto-vaginales élevées.

— M. *Terrier*, après avoir déclaré que l'uréthrotomie interne, lorsqu'elle est indiquée, a toutes ses préférences dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, lit une note sur les mesures antiseptiques, qu'il applique à cette opération. Il conserve tous les instruments dans des solutions phéniquées ou boriquées et les enduit de vaseline au bichlorure de mercure avant de les introduire dans les voies urinaires. Pour assurer l'antisepsie vésicale, il fait prendre au malade du borate de soude à l'intérieur. La grande solubilité de ce sel permet d'administrer des doses suffisantes pour qu'il apparaisse très rapidement dans les urines en quantité telle qu'il se forme des cristaux sur les parois du vase où elles déposent. Malgré cette grande quantité de borate de soude en solution dans l'urine, le liquide reste acide et toute fermentation ammoniacale est prévenue. M. Terrier n'a qu'à se louer de ce mode d'antisepsie vésicale.

M. *Le Dentu*, qui a ouvert la discussion sur la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre en rapportant les résultats que lui ont fournis la divulsion et l'uréthrotomie interne, lit une note qui résume ce qui a été dit à la Société de chirurgie à ce sujet depuis une vingtaine d'années. En 1864 et en 1865, à la suite des communications diverses, l'accord se fit à peu près au sein de la Société pour déclarer que le meilleur traitement des rétrécissements était la dilatation lente, et que l'uréthrotomie interne ou la divulsion pouvaient être employées indifféremment si la dilatation échouait. L'uréthrotomie interne est en effet une bonne opération et M. Le Dentu n'a pas eu l'intention de la condamner en rappelant les succès que lui a donnés la divulsion. Il l'a pratiquée aussi souvent que cette dernière et en a obtenu de très bons effets. Bien faite et faite à propos, l'uréthrotomie interne ne présente aucun danger. Pour la pratiquer, la majorité des chirurgiens, sauf M. Horteloup qui emploie un instrument de son invention, se servent de l'uréthrotome de Maisonneuve et en adoptent la lame moyenne. Les avis sont partagés sur l'opportunité de la sonde à demeure après la section de la stricture. On peut mettre une sonde à demeure d'un petit calibre, mais M. Le Dentu ne commence la dilatation que lorsque la cicatrisation du canal est effectuée. On a dit que l'uréthrotomie interne était une opération absolument bénigne, et que les cas de mort qu'on observe à sa suite résultaient de l'affection rénale dont le malade était en puissance. L'orateur ne saurait souscrire à cette manière de voir; dans ces cas malheureux l'uréthrotomie interne est bien la cause déterminante des accidents qui emportent les malades. Cela ne veut cependant pas dire que les affections rénales soient une contre-indication formelle à l'uréthrotomie. La divulsion donne les mêmes succès que l'uréthrotomie et ne présente pas plus de gravité; c'est la démonstration de ce fait que M. Le Dentu a eue en vue, lorsqu'il a fait sa première communication. Sur 26 cas de divulsion il a obtenu 21 succès définitifs, 3 guérisons incomplètes et 2 morts; à cette série il peut ajouter deux nouveaux cas heureux de divulsion.

M. *Lucas-Championnière* a employé la rectotomie linéaire pour cette dernière indication. Il a échoué il est vrai dans le traitement de la fistule recto-vaginale, qui était énorme, mais il a eu, grâce à l'incision du rectum, un jour considérable, qui lui a permis d'appliquer ses sutures avec la plus grande facilité.

— M. *Périer* fait un second rapport sur une observation de M. Poncet (de Lyon) : inversion utérine traitée par la ligature avec traction élastique. Il s'agit d'une malade, qui à la suite d'un troisième accouchement eut une inversion de l'utérus, bientôt accompagnée d'hémorrhagies graves et d'une anémie profonde. Le 13 janvier, M. Poncet appliqua la ligature et la traction élastique. La malade, bien que non anesthésiée, ne ressent que de très légères douleurs. Le 3 février, la tumeur se détache et la guérison est complète le 5 février. M. le rapporteur insiste sur l'absence de douleur éprouvée par la malade non anesthésiée; cela est en désaccord avec ce qu'ont dit MM. Guéniot et Tillaux relativement à la sensibilité comme moyen de diagnostic entre l'inversion et le fibrome.

M. *Tillaux* fait observer que dans le fait qu'il a rapporté à l'Académie de médecine, il n'a pas dit que la piqûre, le toucher de la muqueuse utérine étaient douloureux, mais seulement ressentis. Sur le fibrome insensibilité absolue, sur la muqueuse utérine perception de la piqûre et des attouchements, voilà les bases du diagnostic entre les deux affections en question. Le fait de M. Poncet vient à l'appui de l'opinion soutenue par M. Tillaux, puisqu'il est dit que la malade a souffert.

M. *Marc Sée* n'est pas disposé à accorder une grande confiance à ce signe, car rien n'est plus variable que la sensibilité de la muqueuse utérine suivant les individus.

M. *Guéniot* rappelle l'observation qui a servi de point de départ à son travail de 1868. Il s'agissait d'une femme du service de M. Richet, à la Pitié, opérée quelque temps auparavant d'un fibrome et chez laquelle apparut peu après dans le vagin une nouvelle tumeur. Le diagnostic était des plus difficiles, en raison des renseignements fournis par les examens répétés de la tumeur. C'est alors que M. Guéniot, ayant eu l'idée de piquer avec une longue épingle la tumeur et n'ayant ainsi provoqué aucune douleur pensa être en présence d'un fibrome. Il opéra et l'exactitude de son diagnostic fut ainsi vérifiée.

— M. *Reclus* fait une communication sur la cure de l'hydrocèle par l'incision antiseptique. Il a pratiqué cette opération 5 fois, et a eu 5 succès. Il n'a jamais eu d'accident et a obtenu la guérison en quinze à vingt jours; chez son dernier opéré même elle était complète le douzième jour. Il opère suivant les principe de Julliard, en y joignant l'anesthésie; il résèque la vaginale, la draine avec un faisceau de crins de Florence et suture avec les mêmes crins. Il donne tous ses soins au pansement et constipe le malade pendant quelques jours, afin d'assurer l'asepsie complète du champ opératoire. Après avoir rapporté les résultats de statistiques, portant sur un assez grand nombre de faits, résultats qui montrent l'innocuité de l'opération, la rapidité de la cure, l'absence des récidives, M. Reclus pose les indications de l'incision antiseptique de l'hydrocèle, qu'il est loin de considérer comme devant être préférée toujours et dans tous les cas à la ponction. L'incision de l'hydrocèle sera pratiquée : 1° dans les cas d'hydrocèles congénitales avec persistance du canal vagino-péritonéal ; 2° dans celles qui sont voisines d'un sac herniaire, susceptible de s'enflammer au contact de la réaction inflammatoire de la vaginale; 3° dans les vieilles hydrocèles avec pachyvaginalite; 4° dans les hydrocèles multiloculaires avec corps étrangers ; 5° enfin lorsqu'on n'a pas de diagnostic bien net sur la nature et la cause de la tumeur.

M. *Richelot* appuie ce que vient de dire M. Reclus. Il a pratiqué quatre fois l'incision de la vaginale, trois fois pour des hydrocèles et une fois pour une hydro-hématocèle, il a

eu quatre succès. Pour lui, l'incision est le traitement de choix lorsque l'hydrocèle est un peu ancienne et la vaginale épaissie. Le pansement de Lister ne vaut rien, à cause de la délicatesse de la peau du scrotum; c'est le pansement à l'iodoforme qui doit être employé de préférence.

M. *Tillaux* a fait une quantité considérable de ponctions d'hydrocèles pendant ses vingt-cinq années de pratique. Il n'a jamais eu d'accident et n'a eu que des récidives infiniment rares. Quant à la durée du traitement, il ne dépasse pas huit jours. Pour ces raisons, il est peu disposé à abandonner la ponction pour l'incision.

— M. *Le Bec* lit une observation de phlegmon tuberculeux de la paroi abdominale chez une femme.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Sur l'hyperthermie consécutive à la piqûre du cerveau : M. Ch. Richet. — Le microbe du chalazion : M. Vassaux. — Apoplexie de la rate chez un chien trépané : M. Grigorescu. — Nouvel appareil à anesthésier : M. Dubois.

M. *Ch. Richet* a poursuivi ses expériences sur l'hyperthermie consécutive aux piqûres du cerveau. Il s'est efforcé de déterminer à quelle profondeur il faut enfoncer l'aiguille pour obtenir cette élévation de température, et il a constaté qu'il suffit de piquer légèrement la surface du cerveau. En quelques heures, on voit survenir le maximum de température. Cependant, quand la piqûre a été profonde, l'élévation thermique dure plus longtemps, et persiste même pendant quinze jours et plus.

Sur les animaux ainsi opérés (lapins), M. Ch. Richet a constaté encore d'autres phénomènes qui témoignent, chez les animaux placés dans cette condition, d'une singulière faculté d'adaptation réflexe. Ainsi on observe des mouvements du pavillon de l'oreille en rapport avec le moindre bruit que l'on fait entendre dans l'axe de ce pavillon. L'animal cependant est absolument immobile, plongé dans la stupeur.

M. *Dupuy* demande si l'hyperthermie observée par M. Richet ne serait pas due à des phénomènes de vaso-dilatation.

M. *Ch. Richet* fait observer que de tels phénomènes n'ont probablement guère ou pas du tout d'influence sur cette élévation de température, comme le prouvent les expériences calorimétriques qui montrent qu'il y a chez les animaux ainsi opérés une augmentation réelle dans la production de chaleur.

— M. *Vassaux* a repris les recherches de M. Poncet et celles de M. Boucheron, qui croient avoir trouvé dans le pus du chalazion un microcoque spécial. Les expériences de M. Vassaux ont été faites à propos de cas observés dans le service de M. Panas, et, dans six examens, l'auteur n'a pas trouvé de microbes.

— M. *Grigorescu*, en poursuivant dans le laboratoire de M. P. Bert ses expériences sur la circulation de la rate, a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un chien qui avait été trépané dans un autre but, et qui avait été soumis à diverses causes d'excitation cérébrale. Or la rate présentait plusieurs foyers apoplectiques. M. Grigorescu explique ce fait par l'augmentation de pression sanguine et par les contractions de la rate consécutives aux excitations cérébrales.

— M. *R. Dubois* a apporté une modification importante à la machine à anesthésier qu'il a fait construire, et que la Société connaît, modification telle que l'ancien appareil, en comparaison du nouveau, est très imparfait.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 23 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos de l'ergotine : MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Blachez. — De la galazyme : M. Dujardin-Beaumetz. — De la narcéine : M. Campardon. — Dérivés de la caféine : M. Petit.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un ouvrage de deux médecins italiens sur l'action anti-hémorrhagique de l'ergotine.

M. *C. Paul* rappelle, à ce propos, le peu d'action de l'ergotine administrée par la voie gastrique, comparée à son efficacité lorsqu'on l'emploie en injections hypodermiques.

M. *Blachez* a réussi à surprendre des hémoptysies à répétition, durant depuis huit jours, en administrant, pendant trois jours consécutifs, une potion renfermant 3 grammes d'ergotine.

M. *C. Paul* fait remarquer que, bien souvent, une semblable médication intervient au moment même où l'hémoptysie est sur le point de se suspendre spontanément; on est conduit, en pareil cas, à attribuer à la thérapeutique mise en œuvre la cessation des accidents qui se serait produite d'elle-même. Il est un signe qui permet de pronostiquer, à peu près à coup sûr, la cessation spontanée d'une hémoptysie à répétitions: c'est la disparition du phénomène du pouls récurrent. Lorsque celui-ci ne se modifie pas, il faut s'attendre à voir l'hémoptysie se reproduire encore. On comprend l'importance de la constatation de ce signe pour pouvoir se prononcer avec certitude relativement à l'action de l'ergotine.

— M. *Dujardin-Beaumetz* communique à la Société son procédé de préparation pour obtenir une sorte de lait fermenté, dont le prix de revient est bien moindre que celui des autres boissons analogues déjà connues, le koumis et le kéfir. Il a donné à ce produit le nom de galazyme. Il rappelle que le kéfir est obtenu au moyen de la fermentation du lait, déterminée par un champignon, le *Dyspora caucasica*, contenu dans les grains de kéfir. Quant au koumis, provenant de la fermentation du lait de jument, il renferme de l'alcool et de l'acide carbonique. La galazyme s'obtient en faisant fermenter le lait à l'aide de la levure de grain; c'est une fermentation artificielle, car ce n'est pas seulement le sucre de lait qui fournit par son dédoublement l'alcool et l'acide carbonique, mais encore une certaine quantité de sucre ordinaire que l'on ajoute au lait soumis à la fermentation. Les proportions les plus avantageuses sont les suivantes: Levure haute de grain, 4 grammes; sucre, 10 grammes; le tout dissous dans une petite quantité d'eau que l'on ajoute à un litre de lait. On place le mélange dans des flacons bien bouchés et solidement ficelés, que l'on abandonne dans un endroit frais. Dans ces conditions, on obtient une proportion d'alcool identique à celle que renferment le koumis ou le kéfir, c'est-à-dire 1 pour 100 d'alcool pour le lait récemment fermenté et 2 pour 100 pour le lait que l'on a laissé plus longtemps en fermentation.

Dans la pratique, on obtient avec la galazyme des résultats tout semblables à ceux que fournissent les autres laits fermentés. On détermine parfois l'engraissement des malades; et, dans la plupart des cas, on arrive à procurer un soulagement notable dans les affections gastriques. Il est cependant un certain nombre de malades qui ne peuvent supporter cette médication. Chez les tuberculeux cachectiques, les effets produits sont variables, suivant que leur estomac tolère plus ou moins bien ce lait fermenté. Enfin, il n'est pas sans intérêt de savoir que la levure de grain est d'un prix très peu élevé : elle coûte 50 centimes les 125 grammes.

M. *C. Paul* fait remarquer que le koumis et les divers laits fermentés renferment, en somme, de l'eau en proportion notable, de l'alcool et de l'acide carbonique. Il se demande

s'il n'y aurait pas avantage à prescrire simplement aux malades des grogs composés d'eau de Seltz et d'alcool, aux doses convenables.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne partage pas cette manière de voir. La composition du lait transformée en galazyme n'est pas complètement modifiée par le fait de la fermentation du sucre; il reste toujours le beurre et toutes les autres substances contenues dans le lait; or il pourrait y avoir inconvénient à supprimer ces principes importants dans la boisson alimentaire administrée aux malades.

M. *Potier* pense que la levure de grain transformée peut avoir, sans doute, quelque action nuisible. Ne vaudrait-il pas mieux, par exemple, ajouter 50 grammes de vieille eau-de-vie, dont on serait sûr, dans 1 litre de lait? on aurait ainsi une boisson renfermant un alcool connu, au lieu de l'alcool de mauvaise qualité qui se produit par la fermentation du mélange.

M. *Dujardin-Beaumetz* insiste sur l'effet moral d'un médicament inconnu du malade; c'est là une raison de préférer ce lait qui pétille à l'eau de Seltz vulgaire, qui n'inspirerait pas au malade la même confiance.

M. *C. Paul* rappelle que, d'autre part, l'eau de Seltz du commerce est assez impure, et que, absorbée en quantité un peu notable, elle a souvent déterminé des gastralgies et des troubles des fonctions intestinales.

— M. *Campardon* lit une note sur les effets thérapeutiques de la narcéine. Cette substance, cristallisée en aiguilles, inodore, amère, se dissout mal dans l'éther, et mieux dans l'eau chaude que dans l'eau froide. Dans cette dernière on facilite la dissolution en ajoutant quelques gouttes d'acide chlorhydrique déterminant la formation d'un chlorhydrate. On obtient le sirop de narcéine en ajoutant à 200 grammes de sirop simple, 10 grammes de narcéine pure, 1 gramme d'alcool et 2 gouttes d'acide chlorhydrique. — Lorsqu'on a extrait de l'opium, par le procédé de Robertson, la morphine et la codéine, puis par l'ammoniaque la narcotine, la thébaïne et certains produits résineux; le résidu, repris par l'ammoniaque, donne, après évaporation, la narcéine, qu'on dissout dans l'alcool bouillant. Cette substance bleuit par la teinture d'iode. Les premières expériences faites avec la narcéine ont été entreprises par Cl. Bernard; puis Rabuteau a constaté qu'elle est, chez l'homme, moins soporifique que la morphine. M. Campardon, avec quatre granules contenant chacun 5 milligrammes de narcéine, a obtenu chez ses malades un sommeil plus profond et moins fatigant que celui de l'opium; on n'observe pas les cauchemars que détermine presque toujours le chloral. Chez les enfants, il suffit d'administrer 1 centigramme pour obtenir de bons effets. Chez les tuberculeux, à la troisième période, la narcéine ne donne pas de résultats bien appréciables.

M. *Petit* fait remarquer combien il existe de contradictions dans l'histoire thérapeutique de la narcéine: Bouchut a dit avoir donné sans résultat 75 centigrammes de narcéine à des enfants. Ces contradictions paraissent résulter de ce qu'il existe plusieurs sortes de narcéine: l'une se colore fortement en bleu par la teinture d'iode, une autre encore laisse apparaître dans la teinte bleue générale des points rouges, puis enfin une coloration rouge-brique uniforme. Cette dernière variété de narcéine est beaucoup plus soluble que les autres; c'est sans doute celle que Cl. Bernard a expérimentée et qu'il a reconnue être soluble à la dose de 1 gramme dans 28 centimètres cubes d'eau; or on sait aujourd'hui qu'il faut 700 à 750 grammes d'eau pour dissoudre 1 gramme de narcéine. Le produit employé par Cl. Bernard était peut-être un sel double de morphine et de codéine ou quelque autre mélange analogue.

M. *C. Paul* rappelle que Cl. Bernard a établi que la narcéine est plus somnifère et moins convulsivante que la morphine. Or on peut administrer jusqu'à 20 centigrammes de narcéine sans obtenir d'effet soporifique appréciable. On se rend aisément compte des causes de semblables divergences d'opium, en songeant aux difficultés de préparation de la narcéine; l'opium en renferme une très faible proportion, car il faut 5 kilogrammes d'opium pour obtenir 20 centigrammes de cette substance. D'autre part, la narcéine est d'un prix fort élevé, car il faut sacrifier les autres alcaloïdes au cours de sa préparation.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que la morphine possède des effets bien mieux connus, qu'elle coûte moins cher, et qu'elle peut être administrée à moindre dose. Aussi est-il d'avis qu'il faut s'en tenir à ce médicament pour obtenir l'effet soporifique de l'opium.

— M. *Petit* fait connaître le résultat de ses recherches sur les dérivés de la caféine, dérivés obtenus par la combinaison des divers radicaux de la série des alcools. Il a ainsi obtenu la méthoxycaféine, l'amyloxycaféine, et même la glycéricaféine. Le groupe méthyle conserve son pouvoir anesthésique bien connu: c'est, en effet, de ce groupe que dérive le chloroforme et on le retrouve dans le dédoublement de la cocaïne, sous l'influence de la chaleur. Chacune des combinaisons obtenues par l'union de ces radicaux à la caféine offre un degré de fusion de moins en moins élevé; ainsi, la caféine fond à 234 degrés; la méthoxycaféine à 177 degrés; l'amyloxycaféine à 130 degrés.

— En raison de la coïncidence de la date régulière de la prochaine séance avec la fête du 14 juillet, la Société décide que cette séance sera reportée au mercredi suivant 21 juillet. La dernière séance, avant les vacances annuelles, aura lieu le 28 juillet.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Du rétrécissement congénital de l'aorte descendante, par M. E. Barié. — Dans cet intéressant mémoire, M. Barié passe en revue les faits les plus remarquables de rétrécissement congénital de l'aorte descendante, et ajoute deux observations inédites aux quatre-vingt-dix déjà connues. Cette lésion présente un siège pour ainsi dire exclusif: c'est vers l'extrémité de la crosse, un peu au-dessous de la naissance de l'artère sous-clavière gauche et dans un point correspondant au niveau de l'abouchement du canal artériel. L'état de l'aorte et des vaisseaux qui en partent se trouve minutieusement décrit. Il en est de même des lésions consécutives du côté du cœur (hypertrophie avec dilatation des cavités, lésions valvulaires, etc.) et du système artériel (augmentation de calibre de l'aorte et des vaisseaux qui en partent en deçà du rétrécissement, circulation supplémentaire pour le thorax, l'abdomen et les membres inférieurs). Généralement d'autres anomalies congénitales accompagnent le rétrécissement de l'aorte.

Les symptômes de cette affection sont peu nets; quelquefois ce sont ceux d'une maladie du cœur; l'examen des vaisseaux peut mettre sur la voie du diagnostic. Quant à la pathogénie, il est probable que le rétrécissement est dû à l'oblitération prématurée du canal artériel, dont le retrait exerce une traction sur l'isthme de l'aorte, l'étrangle en quelque sorte et en empêche l'évolution physiologique. (*Revue de médecine*, 1886, nos 5 et 6.)

Relations entre les affections de la muqueuse nasale et l'asthme et guérison de celui-ci par voie opératoire, par M. Max. Bresgen. — Le coryza a de tout temps passé pour une affection sans gravité, purement désagréable; il y

a cependant une série de névroses réflexes qui peuvent accompagner la rhinite aiguë ou chronique, mais généralement la vraie nature de ces symptômes est méconnue; tels sont l'asthme, la migraine, la névralgie sus-orbitaire, etc.; souvent on réussit à guérir ces affections par l'intervention chirurgicale. Le plus souvent les inflammations de la muqueuse nasale débutent dans la partie supérieure du nez. C'est donc jusque-là qu'il faut détruire les corps caverneux gonflés dans les cas d'asthme purement nerveux, y compris l'asthme des foins, et dans ceux de névrose réflexe. L'opération se fait par le galvanocautère ou bien par l'acide chromique après insensibilisation au moyen de la cocaïne; une certaine expérience est nécessaire pour distinguer les cas où tel mode opératoire ou tel autre convient mieux, et aussi pour exécuter l'opération; autrement on est exposé à des mécomptes. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1886, n° 22.)

Traitement de la sciatique par le massage, par M. M. Schüller. — L'auteur rappelle le peu d'efficacité de l'électricité, des cautérisations, des bains, de l'élongation du nerf, des injections sous-cutanées d'acide phénique, etc., dans le traitement de la sciatique. Il accorde la préférence au massage et le pratique de la manière suivante : le malade étant couché sur le côté sain, la cuisse et la jambe légèrement fléchies, on pratique de bas en haut de fortes frictions le long des rameaux du sciatique, tantôt avec les deux pouces, tantôt avec les éminences thénar et hypothénar; puis on percute le trajet des nerfs avec le poing et on malaxe les muscles avec les doigts des deux mains. Ces pratiques sont douloureuses au début, mais la guérison s'obtient au bout de deux à trois semaines en général. Ce traitement a très bien réussi dans une quinzaine de cas. Il s'applique surtout aux cas de sciatique d'origine traumatique ou *à frigore*; il donne des résultats douteux dans les cas d'origine centrale ou dus à toute autre cause. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1886, n° 24.)

Moyen d'empêcher l'infection dans l'aspiration des membranes diphthéritiques de la trachée, par M. Garré. — La ouate étant le meilleur filtre pour arrêter les microbes, il suffit de mettre un petit tampon de ouate à l'orifice de la sonde qui sert à faire l'aspiration, et l'on sera ainsi sûr que les germes infectieux ne pénétreront pas dans la bouche de l'opérateur; le mieux est d'avoir préparé à l'avance une sonde prolongée par un tube en caoutchouc de sept centimètres environ, à l'extrémité duquel est adapté un tube de verre présentant un petit étranglement; on introduit le petit tampon de ouate protecteur derrière l'étranglement. Grâce à ces précautions, le médecin n'est plus exposé à s'infecter en pratiquant cette aspiration, indispensable dans bien des cas. (*Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte*, 1886, n° 11.)

Travaux à consulter.

Traitement de l'éclampsie puerpérale par la pilocarpine, par M. James Murphy. — L'auteur a expérimenté la pilocarpine dans six cas; dans tous l'emploi de ce médicament fit cesser les convulsions et disparaître l'albuminurie. (*The Lancet*, 29 mai 1886.)

Y a-t-il une relation entre la soi-disant albuminurie de l'adolescence et la goutte héréditaire, par M. Stewart Lockie. — Jusqu'à présent on n'a noté d'albuminurie transitoire que dans la dyspepsie goutteuse; l'auteur croit que l'albuminurie transitoire des adolescents est un signe d'hérédité goutteuse; il a trouvé la confirmation de cette idée dans quatre cas différents, mais n'ose encore formuler de règle générale. Quant à la cause immédiate de l'albuminurie dans ces cas, il faut la chercher peut-être dans une modification de la tension du sang dans les vaisseaux du rein. (*British med. Journal*, 5 juin 1886.)

Relations entre la poliomyélencéphalite et la maladie de Basedow, par M. E. Jendrassik. — L'auteur pense avoir démontré que la maladie de Basedow est due à une affection de la substance grise des centres nerveux, localisée aux noyaux qui correspondent aux organes atteints. L'hypertrophie de la glande thyroïde constituerait une hyperplasie du tissu conjonctif rétro-bulbaire, c'est-à-dire un processus analogue à celui qui caractérise la pseudohypertrophie musculaire. (*Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.*, Bd XVII, H. 2, 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Le microbe et la maladie, par M. Duclaux. Un vol. in-8° avec deux héliographies et figures dans le texte. — Paris, 1886. Masson.

Le nouveau livre de M. Duclaux, *le Microbe et la maladie*, est présenté par son auteur comme une seconde édition, sous un autre titre, de son livre *Ferments et maladies*. C'est de la modestie, car M. Duclaux, très au courant des nombreuses découvertes faites en microbiologie depuis 1882, découvertes dont il a sa part, surtout dans le domaine des recherches de chimie biologique, a pu écrire un deuxième livre véritablement nouveau sur un même sujet.

Ce livre est un petit traité d'étiologie générale : il part du rôle de la levure dans la fermentation alcoolique, traite des formes évolutives des mycodermes et des conditions physiques et chimiques du développement de ces formes, et expose les besoins alimentaires des ferments. Puis, étendant ces notions à une autre classe de ferments, les microbes pathogènes ou ferments morbides, il montre que les conditions de la vie de ces êtres ne sont pas différentes de celles des levures, et que l'état de maladie n'est qu'une lutte de l'organisme contre les microbes qui cherchent leur nourriture dans son sein, et l'intoxiquent par leurs produits de désassimilation. Dans cette lutte, comme le remarque judicieusement M. Duclaux, il suffit, pour qu'elle se décide à l'avantage du malade, de fournir quelques forces à celui-ci, ou d'affaiblir un peu son ennemi, et non, comme on l'a dit, d'essayer de tuer ce dernier, ainsi qu'on le ferait *in vitro*. D'ailleurs toutes les particularités et les apparentes contradictions dans la marche, l'expansion, la puissance contagieuse des maladies virulentes trouvent leur explication simple dans la connaissance de la biologie des microbes, et de l'influence qu'ils ressentent des multiples qualités physiques et chimiques de leurs milieux de culture.

Nous signalerons particulièrement aux lecteurs les pages intéressantes dans lesquelles l'auteur, traitant des conditions de l'immunité et de leur transmission héréditaire, montre comment il peut se former des groupes sociaux d'une nature spéciale, dans lesquels les maladies épidémiques ne frappent pas aveuglément, et comment aussi les maladies peuvent paraître s'éteindre.

Mais tout le livre est à lire, même par les microbiologistes au courant de tous les travaux originaux, car il est plein d'aperçus généraux très suggestifs. Il faut savoir gré à M. Duclaux, qui aurait facilement écrit un gros livre, d'avoir tenu, dans cette nouvelle édition, plus particulièrement destinée aux médecins, à ne mettre en lumière que des faits positifs écrits dans un style aussi concis que lumineux.

L'Année médicale (huitième année, 1885). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville.

S'il ne peut être considéré comme présentant un tableau complet des publications médicales parues durant l'année 1885, ce petit livre analyse et signale du moins la plupart de celles qui peuvent être considérées comme réalisant un progrès scientifique. Plusieurs des collaborateurs de M. Bourneville ont su donner à ces analyses un réel intérêt.

VARIÉTÉS

Agrégation de médecine. — Par arrêté du 18 juin 1886, sont nommés agrégés et attachés aux Facultés de médecine suivantes :

1° *Faculté de Bordeaux :* MM. Pousson, Denucé (chirurgie).

2° *Faculté de Lille :* M. de Lapersonne (chirurgie).

3° *Faculté de Lyon :* M. Augagneur (chirurgie).

4° *Faculté de Montpellier :* MM. Forgue, Truc (chirurgie); Gerbaud (accouchements).

5° *Faculté de Nancy :* MM. Vautrin (chirurgie); Rémy (accouchements).

6° *Faculté de Paris :* MM. Schwartz, Jalaguier, Brun (chirurgie); Maygrier (accouchements).

Internat en pharmacie. — Mardi dernier, à deux heures, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, la distribution solennelle des récompenses aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de la ville de Paris.

La cérémonie était présidée par M. Peyron, directeur, assisté des hauts fonctionnaires de l'administration.

Voici les noms des lauréats :

1re division : Internes de troisième et quatrième année. — Médaille d'or : M. Heret (Hôtel-Dieu). Médaille d'argent : M. Winter (Saint-Antoine). 1re mention honorable : M. Gosselin (Hôtel-Dieu). 2e mention honorable : M. Gérard (Trousseau).

2e division : Internes de première et deuxième années. — Prix, médaille d'argent : M. Cousin (Necker). Accessit des livres : M. André (Incurables). 1re mention honorable : M. Genevrier (Salpêtrière). 2e mention : M. Choary (Lariboisière).

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, M. Vautrin, médecin-major de 2e classe au 17e régiment de chasseurs à cheval, a été nommé professeur agrégé de médecine opératoire à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires. — M. Nimier, médecin du même grade à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a été nommé professeur agrégé d'anatomie et chef des travaux anatomiques à ladite Ecole.

Service de santé de la marine. — Par décret en date du 28 juin 1886, a été promu :

Au grade de médecin de 2e classe : M. Villette, médecin auxiliaire de 2e classe.

Accoucheurs des hôpitaux. — La dernière épreuve définitive du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux civils de Paris s'est terminée, mercredi 23 juin 1886, par la nomination de M. le docteur Auvard.

Hôpitaux civils de Grenoble. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hospices de Grenoble s'ouvrira le 12 juillet prochain.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 9 juillet). — *Ordre du jour :* M. Albert Robin : Sur les ruptures du cœur. — Influence du régime dans l'albuminurie. — M. Troisier : Disparition de l'ascite et arrêt probable du processus morbide dans un cas de cirrhose du foie. (Présentation de malade.)

Déclaration des maladies infectieuses par les parents en Autriche. Responsabilité des médecins. — En France, le parlement ne prend aucune mesure pour diminuer le nombre des maladies infectieuses qui, à Paris, par exemple, font 7 à 8000 victimes par an, et l'initiative des communes se heurte à des textes de lois surannées et mal rédigées. Nos voisins comprennent autrement le rôle de l'Etat dans les questions d'hygiène et de police sanitaire.

La Statthalterei (império-royale) de la Basse-Autriche vient de prendre un arrêté enjoignant aux parents de faire immédiatement au bureau de police de leur arrondissement la déclaration de tout cas de maladie infectieuse dont serait atteint un membre de leur famille Dans les maladies infectieuses sont compris : le choléra, le typhus, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la diphthérie, la dysenterie, la rougeole, la coqueluche, la varicelle, l'érysipèle et la fièvre puerpérale.

Un exemple montrera avec quelle rigueur cet arrêté est appliqué : Le père de deux enfants atteints de variole a été condamné à dix jours de prison, dont un jour de jeûne et un jour de cachot (Hartes Lager) pour avoir omis d'en faire la déclaration. Un médecin qui avait vu les enfants seulement avant l'apparition de de l'éruption a été accusé de négligence. Il fut acquitté sur ce motif que le service d'un médecin cesse du moment où il a reçu ses honoraires. (*Progrès médical.*)

La population a Paris. — M. le docteur Bertillon a résumé dans les termes suivants les résultats obtenus par le dernier recensement :

La population de Paris s'élevait le 30 mai à 2256080 habitants. En décembre 1881, elle s'élevait à 2239928. Au lieu de la diminution que prédisaient quelques personnes, nous constatons ainsi une augmentation qui dépasse 16000 habitants. L'augmentation est en réalité supérieure à ce chiffre, car il ne faut pas oublier que le recensement de 1881 s'était fait en décembre, époque où les déplacements sont moins fréquents qu'au printemps.

La population de Paris a donc augmenté depuis cinq ans, mais dans des proportions moindres que dans la période quinquennale qui précède.

L'augmentation a beaucoup varié selon les quartiers. On peut résumer le mouvement en disant que les arrondissements du centre ont diminué au profit des faubourgs.

Tous les arrondissements qui touchent aux fortifications ont augmenté; les autres — excepté le VIIe (Palais-Bourbon) et le VIIIe (Elysée) — ont diminué.

En étudiant les variations de la population parisienne quartier par quartier, on constate une autre règle un peu moins apparente que celle qui précède : c'est que les quartiers plus spécialement consacrés à l'industrie ont généralement une tendance à diminuer, tandis que ceux qui, soit parmi les quartiers riches, soit parmi les quartiers pauvres, n'ont pas ce caractère exclusivement industriel ont une tendance à augmenter.

Cette diminution de la population du centre de la ville, fait d'ailleurs remarquer M. Bertillon, correspondant à une augmentation dans les faubourgs, ne constitue pas un fait spécial à Paris; on l'observe depuis longtemps à Londres, où les puissants moyens de communication ont eu ce résultat de faire consacrer le centre de la ville aux affaires, la périphérie aux maisons d'habitation.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prat, ancien élève de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien collaborateur et ami de Gratiolet, chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'instruction publique; de M. le docteur Caussé, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse.

— On annonce aussi la mort de Mme Ribart, docteur en médecine, qui avait accompagné la mission Paul Bert au Tonkin, et qui avait pu pénétrer dans le palais de la reine-mère d'Annam et y rendre la vue à plusieurs personnes atteintes de cataracte. Mme Ribart a succombé à la dysenterie avant d'avoir pu répondre à l'appel de la reine et l'opérer elle-même. — On annonce aussi la mort de M. T.-R. Lewis, professeur à l'École de médecine navale de Netley; de MM. Hutchinson Bell, chirurgien de l'hôpital de Sydney; Richard Grattan et James Apjohn (de Dublin).

Mortalité a Paris (25e semaine, du 20 au 26 juin 1886). — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 6. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 23. — Diphthérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 44. — Phthisie pulmonaire, 191. — Autres tuberculoses, 35. — Autres affections générales, 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchite aiguë, 25 — Pneumonie, 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 23; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 81; de l'appareil circulatoire, 52; de l'appareil respiratoire, 60; de l'appareil digestif, 36; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 15. — Total : 929.

Avis. — Notre confrère le docteur A. Nicolas nous prie d'annoncer qu'il a cessé sa collaboration au journal *la Liberté*.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

5971. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

MM. les Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. Lereboullet, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Alcoolisme; Cataracte.

On trouvera plus loin les conclusions, soumises à l'approbation de l'Académie de médecine, par M. Rochard, au nom de la Commission dite de l'alcoolisme. Il n'est pas sans intérêt de les rapprocher de celles que l'Académie adopta le 2 août 1870 à la fin d'un débat resté célèbre, sur la question du vinage; ces conclusions, les voici : « 1° L'alcoolisation des vins faits, plus généralement connue sous le nom de vinage, lorsqu'elle est pratiquée méthodiquement avec des eaux-de-vie ou des trois-six de vin, et dans des limites telles que le titre alcoolique des vins de grande consommation ne dépasse pas 10 pour 100, est une opération qui n'expose à aucun danger la santé des consommateurs. L'Académie reconnaît que le vinage peut être pratiqué avec tout alcool de bonne qualité, quelle qu'en soit l'origine; toutefois, elle a tenu à marquer sa préférence pour les eaux-de-vie et les trois-six de vin, parce qu'elle pense que les vins ainsi alcoolisés se rapprochent davantage des vins naturels. 2° Quant à la suralcoolisation des vins communs qui, pour la vente au détail, sont ramenés par des coupages au titre de 9 à 10 pour 100, l'Académie reconnaît qu'elle peut donner lieu à de fâcheux abus, mais aucune preuve scientifique ne l'autorise à dire que les boissons ainsi préparées, bien que différant sensiblement des vins naturels, soient compromettantes pour la santé publique. » Lorsqu'on compare l'opinion exprimée, il y a seize ans, par l'Académie, dans les lignes qui précèdent, avec les propositions qui lui sont faites aujourd'hui par sa Commission, lorsqu'on rapproche surtout ces propositions des conclusions si remarquables que M. Bergeron avait données à son rapport, sur le vinage, on ne peut que reconnaître et déplorer tout le progrès qu'ont fait les falsifications ayant pour but d'augmenter la consommation de l'alcool en France. Il y a seize ans, l'Académie déclarait que le vinage, pratiqué sous certaines conditions, n'exposait à aucun danger la santé des consommateurs; aujourd'hui, elle va sans doute, approuvant l'opinion de sa Commission, reconnaître l'alcoolisation des vins comme nuisible dans tous les cas et proposer, puis accepter ces diverses mesures de transition, en quelque sorte, qui sont destinées à ne pas gêner outre mesure les intérêts commerciaux, c'est-à-dire l'abaissement à 12 degrés de la

FEUILLETON

Lettres médicales.

Un nouveau procédé de réclame. — Le Bureau central des hôpitaux. — Suppression de la pharmacie militaire. — Le laboratoire de bactériologie de la Faculté.

Je sais, cher confrère, combien vous êtes agacé du nombre croissant de prospectus et de réclames pharmaceutiques qui vous sont adressés chaque semaine. Le plus souvent, m'avez-vous dit, vous les jetez au panier sans vous arrêter à les lire. D'autres fois vous parcourez la liste interminable d'attestations ou d'approbations qui rappellent assez bien celles qui ont jadis assuré la fortune de la douce Revalescière. Parfois cependant vous devenez rêveur en voyant les noms les plus célèbres et même les plus honorés de notre profession figurer en tête de ces feuilles *volantes*. Vous vous arrêtez alors à lire le récit des expériences du professeur X..., du médecin des hôpitaux Y..., du physiologiste Z... Le boniment est habilement rédigé. Il n'y est question que de recherches consciencieuses et honnêtes. Bientôt vous voyez que ces noms célèbres ne sont que des trompe-l'œil et ont été imprimés sans l'assentiment des intéressés. Vous tournez la page et vous apprenez, en effet, que pour bien remplir les indications posées par le clinicien et pour obtenir les effets thérapeutiques signalés par le physiologiste, il convient de ne faire usage que du vin, des pilules et du sirop dont l'inventeur s'empresse d'offrir, à titre de spécimen, un échantillon à tous les médecins qui en feront la demande.

Eh bien, mon cher confrère, tout cela n'est rien. On a cherché; on a trouvé mieux pour vous séduire et vous tromper. Un industriel, qui s'est cru plus malin que ses confrères, vient d'inventer un truc plus ingénieux encore. Au moment de lancer une nouvelle spécialité, il s'est demandé comment il pourrait l'appuyer du nom d'un médecin connu par ses

limite pour l'établissement de la surtaxe, le maximum à 1 pour 100 des alcools destinés à la fabrication des liqueurs; tant il est vrai que les considérations économiques ne peuvent, quoi qu'en dise la première conclusion de la Commission, être distraites, en pareille matière, des intérêts sanitaires. Or, l'Académie, prenant part à l'enquête actuellement soulevée par le Sénat sur l'alcoolisme, peut et doit se maintenir aussi strictement que possible sur ce dernier terrain. On lui démontre de tous côtés que la fraude devient de plus en plus ingénieuse pour fabriquer plus ou moins de toutes pièces les vins et les alcools que la France produisait autrefois avec une supériorité et une pureté si appréciées de toutes parts et qu'il n'est plus possible de compter sur les qualités naturelles des vins et alcools livrés à la consommation; n'est-il donc pas dans son rôle de défenseur de la santé publique, de jeter tout d'abord un cri d'alarme et de proclamer bien haut, avec toute l'autorité qui lui appartient, qu'il y a là un grand danger public? Les vins et alcools consommés doivent être purs de toute falsification malsaine; c'est aux pouvoirs publics qu'il appartient ensuite de prendre toutes mesures en conséquence: monopole de l'alcool par l'Etat, surtaxes, élévation des droits nationaux et internationaux, etc., etc. Mais si l'Académie, au contraire, entre dans des considérations de détail, elle risque fort de ne pouvoir lutter encore une fois avec la sagacité des falsificateurs et de voir dénaturer, qu'on nous passe l'expression, ses bonnes intentions. Telle est l'opinion que l'Académie ne saurait trop soutenir, ce nous semble, et dont on peut retrouver la trace dans les appréciations que l'un de nos collaborateurs exprimait déjà il y a seize ans. Le problème a pris depuis une gravité de plus en plus grande; un mémoire publié samedi dernier par M. A. de Foville dans l'*Économiste français*, à propos de la consommation de l'alcool dans les départements industriels, et en particulier dans la Seine-Inférieure, montre qu'un très grand nombre d'ouvriers dans ce département absorbent journellement *plus d'un demi-litre* de ces mélanges toxiques que l'on baptise du nom d'eaux-de-vie et qui sont formés de ces poisons que la chimie sait aujourd'hui fournir à moins de frais même que le produit de la distillation des pommes de terre malades ou des maïs avariés. Il y a là pour la France présente et future une telle menace, un tel péril, ajoute avec raison M. de Foville, qu'il ne suffirait vraiment pas d'y avoir répondu par l'émancipation du cabaret. Or, on comptait en France, Paris non compris, 343 000 débitants de boissons en 1875; 355 000 en 1879; 368 000 en 1881, 387 000 en 1884 et la loi qui a abrogé le décret du 29 décembre 1851 est du 17 juillet 1880!

— M. Bouchard a présenté à l'Académie deux lapins sur lesquels, avec l'aide de M. Charrin, il a produit artificiellement des cataractes à la suite de l'administration de doses massives de naphtaline. Il y a là une indication dont pourront faire leur profit l'ophthalmologie et la pathologie expérimentale.

La réforme de l'Administration sanitaire en France.

La réforme de l'Administration sanitaire en France n'est pas une question nouvelle pour les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire;* elle leur a été exposée à plusieurs reprises dans le cours de ces dernières années. On nous permettra d'y revenir aujourd'hui, à l'occasion du récent dépôt, à la Chambre des députés, d'une proposition de loi concernant l'organisation de l'Administration de la santé publique, proposition présentée par MM. Jules Siegfried, Chamberland, Henry Liouville, Bourneville, Clémenceau, Jules Ferry, Waldeck-Rousseau, Blatin et quarante-deux autres députés, dont vingt-deux médecins, appartenant à tous les partis politiques de droite et de gauche. Une telle manifestation montre clairement les progrès que cette question a faits dans les milieux parlementaires et dans l'opinion publique; elle montre que les doléances des hygiénistes ont su enfin émouvoir les législateurs. D'autre part, le Conseil d'Etat examine en ce moment un projet analogue, quoique moins complet, qui lui a été soumis par le Gouvernement à l'instigation du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Notre pays est aujourd'hui celui, de toute l'Europe, dans lequel l'excédent des naissances sur les décès est le moins élevé et, si notre mortalité, quoique très grande, n'a cessé de diminuer, cela tient surtout à ce que notre faible natalité a, pour conséquence, une mortalité totale de 0-5 ans relativement faible par rapport aux autres nations. Néanmoins notre mortalité (23,8 pour 1000) est encore plus forte que celle de l'Angleterre, de la Belgique, des peuples du Nord à l'exception de la Russie et de la plupart des États de l'Allemagne. Notre population a une période de doublement bien plus longue que celle de tous les pays qui nous entourent, et, si notre excédent se maintient encore, cela est dû à

---

travaux de thérapeutique ou de clinique. Et voici ce qu'il a imaginé. Consultant les annuaires, il a trouvé un homonyme du médecin dont la notoriété lui semblait de bon aloi. Il s'est adressé à cet homonyme; celui-ci lui a répondu et l'article-réclame lancé à des milliers d'exemplaires a pu engager un certain nombre de médecins à faire usage d'un médicament si bien garanti par une approbation qui paraissait autorisée. C'est notre honorable confrère, M. le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, qui a été cette fois victime du procédé; aussi s'est-il empressé d'adresser aux journaux de médecine la lettre suivante, que je dois reproduire à mon tour:

« Un grand nombre de nos confrères ont reçu ces jours derniers une lettre signée *docteur Huchard*, recommandant une spécialité pharmaceutique contre la tuberculose, la bronchite chronique et l'asthme. J'ai à peine besoin de déclarer que je suis absolument étranger à la rédaction de cette lettre. Pour éviter toute confusion avec d'autres médecins qui portent mon nom, je signe tout ce que j'écris: *Henri Huchard.* »

Cette lettre de M. Huchard dégage sa responsabilité. Bien que tous ceux qui le connaissaient n'aient pu croire, en recevant le prospectus auquel elle fait allusion, qu'à une supercherie ou à une erreur, il n'était pas mauvais de protester une fois pour toutes contre des réclames aussi osées. Le joli de l'affaire c'est que le pharmacien qui s'est permis cette mauvaise plaisanterie a répondu aux justes réclamations de notre honorable confrère par une lettre qui est elle-même un modèle du genre. Il commence par déclarer qu'il n'a pas eu un seul instant l'idée d'usurper un nom digne de la haute considération dont est digne M. Henri Huchard — alors comprendra qui pourra la valeur du prospectus — puis il ajoute: « J'espère que ce petit incident vous fera connaître une préparation que vous ne connaissiez pas et vous engagera à l'essayer... » Suit une phrase que, pour ne pas faire de réclame à l'inventeur, il convient de traduire par la formule bien connue: « Le meilleur chocolat est le ... mien. »

l'immigration si nombreuse des étrangers sur notre territoire (27 pour 1000 en France contre 5 pour 1000 en Angleterre et 6 pour 1000 en Allemagne). En outre, notre mortalité par maladies transmissibles ne cesse de s'élever. Or c'est uniquement par leurs réformes dans la législation et surtout dans l'administration sanitaire que l'Allemagne, l'Angleterre, etc., sont parvenues à diminuer leur mortalité générale et surtout leur mortalité par affections transmissibles; il est urgent que nous imitions leur exemple pour le plus grand profit de notre nationalité. Tel est le but poursuivi par les auteurs de la proposition. Ils se sont inspirés, en grande partie, pour la rédiger, du projet de loi élaboré il y a bientôt deux ans par le Comité consultatif d'hygiène publique de France et ils lui ont donné son véritable caractère, en comprenant dans cette réforme tout l'ensemble de l'Administration sanitaire.

On sait en effet qu'en France les mesures d'hygiène sont d'ordinaire laissées à la discrétion d'autorités incompétentes, pour lesquelles elles ne forment qu'une faible partie de leurs attributions; bien rares sont les exemples de services sanitaires régulièrement et complètement organisés. Vienne une épidémie; on s'efforce tant bien que mal d'édicter des prescriptions qui se ressentent de la hâte et de l'affolement du moment; mais ce que l'on parvient moins aisément encore à obtenir, ce sont les mesures propres à prévenir le développement et la propagation des épidémies. Et cependant celles-ci ont, pour ainsi dire, des lieux d'élection; ce sont presque toujours dans les mêmes villes insalubres, dans les quartiers les plus malpropres qu'elles éclatent et accumulent leurs victimes. Il est, d'autre part, moins urgent de remanier les lois applicables à la prophylaxie que d'organiser les services chargés de la provoquer et de veiller à son exécution. Les pouvoirs conférés aux municipalités et au Gouvernement en matière d'hygiène et de salubrité sont suffisants dans la très grande majorité des cas, pour peu qu'ils soient mis à même d'en user. Mais qu'arrive-t-il le plus souvent? Les corps consultatifs organisés de divers côtés émettent des avis sans sanction et les agents auxquels sont confiées des attributions sanitaires ne peuvent s'en occuper avec toute l'attention suffisante. Nous n'en voulons, pour exemple, que le service de l'inspection médicale scolaire à Paris; les nombreux médecins affectés à ce service et qui reçoivent chacun une rémunération insignifiante, absorbent en totalité un crédit qui, affecté à quelques agents seulement, permettrait d'exiger une bien meilleure exécution du service. Aussi la proposition déposée à la Chambre des députés substitue-t-elle au nombre considérable d'agents qui, aujourd'hui, exercent chacun une faible partie des attributions sanitaires, un petit nombre de fonctionnaires, suffisamment rétribués pour s'adonner tout entiers à l'œuvre qui leur a été confiée. Cette fâcheuse situation a été en effet depuis longtemps signalée; en dehors de quelques services spéciaux, tels que la police sanitaire maritime, l'inspection du travail des femmes et des enfants employés dans l'industrie, aucun de nos services sanitaires n'est, d'ordinaire, rempli par des agents uniquement affectés à son fonctionnement, eu égard à la faible indemnité qui leur est allouée. Dans certains départements on a réussi, sans augmenter les dépenses budgétaires, à diminuer le nombre des agents, à rémunérer ceux-ci convenablement et à obtenir ainsi qu'ils soient exclusivement occupés par l'exercice de leur fonction. Il faut agir de même dans toute la France. Et, pour y parvenir, il suffit, comme le veut la proposition de M. Siegfried et de ses collègues, de réunir toutes les attributions sanitaires, actuellement disséminées de divers côtés, en une administration spécialisée et d'y instituer un service d'agents de la santé publique, centralisant les affaires sanitaires dans les limites de leurs circonscriptions et attributions respectives. Ces agents comprendraient: un ou plusieurs inspecteurs généraux auprès d'une direction autonome de l'administration de la santé publique, un inspecteur départemental auprès du préfet dans chaque département, un ou plusieurs sous-inspecteurs départementaux sous les ordres de l'inspecteur départemental.

En dehors de ces agents, les conseils et commissions d'hygiène publique et de salubrité continueraient à donner des avis sur toutes les affaires sanitaires, dans leurs circonscriptions respectives; mais leurs avis seraient obligatoires en certains cas nettement spécifiés; leur droit d'initiative serait légalement reconnu; ils posséderaient un budget spécial et jouiraient de certaines prérogatives nécessaires à leur autorité.

Quant à l'exécution des mesures d'hygiène et de salubrité, elle serait assurée par les dispositions suivantes: les délibérations du Conseil national, des Conseils et des Commissions de la santé publique, seraient immédiatement transmises à l'administration compétente, laquelle serait tenue de faire connaître, dans le plus bref délai, la suite qui leur aurait été donnée. Les décisions intervenues de la part de l'administration compétente seraient, sauf le cas d'urgence, notifiées dans

---

C'est égal; elle va bien depuis quelque temps, la réclame! Je me demande même si l'on ne pourrait pas, de temps à autre, faire poursuivre quelques-uns de ceux qui, n'ayant même pas la pudeur de se couvrir d'un nom honorable, n'hésitent pas à usurper les titres les plus respectés et à les afficher dans les endroits où l'on s'attendrait le moins à les trouver. Mais ce n'est pas, en passant, qu'il convient de traiter ces sujets. J'aurai l'occasion d'y revenir.

Je voudrais aujourd'hui, cher confrère, vous entretenir d'une question qui, soulevée par le *Progrès médical*, mérite, à Paris du moins, d'être envisagée sous toutes ses faces, sinon résolue. Il s'agit de la réforme du *Bureau central*. De l'avis presque unanime de nos confrères des hôpitaux, les instructions données par la circulaire du 30 décembre 1885 n'ont eu pour effet que d'encombrer les services hospitaliers sans remédier à l'inconvénient des longues traversées dans Paris, toujours imposées aux malades qui vont se présenter au parvis Notre-Dame. Quant à la création, à l'Hôtel-Dieu, d'un dispensaire central, elle n'a pu être réalisée et, je n'hésite pas à l'affirmer, elle ouvrirait la porte à d'innombrables abus. Que convient-il donc de faire aujourd'hui que, tous les chefs de service étant autorisés à recevoir directement les malades qui se présentent à leur consultation, l'organisation réglée par l'arrêté du 13 frimaire an X est reconnue mauvaise? Il faudrait, dit-on, supprimer le *Bureau central*. A ce point de vue, le *Progrès médical* est très net. « Sa disparition, dit-il, ne laissera pas plus de regrets aux malades qu'aux médecins. » Sans être aussi radical, nous reconnaîtrons volontiers que le Bureau d'admission aux hôpitaux n'a plus sa raison d'être depuis le 30 décembre 1885. Les médecins et chirurgiens du Bureau central pourraient donc être répartis entre les divers hôpitaux au lieu d'être astreints à se rendre chaque jour à l'Hôtel-Dieu. Mais une fois le Bureau central d'admission supprimé, que convient-il de faire? Le *Progrès médical* propose la création d'une douzaine de dispensaires répartis dans tous

un délai de huit jours aux personnes intéressées; celles-ci auraient alors un délai ne pouvant excéder un mois pour introduire un recours contre la décision, soit auprès de l'administration préfectorale, soit auprès du pouvoir judiciaire, suivant les dispositions des lois décrets, arrêtés ou règlements applicables dans l'espèce; ce recours serait suspensif, sauf le cas d'urgence. En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas de maladie transmissible ou d'épidémie, et lorsque les délibérations des Conseils et Commissions de la santé publique intéresseraient la salubrité immédiate d'une habitation, elles seraient immédiatement soumises à la ratification du maire de la commune dans laquelle ces décisions doivent être appliquées; elles seraient portées sans retard à la connaissance du préfet, et elles seraient immédiatement exécutoires, même en cas de recours. Enfin, en ce qui concerne le budget de la santé publique dans un département, comprenant les dépenses des Conseils et Commissions, il serait établi chaque année par le préfet, avec le concours du Conseil départemental de la santé publique; il serait soumis à l'approbation du ministre compétent; les dépenses qu'il comporte seraient supportées pour moitié par l'Etat et pour l'autre moitié par le département, à titre de dépenses obligatoires. De même, les traitements et allocations diverses accordées aux agents du service de l'inspection de la santé publique seraient à la charge de l'Etat et des départements, suivant une proportion déterminée annuellement par la loi de finances; la part incombant aux départements constituerait pour eux une dépense obligatoire.

Telles sont les grandes lignes de cette proposition de loi; elle présente pour la première fois au Parlement la réforme de notre administration sanitaire dans des conditions d'autorité et de compétence qui seront sans nul doute appréciées, en particulier, par les nombreux médecins qui se préoccupent depuis longtemps de faire bénéficier notre pays des avantages qu'ont si brillamment retirés de réformes analogues nombre de nations étrangères. Il ne sera pas trop de toutes les bonnes volontés pour en obtenir l'adoption par les Chambres législatives et le gouvernement.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Observation de pneumonie lobaire à foyers successifs. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 25 juin, par M. le docteur Alex. Renault, médecin du Bureau central.

Messieurs, permettez-moi de retenir un instant votre attention sur un fait clinique, qui m'a paru relatif à une forme de pneumonie, rarement observée encore, s'il faut en croire les auteurs. Je veux parler de la pneumonie à foyers successifs.

Grisolle, qui a écrit un travail si remarquable sur la phlegmasie du poumon, n'en parle pas.

D'après le professeur Lépine, dans son article Pneumonie du *Dictionnaire de médecine pratique*, les premiers faits de cette variété auraient été publiés par deux médecins allemands, Waldenburg et Weigand, en 1870-1871, dans la *Semaine médicale de Berlin*.

En 1872, nous trouvons dans la *Revue trimestrielle de Prague* une observation semblable, due à Fischl; en 1876, dans la *Gazette médicale chirurgicale de Pesth*, une quatrième, recueillie par Kelemen, dans le service du professeur Koranyi.

Hamburger, élève du professeur Küssmaul, a soutenu en 1879 à Strasbourg une thèse inaugurale dans laquelle se trouvent relatés encore plusieurs cas de pneumonie migratrice, car c'est ainsi que l'on désigne en Allemagne la pneumonie à foyers successifs.

Enfin, plus récemment, nous trouvions trois observations de Kuessner, dans la *Revue médicale allemande* de 1884, et une de Brieger, dans les *Annales de la Charité de Berlin*, en 1885.

Notre observation a été recueillie au mois de mars de cette année; la voici dans ses traits principaux:

Observation. — M. le docteur X..., à la suite de fatigues excessives, éprouve le 11 mars dernier un grand malaise et ressent des frissons répétés. Il fait appeler un de ses confrères qui l'examine et trouve les viscères intacts, notamment les poumons.

Cependant l'état continuant à s'aggraver, il me fait mander au bout de quelques jours, le 19 mars. Je constate un facies terreux, une dyspnée légère et un état fébrile moyen.

M. X... accuse une grande faiblesse et une anorexie complète.

Il me montre ses crachats, qui sont épais, visqueux, adhérents pour la plupart. Quelques-uns ont un aspect rouillé.

J'examine la poitrine et la percussion me révèle dans la partie moyenne du poumon droit une zone de submatité. A ce niveau, l'auscultation laisse percevoir de gros râles crépitants inspiratoires, qui prédominent surtout au-dessous de l'angle de l'omoplate et dans la ligne axillaire.

---

les grands hôpitaux de Paris. J'avoue comprendre, sur ce point spécial, les répugnances et les hésitations de l'administration de l'Assistance publique. Admettons que l'on ait trouvé un personnel suffisant pour organiser dans tous les hôpitaux, — même à Saint-Louis, au Midi et aux Enfants, — une série de consultations avec délivrance immédiate de médicaments. Voyez-vous d'ici, cher confrère, le défilé des malheureux qui viendront chaque matin demander du sirop d'iodure de fer, du vin de quinquina ou de l'huile de foie de morue! Et, dans les hôpitaux spéciaux, voyez-vous les malades atteints d'affections syphilitiques ou cutanées, sollicitant un traitement gratuit et obligatoire! Les fonds destinés à ce service spécial seraient bientôt épuisés et les médecins préposés à l'examen et au traitement de ces malades seraient vite débordés, d'autant plus vite qu'ils seraient plus célèbres, ou plus généreux. Il est déjà bien difficile d'assurer, dans des conditions relativement satisfaisantes, les consultations qui se font journellement dans les hôpitaux. Celles-ci deviendraient presque impossibles le jour où, grâce à la distribution des médicaments, le flot des malades, des infirmes et des simulateurs assiégerait chaque matin les dispensaires établis dans tous les hôpitaux. A mon humble avis, il convient donc de fortifier le système d'assistance à domicile fait par les médecins des Bureaux de bienfaisance; eux seuls sont en mesure de délivrer aux malades qu'ils connaissent personnellement les bons de médicaments dus aux indigents. Dans les hôpitaux il conviendrait, je crois, de maintenir aux médecins chefs de service le droit d'admission dans leurs salles aux malades dont l'état nécessiterait une admission d'urgence. En ce qui concerne les *chroniques*, ou les malades qui peuvent, sans inconvénient, être dirigés sur un autre hôpital, la consultation dirigée, dans l'après-midi, par les jeunes médecins du Bureau central, pourrait, suivant un état des lits vacants dressé par l'Assistance publique, après la visite des chefs de service, répartir ceux-ci dans les divers hôpitaux de la ville ou même, ce qui vaudrait mieux encore, les

Il n'y a pas trace de souffle et le reste de la poitrine est absolument intact.

Je diagnostique une pneumonie en voie de résolution et j'annonce à mon confrère qu'il entrera prochainement en convalescence.

A ma grande surprise, l'état ne se modifie nullement les jours qui suivent; la fièvre et les râles persistent et le 25 mars, je découvre un second foyer pneumonique au-dessous du premier, caractérisé par un mélange de râles crépitants et de souffle. Les crachats sont identiques, mais l'état général s'est aggravé.

Les choses restent en l'état jusqu'au 28. A cette date, constatation d'un troisième foyer, accusé par des râles crépitants sans souffle dans la partie moyenne du poumon opposé, c'est-à-dire à gauche.

Le 30, la scène morbide change de face; il y a eu pendant la nuit une transpiration profuse; le pouls est tombé à 68 degrés et la température à 35°,8.

Les crachats ont perdu leur caractère visqueux et sont devenus liquides.

De gros râles crépitants inspiratoires persistent dans les trois foyers pneumoniques.

Le 1er avril, les signes locaux ont presque disparu.

On n'entend plus que des râles discrets dans le foyer pneumonique primitif et à l'occasion de la toux seulement.

Le malade est entré franchement en convalescence.

J'ajouterai, en terminant, que l'affection pulmonaire a eu pour suite quatre anthrax, dont trois ont été énormes. Inutile de dire que l'état général s'était aggravé et avait inspiré à nouveau de vives inquiétudes.

Aujourd'hui M. X... est complètement rétabli et a repris ses occupations.

La question, Messieurs, qui nous intéresse ici est de savoir si je me suis réellement trouvé en présence d'une pneumonie fibrineuse à forme spéciale ou au contraire si je n'ai pas eu simplement affaire à une pneumonie catarrhale vulgaire, dont le processus clinique est aujourd'hui bien connu.

Je ne le pense pas, et, pour en établir les preuves, je me baserai sur la marche de la maladie et sur l'étude minutieuse des symptômes.

Inutile de m'attarder dans la discussion d'un diagnostic différentiel avec la congestion pulmonaire simple.

Les caractères particuliers de l'expectoration, la succession des foyers morbides, la longue durée de la maladie excluent tout rapprochement avec l'hypérémie du poumon.

Abordons donc la question bien autrement importante de la broncho-pneumonie ou pneumonie catarrhale.

Il est certain, d'après les renseignements recueillis, que le début de l'affection chez mon malade a été plutôt celui d'une broncho-pneumonie.

Il n'y a pas eu l'invasion soudaine de la pneumonie franche. Pas de frisson unique et solennel, mais des frissonnements répétés; pas de point de côté violent, mais une douleur diffuse; pas de vomissement. Au contraire, le début a été progressif et insidieux, comme dans la pneumonie catarrhale.

Mais je dois faire remarquer que le mal a éclaté chez un sujet surmené, épuisé et qu'il a procédé à la façon des maladies infectieuses. Qu'observe-t-on en effet habituellement à l'invasion d'une pneumonie infectieuse? Des frissonnements répétés, une fièvre atypique, un état général asthénique, fait sur lequel un auteur allemand, Leichtenstern, a particulièrement insisté.

Le mode de début n'exclut donc pas l'idée d'une pneumonie lobaire, fibrineuse.

Si maintenant nous passons à l'étude des symptômes et de la marche, nous trouvons des arguments puissants en faveur de cette hypothèse.

Je ferai remarquer d'abord que le diagnostic, porté par moi, lors de ma première visite, fut celui de pneumonie en voie de résolution. Qu'avais-je entendu en effet? De gros râles crépitants inspiratoires, analogues à ceux d'une pneumonie en voie de résolution et parfaitement circonscrits au tiers moyen du poumon droit. Nulle part dans la poitrine trace de bronchite; j'insiste sur ce dernier fait, qui a une importance considérable dans l'espèce.

Si les signes physiques ne méritent pas d'être pris en considération, attendu qu'ils ne diffèrent pas dans l'une et l'autre variété de pneumonie, les caractères de l'expectoration ont une incontestable valeur. Les crachats de la broncho-pneumonie sont analogues à ceux de la bronchite; tandis que dans notre observation, les mucosités étaient visqueuses, adhérentes, quelques-unes même, franchement rouillées.

Comment expliquer aussi autrement que par la pneumonie franche cette brusque défervescence, survenue le 30 mars?

Le pouls tombe en moins de vingt-quatre heures à 68 degrés et la température à 35°,8. Cet abaissement coïncide avec une transpiration nocturne abondante.

Dans la broncho-pneumonie, au contraire, la défervescence est progressive; pour me servir d'une expression consacrée, elle s'effectue par lysis. La convalescence est toujours plus ou moins longue; les signes d'auscultation persistent quelquefois plusieurs semaines, d'une façon quasi constante, au moins plusieurs jours, et, pour me servir d'une phrase empruntée à Rilliet et Barthez, la lutte entre la santé et la maladie se poursuit encore quelque temps.

Chez notre malade, au contraire, les signes physiques s'éteignent en vingt-quatre heures. A peine perçoit-on, au bout de ce temps, dans les efforts de la toux, quelques râles inspiratoires discrets. La convalescence est franchement établie, comme il arrive dans la pneumonie fibrineuse lobaire.

Je sais bien qu'il y a des cas dans lesquels le diagnostic entre la pneumonie lobaire et la broncho-pneumonie pseudolobaire est en quelque sorte impossible, tant l'analogie dans

---

évacuer sur les hôpitaux excentriques ou départementaux dont la création s'imposera un jour ou l'autre. Je m'empresse d'ailleurs de déclarer que je n'ai nullement la prétention d'esquisser ici un projet de réorganisation. Je n'ai voulu que montrer combien restait difficile à résoudre la question soulevée par le *Progrès médical* et affirmer la nécessité de bien séparer les fonctions des médecins des Bureaux de bienfaisance, qui peuvent être mis à la tête de dispensaires, et celles des médecins des hôpitaux, dont les charges sont déjà assez lourdes.

J'arrive, cher confrère, à un autre projet dont je préférerais ne point avoir à vous parler. Trop souvent, en effet, votre *Gazette* vous a porté des protestations attristées contre les arrêtés qui, peu à peu, ruinent deux institutions qui nous étaient chères : la médecine militaire et la médecine navale. J'aurais voulu ne plus vous entretenir de mes doléances à cet égard. Je ne puis cependant vous taire ce que j'éprouve en lisant au *Journal officiel* le nouveau projet relatif à la médecine militaire. « La principale modification apportée à l'organisation du service de santé consiste dans la suppression du corps spécial des pharmaciens militaires. » Je laisse de côté tout le reste. Cette phrase suffit. Elle restera... avec la suivante : ... « Les emplois de pharmacien peuvent être remplis par les médecins qui ont dirigé plus particulièrement leurs études vers les sciences physiques, chimiques et naturelles. » Le projet n'ajoute pas encore — cela viendra, n'en doutez pas : « Les emplois de médecin et de chirurgien peuvent être remplis par les pharmaciens qui ont du goût pour l'exercice de la médecine ou bien une habileté manuelle reconnue. » Ainsi donc les expertises chimiques et médico-légales, la préparation des médicaments composés, l'examen et l'analyse des matières premières qui servent à la pharmacie, par exemple du sulfate de quinine ou des alcools; la dégustation des aliments et des boissons; toutes ces mille et une questions qui, dans la pratique, nécessitent journellement l'intervention d'un pharmacien expérimenté

les symptômes est frappante, témoin l'observation de MM. Cadet de Gassicourt et Balzer, rapportée dans la *Gazette médicale* du 24 août 1878. Mais là encore, il s'agissait d'un enfant et non d'un adulte, et le poumon du côté opposé était atteint simultanément d'îlots de broncho-pneumonie.

Je me crois donc en droit de considérer, comme un cas de pneumonie lobaire à foyers successifs, le fait que j'ai eu l'honneur de vous rapporter, pour les trois raisons suivantes:

1° L'absence complète de bronchite en dehors des foyers pneumoniques ;

2° Les caractères absolument nets de l'expectoration ;

3° Enfin la brusquerie de la défervescence, qui ne saurait appartenir qu'à la pneumonie vraie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

ÉTUDES COMPARATIVES TOUCHANT L'INFLUENCE DES DEUX ORDRES DE NERFS VASO-MOTEURS SUR LA CIRCULATION DE LA LYMPHE, SUR LEUR MODE D'ACTION ET SUR LE MÉCANISME DE LA PRODUCTION LYMPHATIQUE. Note de M. *S. Lewachew*. — L'auteur communique, ainsi qu'il suit, le résultat des recherches qu'il poursuit dans le laboratoire de M. Vulpian. La section du nerf hypoglosse provoque ordinairement une augmentation considérable et l'irritation du bout périphérique une diminution de la production lymphatique. La section du lingual n'a pas d'effet constant; par contre, l'excitation électrique ou autre de ce nerf entraîne une accélération très accentuée du cours de la lymphe; cet effet se produit même encore après la section du nerf grand hypoglosse. Au contraire, si à l'aide d'une excitation électrique, dont on augmente peu à peu l'intensité et avec beaucoup de précaution jusqu'au maximum, on porte la production lymphatique au plus haut degré possible; pour le cas correspondant, la section du nerf hypoglosse reste sans effet. De même, si l'on compare l'action de l'excitation maxima du lingual avec l'effet de la section du nerf hypoglosse ou encore avec l'influence de la suppression de l'irritation arrivée au maximum d'intensité de ce nerf, on observe que dans le premier cas surviennent des variations de l'écoulement de lymphe plus grandes que dans les autres cas. Il résulte donc, de toutes ces expériences, que les vaso-dilatateurs exercent en général une influence plus intense que les vaso-constricteurs.

DES GRAINES DE BONDUC ET DE LEUR PRINCIPE ACTIF FÉBRIFUGE. Note de MM. *Ed. Heckel* et *F. Schlagdenhauffen*. — Les graines de *Bonduc* ou *Cuiquiers*, encore désignées sous les noms brésiliens de *Inimboy* et de *Silva do Prayo*, en portugais, et fournies par deux végétaux exotiques très voisins, appartenant aux légumineuses-césalpiniées, *Guilandina Bonducella* et *Cæsalpinia Bonduc*, sont en grand honneur dans les régions tropicales, en tant que fébrifuge. MM. Ed. Heckel et F. Schlagdenhauffen, qui ont étudié ces graines, ont trouvé que la partie médicamenteuse est constituée par des cotylédons huileux, formant 40 à 50 pour 100 du poids total dans l'une et dans l'autre graine, doués d'une amertume franche très accentuée et accompagnée d'un goût de légumine crue. Ce principe amer résume en lui les propriétés thérapeutiques de cette graine. Des essais cliniques faits par M. Isnard semblent mettre en évidence qu'à la dose de 10 à 20 centigrammes ce principe amer agit contre les fièvres intermittentes avec autant de sûreté que les sels de quinine.

SUR UN PROCÉDÉ DE DIVISION INDIRECTE DES CELLULES PAR TROIS DANS LES TUMEURS. Note de M. *V. Cornil*. — On sait que la divison des cellules épithéliales des épithéliomes par division indirecte ou kariokinèse est facile à voir lorsqu'on emploie la coloration des coupes par la safranine ou l'hématoxyline. Le plus souvent on observe les figures bien connues de la division par deux, mais l'auteur a pu, en outre, suivre dans deux tumeurs un mode de division par trois. L'une de ces tumeurs, enlevée par M. Verneuil, se rapportait à l'épithélium papillaire et siégeait dans le sinus maxillaire. La seconde, enlevée par M. Terrillon, était un épithéliome du sein. Dans ces deux tumeurs, les phénomènes de la division étaient identiques. Voici en quoi ils consistent:

Sur les coupes colorées à la safranine ou à l'hématoxyline, on voit un assez grand nombre de noyaux dans lesquels le filament chromatique, fortement coloré, présente la forme d'une étoile à branches rayonnantes, avec des grains de substance chromatique. Quelques-uns de ces noyaux atteignent une dimension colossale; d'autres offrent tout simplement une plaque équatoriale dont les filaments se diviseront et se sépareront ultérieurement. C'est là le début de la kariokinèse.

Le filament nucléaire coloré montre souvent, dans cette phase du début, une disposition trilobée. Quelquefois même, on peut rencontrer une étoile chromatique à quatre branches. La disposition trilobée du filament nucléaire chromatique est le premier stade de la division d'une cellule qui aboutira à la constitution de trois cellules nouvelles.

Dans les coupes des deux tumeurs, M. Cornil a constaté, en effet, la séparation complète du filament chromatique trilobé en trois plaques distinctes dans le même noyau.

---

et instruit, — et je ne parle pas de la comptabilité! — tout cela ne comptera plus. Les médecins de l'armée seront astreints comme les plus modestes des praticiens de campagne à savoir tenir une pharmacie. Et lorsqu'on ne trouvera pas un nombre suffisant de médecins « ayant dirigé plus particulièrement leurs études dans les sciences physiques, chimiques et naturelles », on chargera du service de la pharmacie dans un grand hôpital celui dont la tête aura déplu au médecin en chef! Non, vrai, mon cher confrère, j'ai tort de vous parler de tout cela! Si je ne m'arrêtais, je vous conterais — le fait est vrai — qu'il y a cinq mois c'est un pharmacien qui, en Algérie, a été chargé comme « *aide-major* » d'accompagner une colonne et d'y assurer « *le service médical* », et je n'aurais pas de peine à vous prouver que mon hypothèse de tout à l'heure est bien près de se réaliser. J'aime mieux me taire. L'avenir prouvera de quel côté se sont trouvées la clairvoyance et la juste appréciation des intérêts et des besoins du corps de santé militaire!

Parlons donc, si vous le voulez bien, pour terminer cette lettre, d'un sujet plus consolant.

S'il est une création qui fasse honneur à la Faculté de médecine de Paris, c'est assurément celle du laboratoire de bactériologie qui vient d'être institué auprès de la chaire d'anatomie pathologique. Ce n'est pas seulement l'organisation de ce nouveau laboratoire qu'il faut louer, mais aussi et surtout le but qu'il doit remplir et les moyens employés pour le rendre accessible aux élèves. Il s'agit, en effet, d'un laboratoire dans lequel les élèves subviennent eux-mêmes, suivant une certaine part, aux dépenses de l'enseignement spécial qui leur y est conféré; c'est là, croyons-nous, le premier exemple, donné en France dans une Ecole de l'État, de l'application, quoique bien modeste encore, de cet excellent principe auquel certaines Universités étrangères doivent une grande part de leur influence, à savoir la rémunération de l'enseignement par les élèves qui le suivent. Ici on n'a encore mis à leur charge que les dépenses matérielles qui leur sont

Ces trois plaques chromatiques sont tout à fait séparées les unes des autres, bien qu'elles possèdent encore à leur surface quelques fragments de filaments grêles et courts, qui sont libres à leur extrémité. Tel est le second stade de la division par trois que l'auteur a observé un assez grand nombre de fois sur ses coupes. Ce stade se termine par la division complète du noyau et de la cellule en trois cellules nouvelles.

Les cellules dont le noyau est en division, ou dont le noyau s'est divisé par kariokinèse, peuvent ne pas se diviser elles-mêmes. On a alors une cellule qui présente en dernière analyse trois noyaux à l'état statique, ou même un plus grand nombre. Il peut y avoir, en effet, dans ces tumeurs épithéliales, des cellules à noyaux très nombreux.

Lorsque ces cellules subissent une dégénérescence, on voit dans leur intérieur des gouttes sphériques, dont la périphérie, souvent interrompue et dure, fixe fortement la safranine.

Lorsqu'une cellule entre en kariokinèse, elle est souvent très volumineuse, et elle devient alors sphérique. Cette boule sphérique, entourée de cellules polyédriques, confirme ces dernières, qui s'aplatissent autour d'elle, de façon à simuler l'arrangement qu'on observe dans les globes épidermiques. M. Cornil ajoute que, dans les deux tumeurs en question, il n'y avait pas de globes épidermiques formés de cellules contenant de l'éléidine.

Les cellules qui offrent les divers stades de la division par deux sont ovoïdes, tandis que celles qu'il décrit dans la division par trois sont sphériques.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

Mme Ve *Finqueneisel* et M. le docteur *Aron*, médecin-major de 1re classe, envoient les relevés des vaccinations qu'ils ont pratiquées en 1885-1886.

M. le docteur *Bories*, ancien médecin militaire, adresse une *Note* manuscrite sur *une épidémie d'ictère simple.*

M. *Gautrelet*, chimiste, envoie, au nom de M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) et au sien, un mémoire sur *l'action de l'air et des eaux de Vichy.*

M. *Besnier* présente un ouvrage de M. le docteur *Weber* sur *la climatothérapie.*

Commissons des prix pour 1886. — L'Académie compose les Commissions des prix pour 1886 de la façon suivante :

Prix de l'Académie. — MM. Trélat, Legouest et Léon Le Fort.

Prix Amussat. — MM. le baron Larrey, Verneuil et Lannelongue.

Prix Barbier. — MM. Goubaux, Sée (Marc) et Villemin.

Prix Buignet. — MM. Gavarret, Bouchardat et Gariel.

Prix Capuron. — MM. Hervieux, Guéniot et Charpentier.

Prix Civrieux. — MM. Ball, Bucquoy et Siredey.

Prix Desportes. — MM. Féréol, Hayem et C. Paul.

Prix Godard. — MM. Charcot, Bourdon et Peter.

Prix Herpin. — MM. Ricord, Cornil et Trasbot.

Prix Huguier. — MM. Gosselin, Cusco et Tarnier.

Prix Laval. — MM. Vulpian, Sée (Germain) et Panas.

Prix Louis. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Lagneau.

Prix Monbine. — MM. Bergeron, Gallard et Besnier.

Prix Portal. — MM. Laboulbène, Hérard et Vallin.

Prix Saint-Paul.— MM. Empis, Labbé et Collin (Léon).

Prix Stanski. — MM. Luys, Polaillon et Leblane.

Prix Vernois. — MM. Roussel, Brouardel et Proust.

Cataracte expérimentale. — M. le professeur *Ch. Bouchard,* en son nom et au nom de M. le docteur *Charrin,* présente deux animaux chez lesquels il a provoqué la production de la cataracte par l'usage interne de la naphtaline. Cinq animaux ont déjà présenté une semblable cataracte de trois à vingt jours après l'administration de doses quotidiennes de 1gr,20 à 1gr,60 de naphtaline par kilogramme d'animal. Ce sont des doses seize fois supérieures aux doses adoptées pour l'administration de la naphtaline chez l'homme.

Legs. — M. le docteur *Bourceret,* décédé dans le courant du mois de mars 1886, lègue à l'Académie un capital dont le revenu annuel est destiné à la fondation d'un prix de 5000 francs qui devra être décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail sur la circulation du sang.

Filaire de Médine. — M. *Léon Le Fort* communique l'observation d'un cas de dragonneau qu'il a l'occasion d'observer en ce moment à Paris ; il présente un long fragment de filaire de Médine qu'il a retiré d'un abcès sous-cutané chez ce malade ; celui-ci porte au niveau du mollet une autre petite tumeur qui est due sans doute à la présence du même parasite.

Alcoolisme. — Au nom de la Commission chargée de proposer à l'Académie d'émettre un avis sur la question de l'alcoolisme soulevée actuellement devant le Parlement, M. *Rochard* lit un rapport succinct, qui se termine par les conclusions suivantes : 1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère l'alcoolisation des vins comme nuisible ; mais pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, elle ne croit pas devoir s'opposer à la pratique du sucrage des moûts, à la condition

---

personnelles ; le jour viendra où l'on comprendra, comme à l'étranger, que le meilleur moyen d'assurer l'émulation entre les professeurs, d'accroître leur ardeur au travail, c'est de les faire bénéficier de ce supplément de traitement que l'on est en droit de considérer comme une juste récompense de leur valeur et de leurs efforts. Cette rémunération directe du professeur par l'élève entraîne, je le reconnais, une réforme dans le système des examens. Nul ne se plaindra le jour où elle sera promulguée.

Le savant professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris était depuis longtemps préoccupé des avantages offerts dans les Universités d'outre-Rhin aux étudiants et aux médecins désireux, soit de pratiquer des recherches spéciales sur certains points de la bactériologie, soit de s'initier aux procédés techniques de cette science nouvelle. Quel que soit l'avenir réservé aux nombreuses découvertes de cette science et à celles dont elle ne cesse chaque jour de s'enrichir, il n'est pas douteux qu'elle forme dès maintenant une branche importante des connaissances médicales et que, savants, expérimentateurs et praticiens, ne peuvent l'ignorer. Ne lui doit-on pas tout au moins cette connaissance des agents infectieux qui a bouleversé de fond en comble l'épidémiologie et ces découvertes successives de virus-vaccins, qui ont offert à l'hygiène de si vastes champs d'observations judicieuses et d'applications utiles à la santé publique ! En particulier, l'anatomo-pathologiste ne saurait plus achever ses investigations sans tenir compte des éléments que la bactériologie révèle et des confirmations de diagnostic qu'elle permet seule, dans bien des cas, de déterminer. D'où la nécessité de vulgariser ses conquêtes, ses procédés techniques et de les mettre à la disposition de tous ceux que la pratique médicale ne doit pas absorber tout entiers. Or les laboratoires particuliers ne peuvent s'ouvrir qu'à un petit nombre de privilégiés. M. Cornil chargea deux de ses élèves, MM. les docteurs Chantemesse et Clado, de rechercher les moyens d'organiser un laboratoire où la bactériologie

d'y employer des sucres cristallisés; 2° elle émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus pratiques et les plus sévères pour empêcher l'entrée en France de vins additionnés d'alcool; 3° elle propose d'abaisser de 15 à 12 degrés la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe ; 4° considérant que les eaux-de-vie dites liqueurs sont d'autant plus dangereuses qu'elles contiennent une plus grande proportion d'alcool supérieur, elle pense que les eaux-de-vie dites esprits destinées à la fabrication des liqueurs ne doivent jamais contenir plus de 1 pour 100 de cet alcool; 5° l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire et de réglementer les cabarets et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

Ces conclusions seront discutées dans la prochaine séance.

— L'Académie a entendu en comité secret la lecture d'un rapport de M. *Siredey* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit : 1° M. Bouchard, 2° M. Damaschino, 3° M. Cadet de Gassicourt, 4° M. Duguet, 5° M. Dieulafoy, 6° M. Sanné.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

Traitement de l'hydrocèle: M. Després. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'uréthrotomie interne : M. Guyon.— Rectotomie dans le traitement de certaines fistules anales : M. Reclus. — Du massage comme mode thérapeutique de certaines fractures : M. Lucas-Championnière.

M. *Després*, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Reclus, sur le traitement de certaines hydrocèles par l'incision antiseptique, envoie une Note dans laquelle il proteste au nom des résultats de sa pratique contre cette opération sanglante. Pour lui, il n'a jamais appliqué aux hydrocèles d'autre traitement que la ponction et l'injection pure, tel que l'a préconisé Velpeau, et il déclare n'avoir eu jamais d'accident, ni de récidive.

M. *Reclus*, comme il a eu bien soin de le déclarer, réserve l'incision du scrotum et l'excision de la vaginale à de certaines variétés d'hydrocèle, et il est loin de vouloir substituer dans tous les cas l'opération sanglante à une méthode qui a fait ses preuves.

M. *Marc Sée* traite l'hydrocèle par la ponction et l'injection dans la vaginale d'environ 60 grammes d'une solution de chloral à 10 pour 100. Au moment de l'injection le malade éprouve une sensation de chaleur qui disparaît très vite; quelques jours après le liquide se reproduit, puis il commence à se résorber et disparaît complètement au bout d'un temps variable. M. Marc Sée n'a pas eu d'accident grâce à ce procédé et il a à peu près toujours obtenu la guérison définitive.

— M. *Guyon* intervient dans la discussion sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Il commence par se déclarer partisan de l'uréthrotomie interne, mais il s'empresse d'ajouter que cette opération, quelque grande que soit sa valeur, ne peut amener seule la cure des strictures uréthrales ; c'est un adjuvant de la dilatation et cette dernière opération constitue la véritable méthode thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre. Loin d'être réservée aux cas simples, exempts de toutes déterminations du côté de l'arbre urinaire et de toutes complications générales, l'uréthrotomie interne doit être appliquée surtout aux cas graves. L'observation a montré à l'éminent clinicien que les complications de rétrécissement constituent des indications formelles et pressantes de l'uréthrotomie : tels sont par exemple les accès de fièvre survenant spontanément ou sous l'influence de la dilatation, qui sont l'expression de lésions rénales plus ou moins avancées ; tels sont encore les cas de polyurie trouble avec pus dans l'urine, troubles digestifs et état général très grave. Dans les cas simples, lorsque l'uréthrotomie est seulement réclamée par la résistance de la coarctation aux bougies dilatatrices, cette opération est véritablement bénigne, à condition d'être pratiquée suivant certaines règles, que M. Guyon rappelle : 1° Il faut d'abord opérer suivant toutes les règles de l'antisepsie ; 2° on doit inciser tous les points rétrécis en ayant soin d'inciser peu profondément et de faire porter l'incision sur la paroi supérieure de l'urèthre ; 3° la sonde à demeure que l'on place ensuite doit être d'assez faible calibre et on doit la laisser ouverte dans l'urinoir ; 4° le malade doit être mis au repos, et son régime, sa température et le reste surveillés avec soin.

Pour l'incision de la majorité des rétrécissements, M. Guyon se sert de l'uréthrotome de Maisonneuve, qui agit d'avant en arrière, et il n'emploie guère l'instrument de Civiale, qui agit d'arrière en avant, que dans les rétrécissements très résistants, par exemple, ceux qui succèdent aux traumatismes. Il se sert presque exclusivement des lames, qui répondent aux n°s 21 et 23 de la filière Charrière. Il recommande avec la plus grande insistance de n'introduire qu'une fois la lame, coupant ainsi à l'aller et au retour, et de ne pas « jouer du violon » dans le canal en y promenant la lame à plusieurs reprises. La sonde à demeure est placée dans le canal, sitôt son incision, et elle y est conduite sur conducteur avec précaution, sans forcer. Si on rencontre de la difficulté à l'introduire, on diminue progressivement son calibre jusqu'à ce que toute difficulté, toute résistance cesse,

---

pourrait être enseignée au plus grand nombre possible d'élèves, étant données les conditions auxquelles est soumis l'enseignement en France et en particulier à la Faculté de médecine de Paris.

Aidés des conseils autorisés de leur éminent maître, MM. Chantemesse et Clado étudièrent l'installation des divers laboratoires français et étrangers, se mirent au courant, sur place même, des plus récentes innovations et, munis de nombreux matériaux, ils préparèrent un plan et un programme appropriés. Le laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris devait évidemment dépendre de la chaire d'anatomie pathologique ; mais fallait-il attendre son inscription au budget? C'eût été perdre un temps précieux. M. Cornil se préoccupa donc tout d'abord du choix d'un local et de l'aménagement intérieur de celui-ci. On sait que la Faculté de Paris est en ce moment en pleine voie de transformation pour tout ce qui concerne l'installation matérielle de ses laboratoires et de ses services pratiques; chacun de ses professeurs se préoccupe de cette installation pour son propre compte et s'efforce d'obtenir de l'administration supérieure, soit le local, soit les fonds dont il a besoin. M. Cornil a eu la bonne et légitime fortune de pouvoir installer le premier l'un de ces laboratoires dans la nouvelle École pratique; il a pu faire choix d'une série de pièces situées dans l'aile gauche des bâtiments, le long d'une cour intérieure, au deuxième étage. On entre d'abord dans un laboratoire particulier réservé aux anciens élèves qui veulent se livrer à des recherches spéciales, puis dans le laboratoire général renfermant seize places ; à la suite se trouvent des étuves à température constante, une glacière, un office-laverie et enfin les laboratoires des deux démonstrateurs.

Le mobilier dans ces diverses salles est des plus simples, mais très suffisant et fort bien approprié aux études bactériologiques : chaque élève occupe une large place à la table qui règne tout le long du vitrage situé sur l'un des côtés du

et, si on n'y parvenait pas, mieux vaudrait ne pas mettre de sonde, que de forcer tant soit peu le passage. Cette sonde est laissée à demeure, ouverte dans l'urinoir, pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Avant de commencer la dilatation, on laisse le malade se reposer huit à quinze jours et même davantage, s'il survient le moindre accident, la moindre complication.

M. Guyon donne ensuite la statistique des seules opérations sur lesquelles il a des notes. Ces opérations sont au nombre de 459 uréthrotomies internes ; 446 ont été faites pour des rétrécissements d'origine blennorrhagique et 13 pour des rétrécissements d'origine traumatique. Chez presque tous ces opérés, les suites ont été des plus bénignes. Il n'a jamais été observé d'hémorrhagie post-opératoire inquiétante. La fièvre n'a été observée qu'une fois sur trois et elle a toujours été très modérée. Un seul malade a eu un abcès prostatique, mais il en a guéri très rapidement. La plupart des malades se sont levés vers le huitième jour. Les résultats éloignés sont ceux de toutes les méthodes thérapeutiques des rétrécissements, c'est-à-dire que la récidive n'est survenue que dans les cas où les malades ont cessé de se soumettre à la dilatation progressive, qui seule peut assurer la permanence du calibre de l'urèthre. Relativement à la mortalité, M. Guyon enregistre 20 morts sur ses 459 opérés, mais les trois quarts seulement de ces cas malheureux peuvent être imputés à l'opération, et cinq fois seulement on peut mettre la mort sur le compte de l'uréthrotomie. Tous les cas de la pratique de M. Guyon ne figurent pas dans la statistique précédente, et ce chirurgien, recueillant ses souvenirs, croit pouvoir fixer à 1 1/2 pour 100 la mortalité de ses uréthrotomies.

La bénignité de l'uréthrotomie est donc tout entière subordonnée aux conditions rigoureuses de ses indications et de son manuel opératoire. Pratiquée suivant les règles, elle constitue une opération facile, simple, accessible à tous les chirurgiens.

— M. *Reclus*, à propos du rapport fait par M. Périer dans la dernière séance, sur la rectotomie dans le traitement de certaines fistules anales, rapporte l'observation suivante. Un jeune homme de dix-huit ans avait été opéré par son interne d'une fistule à l'anus ; malgré cette opération, il continua à rendre du pus par le rectum. M. Reclus examina les choses, trouva des signes non douteux de pédérastie, et constata l'existence d'un clapier anfractueux se vidant mal. Pour mettre bien au jour toutes ses anfractuosités, il incisa le rectum et obtint par ce moyen une guérison rapide et durable.

— M. *Lucas-Championnière* a déjà depuis longtemps abandonné les appareils dans le traitement de certaines fractures chez les gens âgés ; l'absence d'immobilisation n'entrave en rien la guérison de ces solutions de continuité du squelette. Aujourd'hui, non seulement M. Lucas-Championnière n'applique plus d'appareil dans les fractures du radius et du péroné, mais encore il emploie avec succès le massage. Ce moyen thérapeutique n'entrave en rien la réparation osseuse et il a comme avantage précieux de faire cesser la douleur et d'assurer la conservation complète des mouvements. A l'appui de son dire, l'orateur rapporte un certain nombre d'observations des plus concluantes.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 JUIN 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Sur l'origine microbienne du chalazion : M. Poncet. — Sur l'action physiologique de la piliganine : M. Bardet. — Ectopie cardiaque chez un cobaye : M. Laborde. — Glandes de la larve de l' « Eristalis » : M. Gazagnaire.

M. *Poncet*, en réponse à la communication de M. Vassaux sur l'état non parasitaire du chalazion, montre à la Société des préparations de kératites produites par l'inoculation du liquide de culture d'un chalazion. Ces kératites ont été faites par M. Bouchereau dans le laboratoire de M. Duclaux. M. Poncet n'a fait que les examiner ; elles contiennent incontestablement des masses de micrococques répandus dans la cornée. Ce liquide était donc parasitaire. M. Vassaux lui-même a vu ces préparations et reconnu le micrococque.

D'autre part, l'épithélium qui constitue la matière sébacée du chalazion, des loupes, des kystes dermoïdes, lavé à l'éther et traité par la méthode de Gramm, permet toujours de reconnaître un piqueté très abondant sur l'épithélium. Quelques éléments se détachent de la cellule, et ces groupes de micrococques isolés sont très faciles à reconnaître. M. Poncet présente ces préparations. Ainsi la culture, l'inoculation, le microscope démontrent la présence dans l'épithélium du micrococque, enrobé dans la graisse du sébum. Dire aujourd'hui qu'une affection qui passe à la suppuration n'est pas parasitaire est une hérésie, car qui dit pus dit microbe.

— M. *Laborde* dépose une note de M. *Bardet* sur l'action physiologique de la piliganine, alcaloïde extrait d'une lycopodiacée, et qui constitue un éméto-cathartique violent. Il agirait de plus sur le bulbe et serait convulsivant.

— M. *Laborde* présente le cadavre d'un cobaye mort accidentellement, et qui avait une ectopie cardiaque très remarquable. On a pu prendre sur cet animal un grand nombre

---

laboratoire ; cette table est pourvue d'un tiroir fermant à clef et chaque élève possède également une armoire dans laquelle il dépose le soir tout ce qui lui appartient. Les élèves ont à leur disposition un certain nombre d'objets qui leur sont confiés pendant la durée d'un cours pratique et qu'ils doivent remettre en bon état à leur départ ; ils doivent, en outre, se procurer à leurs frais les réactifs nécessaires, les instruments dont ils ne peuvent se passer, réactifs et instruments qui leur sont d'ailleurs indispensables s'ils veulent continuer en particulier leurs études bactériologiques. Ils versent, en outre, une somme de 50 francs comme payement du cours. Les séries sont de seize élèves, qui demeurent au laboratoire pendant six semaines ; tous les deux jours, l'un des démonstrateurs fait d'une à trois heures un cours théorique ; et tous les deux exercent individuellement tous les jours les élèves aux manipulations ; ceux-ci peuvent venir facultativement au laboratoire le matin, mais ils sont obligés de s'y rendre tous les jours de midi à cinq heures sous peine d'être rayés. Jusqu'ici, les deux premières séries d'élèves reçus à ce laboratoire ont été complètes et plusieurs autres sont inscrites, tant cette innovation a été appréciée par la jeunesse studieuse de la Faculté, par des médecins français et étrangers appartenant à diverses nationalités ! Puisse l'heureuse initiative de M. Cornil faire bientôt reprendre aux étrangers le chemin de nos Ecoles ; puisse-t-elle servir également à transformer le régime de nos études médicales pratiques, pour le plus grand profit de l'éducation scientifique de notre corps médical !

de tracés cardiographiques avec un appareil spécialement construit à cet effet. Ces tracés sont essentiellement analogues à ceux que MM. Chauveau et Marey ont obtenus sur le cheval avec la sonde cardiaque, et à ceux qui ont été pris par M. François-Franck en 1877 sur une jeune femme atteinte d'ectopie cardiaque. Entre autres résultats, ces tracés ont parfaitement montré l'influence des émotions sur le rythme du cœur.

— M. *Gazagnaire* conteste la nature des cellules que M. Viallanes a étudiées récemment dans le prolongement caudal de la larve de l'*Eristalis*, et les tubes trachéens que présente ce prolongement. M. Viallanes a appelé élastiques ces cellules, et croit qu'elles sont en relation avec les tubes trachéens. En réalité, d'après M. Gazagnaire, ce sont des glandes comparables aux glandes salivaires qu'il a trouvées chez l'hydrophile.

M. *Beauregard* appuie l'opinion de M. Gazagnaire au sujet de la nature prétendue élastique des cellules dont il s'agit; mais il n'a pas trouvé, au moins chez les insectes vésicants, de glandes salivaires de ce genre.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Présentation de plusieurs instruments ou appareils nouveaux : M. Malassez. — Production artificielle de monstruosités chez les ascidies : M. Chabry. — Sur les réserves nutritives chez les végétaux : M. L. Brasse. — Application thérapeutique de la suggestion hypnotique : M. Ramey. — Sur le tænia nana : M. R. Blanchard. — Excitabilité des cordons antéro-latéraux de la moelle : M. Laborde. — Sur la synthèse des alcaloïdes : M. Œschner de Coninck. — Sur la division cellulaire : M. Decagny. — Méthode de culture du microbe du chalazion : M. Boucheron. — Sur l'épithélium sécréteur du rein des batraciens : M. Bouillot.

M. *Malassez* présente divers appareils ou instruments qu'il a fait construire : 1° un nouveau colorimètre qui offre sur son ancien modèle plusieurs avantages considérables; 2° une platine chauffante, qui constitue une heureuse modification de celle de Max Schultze ; 3° une plaque chauffante destinée à chauffer les préparations; 4° une échelle pour placer les préparations microscopiques et une autre échelle, de forme analogue, pour les plaques de culture. Enfin M. Malassez indique les avantages qu'il y a à employer pour les examens microscopiques le mode d'éclairage dont il se sert par la naphtaline et le gaz.

— M. *Pouchet* présente une note de M. *Chabry* relative à des essais de tératologie expérimentale chez les ascidies. M. Chabry est arrivé, par des procédés qui lui permettent d'agir sur les différentes cellules de segmentation jusqu'à un certain degré du développement, à donner naissance à des monstres latéraux ; il a pu constater la production d'un monstre latéral droit ou gauche.

— M. *L. Brasse* fait une communication sur divers phénomènes de réserves nutritives dans l'organisme végétal.

— M. *Ch. Richet* rapporte, au nom de M. *Ramey*, un cas de guérison de rétrécissement spasmodique de l'urèthre par la suggestion hypnotique. Il s'agissait d'un malade présentant plusieurs des signes graves de la grande hystérie et qui, pour l'affection locale dont il était atteint, avait été traité sans succès par l'uréthrotomie interne. Au contraire, le traitement psychique réussit à merveille.

— M. *R. Blanchard* a eu l'occasion d'étudier trois exemplaires de tænia nana qui lui ont été envoyés de Serbie, par un professeur de l'école de médecine de Belgrade. Il a pu ainsi rectifier sur plusieurs points importants la description classique du tænia nana, due à Leuckhart.

— M. *Laborde* expose que, d'après des expériences déjà anciennes de M. Chauveau, faites sur les grands animaux (cheval, âne, etc.), les cordons antéro-latéraux de la moelle sont inexcitables. On sait que M. Vulpian a critiqué les résultats obtenus par M. Chauveau. Récemment M. Laborde a constaté qu'en découvrant la moelle chez le lapin, laissant reposer l'animal pendant une demi-heure ou une heure, puis dépouillant le segment de moelle découvert de la pie-mère, laissant de nouveau reposer l'animal, on détermine des mouvements violents dans la patte par de légères excitations mécaniques, par exemple des attouchements avec une pointe mousse. Chez le chien, les résultats ne sont pas aussi nets et l'excitabilité des cordons antéro-latéraux peut rester douteuse.

M. *Chauveau* ne doute aucunement de la réalité des effets constatés par M. Laborde par l'excitation des cordons antéro-latéraux sur le lapin. Mais les résultats négatifs qu'il a maintes et maintes fois obtenus sur les grands animaux sont tout aussi incontestables. Il n'y a pas du tout contradiction entre ces deux séries d'expériences. Les expériences de M. Laborde prouvent simplement que les parties de la moelle dont il s'agit sont plus excitables chez le lapin que chez le cheval. Mais l'excitabilité même des cordons antéro-latéraux, que Longet par exemple croyait si nécessaire d'admettre pour une claire systématisation des fonctions de la moelle, n'est pas du tout un fait général. Nous comprenons mieux aujourd'hui la nature des propriétés de la moelle et qu'il peut y avoir, dans telle ou telle partie médullaire, transmission, sans qu'il y ait excitabilité directe.

— M. *Quinquaud* présente une note de M. *Œschner de Coninck* sur la synthèse des alcaloïdes.

— M. *Henneguy* dépose deux notes de M. *Decagny*, relatives toutes deux à la division cellulaire.

— M. *Boucheron* expose la méthode qu'il a employée pour cultiver le microbe du chalazion.

— M. *Bourquelot* présente une note de M. *J. Bouillot* sur l'épithélium sécréteur du rein des batraciens. Il résulte des recherches de M. Bouillot que le second segment des tubes urinifères, chez les batraciens, est tapissé par un épithélium glandulaire qui, à certains moments, dans des périodes d'activité rénale, subit la transformation caractéristique de tous les épithéliums glandulaires.

EXTRAIT DES TRAVAUX DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de médecine de Christiana.

A la séance du 26 janvier 1886 le docteur Heibery a communiqué trois observations de lésions syphilitiques des artères :

1° Un restaurateur âgé de soixante ans meurt le 17 janvier dans la division de médecine de l'hôpital royal. A l'autopsie on trouve un anévrysme de la portion ascendante de l'aorte propagé à la crosse : celle-ci est peu dilatée, mais on trouve un second anévrysme à l'origine de l'aorte descendante. La surface interne de l'artère au niveau des valvules et une assez grande surface dans sa portion descendante sont inégales, sclérosées, jaunâtres, parsemées de plaques d'athérome. Aorte abdominale normale. Rien au cœur. Tuberculose pulmonaire ancienne avec cavernes. Dégénérescence amyloïde des veines. Infarctus multiples surtout dans le rein droit. Le malade était entré à l'hôpital pour de l'œdème des membres et différents autres symptômes d'une affection du rein.

2° Anévrysme sacciforme du volume d'un œuf du côté postérieur et de l'extrémité inférieure de la crosse de l'aorte. Orifice de la communication avec l'artère, du volume de la pulpe de l'index. La paroi du sac est formée par la paroi aortique dégénérée ; elle est tellement amincie vers

son extrémité que celle-ci n'est formée que par le tissu du médiastin. Caillots en masse dans le sac. Aorte sclérosée autour de l'orifice du sac. Cœur droit hypertrophié. A gauche, les branches sont assez régulières aussi bien au-dessus qu'au-dessous. Hépatisation grise des deux tiers du lobe supérieur. Le malade, âgé de quarante-huit ans, avait été traité pour une affection du poumon.

3° Artères de la base du cerveau d'un malade traité à l'asile d'aliénés pour de la démence paralytique. Dans la portion intra-crânienne des deux carotides internes, sur une étendue de 1 à 2 centimètres au-dessous de l'artère sylvienne, la lumière était presque oblitérée. A l'examen microscopique on trouve un rétrécissement causé par un épaississement sensiblement inégal de la tunique interne. En outre, un fragment de la cérébrale antérieure gauche, placé en avant de la communicante antérieure, était entièrement oblitéré dans une étendue de 1 à 1 centimètre et demi et transformé en cordon fibreux. Correspondant aux affections artérielles on avait un ancien foyer de ramollissement; d'autres foyers analogues correspondaient aux oblitérations plus récentes.

Le premier malade avait eu la syphilis quinze à seize ans auparavant; il avait été traité par le mercure et les dérivatifs. Douze ans auparavant, il était entré à l'hôpital royal pour une apoplexie; dans le cerveau on trouve un foyer demi-kystique, s'étendant de la surface du lobe pariétal gauche à une profondeur d'un doigt environ en face des ganglions cérébraux.

Le malade n° 3 a eu la syphilis en 1872. En 1876, il a eu une attaque à la suite de laquelle il resta paralysé du bras et de la jambe droite; plus tard il entra dans différentes maisons et finalement dans celle où il mourut de pneumonie hypostatique.

On n'a pas de renseignements sur l'existence de la syphilis dans l'observation 2.

Heubner, de Leipzig, a le premier attiré l'attention sur la présence d'une endartérite scléreuse de nature syphilitique. L'auteur (M. Heibery) a eu souvent l'occasion de l'observer. Les recherches les plus récentes ont démontré que contrairement à ce qu'avait dit Heibery, le processus anatomique ne présente rien de spécial : c'est une endartérite chronique qui s'accompagne plus tard d'un épaississement scléreux des parois du vaisseau. Les produits ont peu de tendance à subir la dégénérescence graisseuse et la calcification ; au contraire, ils s'organisent, se vascularisent et rétrécissent d'une façon définitive le calibre du vaisseau. En même temps des expansions fibro-cartilagineuses s'étendent d'une pointe à une autre, de sorte qu'il ne reste qu'une lumière tortueuse qui s'oblitère facilement par les progrès de la lésion primitive ou la formation de thrombus; l'adventice subit en même temps une véritable infiltration cellulaire. Souvent la maladie siège dans les sylviennes; on trouve des lésions qui ressemblent à d'anciens embolus, mais il est impossible de découvrir leur point de départ. La conséquence de tout cela, c'est que la nutrition souffre, on a des foyers multiples de ramollissement. Le processus peut intéresser de nombreuses ramifications artérielles, abolir les fonctions cérébrales dans des zones étendues. Heubner a eu également tort de dire que ces altérations se produisent exclusivement dans les artères du cerveau ; on peut les reconnaître dans d'autres de petit et de moyen calibre, particulièrement les coronaires cardiaques : elles ont pour conséquence la formation de foyers de myocardite scléreuse.

Dans l'observation 1, il y avait une thrombose de l'artère rénale droite, on pourrait dire que la thrombose était consécutive à l'embolie; mais on ne trouvait nulle part un point de départ d'un embolus; l'auteur croit que les thromboses des rénales étaient autochtones et résultaient d'une endartérite locale, d'autant plus qu'il existait un rétrécissement semi-lunaire organisé de leur calibre.

L'action de la syphilis sur les grosses artères est peut-être encore plus remarquable. Depuis six à huit ans, l'auteur a eu l'occasion de montrer plusieurs fois à la Société des préparations d'anévrysmes prises sur des syphilitiques; il croit que dans la plupart des cas la spécificité domine toute l'étiologie. Le processus anatomique est le même que dans la dégénérescence athéromateuse.

M. Winge admet les idées de Heibery; il a eu il y a quelques années, dans son service à l'hôpital, un malade qui mourut de ramollissement cérébral; cet individu, qui était syphilitique, avait des thromboses des artères et des veines du rein et de la dégénérescence amyloïde de l'organe.

REVUE DES JOURNAUX

Le microbe de la rage, par M. Bowdeswell. — L'auteur pense avoir découvert le micro-organisme spécifique de la rage; ce serait un micrococcus de forme ordinaire, mais assez volumineux et se laissant difficilement colorer, ce qui fait qu'il a échappé à l'observation jusqu'à ce jour. Il a constaté sur des chiens enragés que le siège principal du microbe est le canal central de la moelle spinale et de la moelle allongée; de là il se répand dans le tissu des centres nerveux, formant souvent des amas autour des vaisseaux, quelquefois mêlés aux globules rouges dans l'intérieur même des vaisseaux; on ne le rencontre que disséminé dans les couches corticales, dans les espaces lymphatiques. Il ne se trouve ni dans le cervelet, ni dans les glandes salivaires. L'hématoxyline ne le colore pas, comme l'indique Fol pour son micro-organisme; il ne se trouve pas dans la fibre nerveuse même, comme celui de Fol, et est au moins trois fois plus volumineux que lui. Les observations de M. Borodeswell viennent confirmer les vues de M. Pasteur quant au siège du virus rabique. Cet auteur promet une relation plus détaillée avec l'indication de la méthode de coloration. (*The Lancet*, 12 juin 1886.)

Lésion remarquable des centres nerveux dans la leucocythémie, par M. Byrom-Bramwell. — Il s'agit d'un individu de quarante ans, mort de leucocythémie après avoir souffert de maux de tête et présenté des symptômes maniaques. Le cas était typique; le sang contenu dans les vaisseaux était épais, rouge-brique, les globules blancs plus nombreux que les rouges, beaucoup très volumineux et granuleux. Les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang, et sur des coupes verticales on remarquait nombre d'hémorrhagies, depuis les microscopiques jusqu'à des extravasations du volume d'un œuf; les globules rouges, en petits amas dans les foyers volumineux, manquaient totalement dans les hémorrhagies microscopiques, qui ne renfermaient que des globules blancs. Les vaisseaux de la moelle épinière regorgeaient, comme ceux du cerveau, de globules blancs; la rétine offrait plusieurs foyers hémorrhagiques et les autres altérations connues. On ne découvrit aucun micro-organisme dans le cerveau, mais le ganglion cervical supérieur du grand sympathique était entièrement infiltré de corpuscules granuleux très réfringents, qui ressemblaient absolument à des micrococcus non teintés; les circonstances ne permettent pas d'affirmer qu'il s'agissait réellement de micrococcus; mais M. Byrom-Bramwell exprime la conviction que certaines formes de leucocythémie et d'anémie pernicieuse sont d'origine infectieuse. Des figures très nettes accompagnent l'article. (*British med. Journal*, 12 juin 1886.)

Accouchement dans le sommeil hypnotique, par M. Pritzl. — Il s'agit d'une femme de vingt-six ans que C. Braun réussit à plonger dans le sommeil hypnotique pendant le travail de l'accouchement; les contractions étaient particulièrement douloureuses; elles conservèrent toute leur énergie pendant le sommeil; les pauses devinrent un peu plus longues, et la presse abdominale fonctionna à merveille; la dilatation se fit très bien, et l'accouchement se termina rapidement. Le placenta fut expulsé jusque dans

le vagin et facilement extrait avec les mains. A son réveil, la mère se trouvait fort bien, et dormit ensuite pendant plusieurs heures d'un sommeil tranquille. L'un des faits les plus intéressants, c'est que les contractions utérines provoquèrent par voie réflexe la contraction des muscles abdominaux sans réveiller la malade. L'hémorrhagie fut insignifiante. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1885, n° 45.)

Sur une matière sucrée dérivée du toluène et dénommée saccharine, par MM. E. FERRAND et L. ROUQUÈS. — Chimiquemiquement, la saccharine, nouveau corps sucré découvert par Fahlberg (de New-York), est du *benzoïl-sulfonique-imide;* c'est un dérivé éloigné du goudron de houille, qu'on obtient au moyen du toluène. La saccharine est blanche, pulvérulente, fusible à 200 degrés, peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool, l'éther et la glycérine. Sa saveur sucrée est telle qu'elle peut remplacer 230 fois son poids de sucre de canne, et qu'elle est encore sensible dans une solution à 1/10000°. Ajoutée à la glucose dans la proportion de 1 pour 1000 ou 2000, elle lui donne le goût du sucre de canne.

Introduite dans l'économie, elle n'exerce aucune influence appréciable sur les organes et se retrouve dans l'urine; elle possède quelques propriétés antiseptiques. En Allemagne, on l'emploie dans l'alimentation des diabétiques; on en prépare des pilules de 5 centigrammes équivalant à un morceau de sucre ordinaire. Les auteurs ont vérifié les propriétés chimiques et sucrantes de la saccharine; ils ont trouvé la saveur douce et agréable, mais légèrement saline et fraîche. En somme, la saccharine est destinée à avoir des applications sérieuses dans la médecine et dans l'industrie. (*Journ. de pharm. et de chim.*, 1886, n° 12.)

De la thrombose, par M. P. BAUMGARTEN. — La théorie mécanique de Virchow est insuffisante pour expliquer la formation des thromboses. Le facteur capital dans la formation du thrombus c'est l'altération de certains éléments du sang, soit des plaquettes du sang, soit des globules blancs; cette altération ne saurait avoir pour cause l'arrêt ou le ralentissement du courant sanguin; elle présuppose toujours, soit une altération de la paroi vasculaire, soit l'action de corps étrangers ou de substances chimiques anormales. Les troubles mécaniques de la circulation ne jouent qu'un rôle secondaire, occasionnel en quelque sorte; c'est du moins ce qui ressort des dernières recherches d'Eberth et de Schimmelbusch. (*Berliner klin. Wochens.*)

La phthisie des chapeliers, par M. J.-W. STICKLER. — L'auteur démontre par des statistiques soigneusement faites que la phthisie pulmonaire est la maladie la plus fréquente chez les chapeliers, et que le nombre de décès par elle est le plus élevé chez les « finisseurs ». La phthisie des chapeliers est due à une irritation mécanique des poumons par les poils et les poussières; l'auteur rappelle que St. Wickes a observé, chez les ouvriers occupés à racler les plumes d'autruche avec un couteau d'ivoire, une mortalité très grande, ce qui confirme les vues précédentes. L'inhalation des poils fins hâte les progrès de la phthisie héréditaire ou acquise. La mortalité des appréteurs et des metteurs en forme peut être diminuée à la condition de conduire les vapeurs rapidement au dehors. La mortalité est la plus grande de vingt à trente ans. (*New-York med. Journal*, 29 mai 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par M. L. OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, t. Ier. Introduction; Résections en général. — Paris, 1885. G. Masson.

Ce n'est point d'aujourd'hui que l'École de Lyon s'est fait remarquer par ses travaux sur les maladies chirurgicales des os et des articulations. A Bonnet furent dus les progrès réalisés dans la thérapeutique non sanglante de ces affections. C'est encore un Lyonnais, M. le professeur Ollier, qui marche à la tête du mouvement actuel pour les interventions opératoires réclamées par ces mêmes maladies. Pour se rendre compte de la part considérable qui lui revient, on n'a qu'à parcourir l'étude historique par laquelle débute son *Traité des résections*. L'érudition en est vaste et sûre, mais elle ne se borne pas à énumérer des noms et des dates pour nous conduire d'Hippocrate à la période contemporaine. Une idée directrice règne dans ces pages, où nous assistons à l'évolution d'une doctrine, et qui nous conduisent à la période actuelle, dominée par la notion de la régénération osseuse par le périoste. La connaissance brutale du fait est déjà ancienne; mais l'idée n'a été développée que dans notre siècle. Dès lors, les applications chirurgicales devaient bénéficier des notions physiologiques acquises. C'est à cette tâche que s'est donné M. Ollier, et le plus entier succès a couronné ses efforts incessants.

Le *Traité de la régénération des os*, paru il y a près de vingt ans, nous a déjà montré toute l'importance des recherches expérimentales de M. Ollier. Nous trouvons ici un chapitre consacré à l'*Exposé des faits physiologiques fondamentaux relatifs aux résections*. On y relit les expériences classiques qui ont prouvé la formation d'os par la couche ostéogène du périoste, grâce à laquelle les résections peuvent être suivies de reproductions osseuses. Les extrémités articulaires, elles aussi, se reproduisent si l'on a soin de conserver la *gaine périostéo-capsulaire*, et les points épiphysaires nouveaux correspondent à peu près aux points primitifs, séparés, eux aussi, de la diaphyse par un cartilage de conjugaison, éphémère il est vrai. Les muscles voisins gardent leur intégrité, et l'expérimentation, vérifiée par la clinique, a montré qu'il se reconstitue ainsi des jointures solides et utiles, bien différentes des articulations ballantes obtenues jadis par la résection simple. Une autre question, enfin, est d'un intérêt majeur pour les suites de résections. L'accroissement en longueur se fait par le cartilage de conjugaison, et des deux épiphyses d'un os long, une surtout est utile à l'allongement de l'os. L'épiphyse utile est : au membre inférieur, celle qui sert à constituer le genou; au membre supérieur, au contraire, celle qui est éloignée du coude. De là le raccourcissement quelquefois énorme qu'entraîne la résection du genou chez les jeunes sujets, même si l'on n'enlève pas le cartilage conjugal, que l'irritation de voisinage fait trop souvent ossifier, tandis que, dans d'autres cas, elle est moins intense et provoque un allongement. Tout cela a encore une autre conséquence dans les segments des membres dont le squelette est formé par deux os parallèles, dont le développement inégal engendre des déviations plus ou moins complexes, reproduites à volonté par M. Ollier. Le raccourcissement, avons-nous dit, est la règle après les résections; une sorte d'*allongement atrophique* des os situés au-dessus et au-dessous apporte une compensation, légère il est vrai, et malheureusement peu durable. Tels sont les points principaux que résume ce chapitre; nous les avons passés en revue avec une rapidité extrême, persuadé que chacun les a présents à la mémoire depuis la publication du *Traité de la régénération*. Nous avons seulement voulu montrer que A. Poncet a raison d'appeler *période d'Ollier* la période actuelle de l'histoire des résections.

Après avoir posé ces prémisses physiologiques indispensables, le professeur de Lyon entre dans le vif de son sujet, et consacre aux *Résections en général* le volume que nous analysons. Le chapitre Ier est intitulé : *Idée générale des résections; définition et division du sujet*. La résection consiste à retrancher d'un os vivant une portion « assez grande pour que son absence change la forme extérieure et les rapports de l'os ». C'est donc différent des ruginations, abrasions, etc., où cependant on retranche des portions osseuses. La division capitale est celle en *résections extra-*

périostées et *résections sous-périostées* (*sous-capsulo-périostées* pour les extrémités articulaires). Ces dernières constituent la méthode moderne. Après des distinctions entre les résections diaphysaires, épiphysaires et articulaires, ces dernières pouvant être partielles ou totales, M. Ollier énumère les conditions où l'on pratique des résections et établit sept variétés : résections pour lésions traumatiques, pour lésions inflammatoires, pour lésions néoplastiques ; résections orthopédiques, préliminaires, temporaires, ostéoplastiques. Pour les résections traumatiques, M. Ollier les divise en anté-fébriles, intra-fébriles, post-fébriles. Il termine enfin ce chapitre par la définition des opérations conservatrices telles que l'esquillotomie, l'abrasion, etc.

Le chapitre II est consacré à l'étude de l'*appareil instrumental des résections*. Nous ne chercherons pas à énumérer tous ces instruments ; nous mentionnerons ceux qui sont destinés à séparer le périoste de l'os (rugines; détache-tendons) ; à cela doivent se joindre des daviers, des pinces, des couteaux et ciseaux ostéotomes, des scies diverses, et même des scies mécaniques. Sans doute, toute résection peut se faire avec un bistouri, une rugine quelconque, une scie, des cisailles. Mais ce n'est pas un motif pour dédaigner un outillage sur la description et le mode d'emploi duquel M. Ollier donne des conseils précieux, destinés surtout à nous enseigner à conserver la couche ostéogène.

Les *règles opératoires générales* font l'objet du chapitre III. M. Ollier indique dès le début ses tendances. Vu l'emploi du chloroforme : « Des trois mots de la devise de Celse : *tuto*, *cito* et *jucunde*, le premier devient la principale préoccupation de l'opérateur, et si le troisième n'est dédaigné par personne, le deuxième n'a qu'une valeur secondaire. » On ne saurait, en effet, aller vite en respectant les éléments indispensables sacrifiés par les procédés rapides de la méthode ancienne; aussi faut-il, autant que possible, « aller à la recherche d'une articulation comme on va à la recherche d'une artère », et l'ischémie par la bande d'Esmarch permet d'opérer sans se presser, à sec, et en ménageant muscles, tendons, nerfs, etc. L'incision cutanée sera, en général, longitudinale, unique, intermusculaire; si la plaie primitive n'occupe pas le point le plus déclive, on fera des incisions de décharge. Pour chaque articulation, lors de diagnostic incertain, « il faut adopter une incision exploratrice qui pourra, après diagnostic, être transformée en incision de résection ». Viennent ensuite des préceptes sur l'incision périostéo-capsulaire, et la manière de luxer à travers elle les parties osseuses à réséquer; sur la toilette des synoviales fongueuses; sur le drainage; sur les dangers de l'abus de la suture, hors les cas où l'on opère sur des tissus sains. Les règles précédemment énoncées subissent parfois des modifications, et surtout l'existence d'un cartilage de conjugaison non encore ossifié impose certaines règles de conduite particulières, qu'on trouvera exposées ici en détail, avant de passer à la technique générale des autres opérations partielles.

Cela fait, l'antisepsie du pansement (chapitre III, *Traitement post-opératoire des résections*) a une grande importance, sans que M. Ollier cherche cependant des réunions primitives très fréquentes. L'immobilisation sera exacte, et maintenant les attelles plâtrées, combinées aux pansements à l'ouate et à l'iodoforme (occlusion inamovible antiseptique) remplacent les appareils anciens. Mais surtout on lira avec fruit, dans ce chapitre, les conseils judicieux que donne M. Ollier sur les variations de position à connaître, suivant qu'on cherche l'ankylose (coaptation exacte) ou qu'on veut l'éviter; en ce dernier cas, le rapprochement des surfaces réséquées sera en raison inverse de la régénération probable. Puis on suivra rigoureusement la conduite prudente prescrite par M. Ollier, en ne commençant les mouvements communiqués que lorsqu'ils ne causeront ni douleur, ni inflammation.

Les processus réparateurs et la régénération osseuse après les résections (chap. V) sont semblables, chez l'homme, à ce que l'expérimentation nous enseigne chez les animaux : aussi nous bornerons-nous à signaler ces pages, d'un intérêt extrême, où M. Ollier affirme de nouveau cette concordance, montrant comment l'os se régénère, s'éburne, se médullise ; comment les maladies fébriles intercurrentes font résorber les masses osseuses en voie de formation, etc. Quant aux résultats définitifs des résections articulaires, ils sont étudiés avec grand soin à l'aide d'autopsies multiples, pour la plupart personnelles à M. Ollier. Nous voyons ainsi les articulations reconstituées avec un appareil ligamenteux puissant et une séreuse plus ou moins complète située entre des extrémités osseuses formées suivant deux modes différents : tantôt la néoformation est simplement sous-périostique (néoformation latérale), et la néarthrose se trouve entre les surfaces de section ainsi élargies ; tantôt un cylindre plein allonge l'os sectionné (néoformation totale) et la jointure existe entre les deux masses osseuses nouvelles. Nous signalerons enfin, d'une manière spéciale, le passage où M. Ollier étudie la couche *chondroïde* qui encroûte ces néarthroses. Entre les mains de M. Ollier, la méthode sous-périostée est donc arrivée à un état voisin de la perfection. Il nous reste à suivre l'éminent professeur de Lyon dans les chapitres où il s'occupe des *indications des résections*.

Les pansements actuels ont permis de multiplier beaucoup les résections pathologiques, tandis qu'ils faisaient naître, pour ainsi dire, les résections orthopédiques. Les résections traumatiques ont pu, au contraire, faire place en partie à la conservation. Mais les indications de ces interventions ne sont pas toujours posées avec une netteté suffisante, et M. Ollier commence par nous montrer, dans une étude générale (chap. VI), les causes de ces divergences. Plus une résection pathologique sera précoce, et plus elle donnera une guérison rapide et solide. Mais on ne doit pas toutefois extirper trop vite les extrémités osseuses malades. Si les chirurgiens français abusent quelquefois de l'expectation, les chirurgiens anglais abusent de l'intervention. En cela comme en tout, la systématisation est mauvaise, et les éléments dont on a à tenir compte sont multiples : indication vitale, indication orthopédique, durée probable du traitement, âge du sujet, chances de récidive, fonctions ultérieures de l'articulation malade, et par conséquent position sociale du patient. Puis, reste à savoir quel est le degré de gravité respectif de la résection et de l'amputation correspondante, et là les conclusions rigoureuses font souvent défaut. La question est encore plus obscure pour les résections traumatiques, aussi était-il utile que M. Ollier vînt apporter dans l'étude de tous ces points tout le poids de sa science et de son expérience, et c'est ce qu'il a fait dans trois chapitres particulièrement remarquables (VII, VIII, IX), où il pose les indications des résections pathologiques, traumatiques, orthopédiques.

Les inflammations osseuses sont, en général, justiciables d'opérations plus simples que les résections, lorsqu'elles n'ont pas de connexion avec les jointures; mais elles ont une prédilection pour la région épiphysaire, et M. Ollier insiste sur ce point de physiologie pathologique. Cela est fréquent et pour l'ostéomyélite de l'adolescence et pour les lésions tuberculeuses. Dans l'*ostéomyélite*, il faut, au plus vite, donner issue au pus à l'aide d'incisions périostiques, de trépanations; on évitera ainsi, dans la majorité des cas, l'amputation et même la résection immédiate. Restent alors les accidents consécutifs. Vu le rôle du périoste pour la régénération osseuse, le mieux est d'attendre la mobilisation des séquestres, ou tout au moins la formation de ce que M. Ollier appelle les *séquestres d'ostéite*, en ne se hâtant de réséquer que si l'on a la main forcée. Les inflammations chroniques d'origine rhumatismale peuvent nécessiter la résection (ankylose, déformations); il s'agit presque alors de

résections orthopédiques. Mais c'est surtout pour la *tuberculose* qu'il est indispensable de bien connaître les indications des résections. La nature infectieuse de cette maladie est aujourd'hui démontrée; son envahissement progressif est connu. Mais il est des tuberculoses qui restent longtemps locales, leur marche n'est pas fatale comme celle du cancer. Aussi ne faut-il pas se laisser aller au pessimisme de ceux qui ne renoncent à l'expectation que pour amputer. M. Ollier nous montre des cas où la résection a assuré une survie considérable. On doit opérer lorsque les poumons et autres organes internes sont sains; de même quand le poumon est devenu malade après l'articulation, et que les lésions n'y sont pas trop avancées: on les voit alors souvent rétrocéder. Mais il faut s'abstenir quand l'infection a débuté par le poumon : l'intervention « ne fait que hâter la généralisation de la tuberculose ». On n'en courra le risque que si les douleurs sont intenses, car l'antisepsie autorise ces *résections de soulagement*. Mais elle n'autorise pas à réséquer aussi vite qu'on le fait parfois, pour vérifier le diagnostic, ni même pour prévenir une généralisation hypothétique. On aura soin d'enlever ou de cautériser non seulement ce qui est malade, mais ce qui est incapable de redevenir sain. Pour en juger avec exactitude, l'ischémie par la bande d'Esmarch est utile, outre que, supprimant le cours du sang pendant l'opération, elle s'oppose aux auto-inoculations, dont l'existence n'est plus à démontrer. Tels sont les points principaux de ce chapitre, qui se termine par quelques courtes considérations sur les résections appliquées aux néoplasmes des os, pour lesquels, en général, il faut rejeter les opérations économiques.

Les opérations économiques seront, au contraire, le but à poursuivre pour les *résections traumatiques*, qui intéressent surtout la chirurgie d'armée. On ne peut guère s'appuyer sur les statistiques pour se décider entre l'expectation, la résection, l'amputation : les guerres s'espacent trop pour que de l'une à l'autre les pansements n'aient pas été profondément modifiés. Pour les fractures diaphysaires comminutives, il sera indiqué maintenant de débrider le foyer, de le désinfecter, de régulariser les esquilles; la résection typique ne sera guère appliquée que si un fragment, saillant au dehors depuis quelque temps, est dénudé et desséché. On ne doit pas chercher à dépasser les fissures, qui souvent s'étendent au loin. Cela est encore vrai pour les fractures articulaires; mais là il faudra faire plus qu'une simple esquillotomie, et si la fracture est comminutive, on devra pratiquer une résection typique, parfois *semi-articulaire* seulement. Pour toutes ces opérations, on aura des résultats d'autant meilleurs qu'on sera intervenu plus vite. Les résections anté-fébriles doivent être préférées, car la mortalité est de beaucoup plus considérable si l'on a laissé la fièvre s'installer.

Les résections *orthopédiques* n'ont été érigées en méthode que depuis l'antisepsie; elles ne doivent pas, sans doute, faire oublier le redressement non sanglant pour les cals vicieux, les courbures rachitiques, les déformations diaphysaires diverses; l'ostéoclasie est encore le procédé de choix pour le *genu valgum;* les appareils seront, en général, suffisants pour redresser les pieds bots. Mais, lorsque ces moyens échouent, l'ostéotomie, les résections cunéiformes, la tarsectomie sont une précieuse ressource, et souvent la méthode sous-périostée est d'une grande utilité. Par exemple, après avoir redressé une ankylose, si l'on cherche une ankylose nouvelle, on respectera le périoste avec soin; si, au contraire, on désire une articulation mobile, on enlèvera une bandelette périostique circulaire au niveau du futur interligne. Le périoste sera relevé en manchette et suturé dans les avivements osseux dirigés contre les pseudarthroses, parmi lesquelles il en est qui exigent une opération immédiate, lorsqu'il y a interposition des fibres musculaires entre les fragments. Les résections *préliminaires* et *temporaires* doivent être sous-périostées. Enfin les *résections ostéoplastiques* pour la reconstitution du nez, par exemple, à l'aide de lambeaux périostiques, sont une des applications les plus heureuses de la méthode.

D'autres opérations, *chondrectomie* et *chondrotomie*, se fondent sur le rôle du cartilage de conjugaison, et celles-là, destinées à parer aux allongements et aux raccourcissements, surtout sur les segments de membre où le squelette est formé de deux os parallèles, seront parfois utilisables contre les *suites éloignées des résections* (chap. X). Dans ce chapitre, par lequel M. Ollier termine son livre, nous trouvons la confirmation absolue de faits expérimentaux étudiés au début, avec les raccourcissements énormes dus à la suppression intempestive des *épiphyses utiles*, les allongements atrophiques, les déviations osseuses dues aux lésions de cartilages conjugaux. Mais tout cela peut être atténué si l'on opère en obéissant aux enseignements de la physiologie, et, dans de bonnes conditions, des néarthroses se constituent qui sont solides et même rentrent à peu près dans des types anatomiquement définis. Autrefois on obtenait surtout des membres ballants; aujourd'hui les bons résultats orthopédiques sont la règle. N'est-ce pas là un progrès considérable, et n'est-ce pas à M. Ollier que la chirurgie en est en majeure partie redevable?

A. Broca.

De la déchirure du col de la matrice, de son rôle pathogénique et de son traitement, par le docteur Louis Cot. Thèse de Montpellier. Paris, 1885. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Plaidoyer en faveur de l'opération d'Emmet, que l'auteur considère comme trop dédaignée en France, et qui est plus en faveur à l'étranger. Peut-être, à notre avis, pourrait-on craindre qu'elle ne soit trop en faveur à l'étranger, et penser que si, dans notre pays, les chirurgiens et les gynécologistes ne pratiquent pas les milliers de trachélorrhaphies exécutées en Amérique, c'est qu'ils discutent plus soigneusement les contre-indications de l'opération, et sont plus soucieux du danger qu'ils font courir à la vie humaine. Cependant, il faut reconnaître que, dans un certain nombre de cas bien déterminés, l'opération d'Emmet, sagement conduite, remédiera avec grand avantage aux accidents divers de métrite, d'adénolymphite péri-utérine, de déviations de la matrice, qui résultent de la déchirure du col produite par un accouchement antérieur. Sous ces réserves, nous ne pouvons que féliciter l'auteur du soin qu'il a apporté à étudier les causes prédisposantes et immédiates de la déchirure du col, les symptômes qui l'accompagnent à plus ou moins longue échéance, et surtout les règles et le manuel de l'opération. Celle-ci consiste, on le sait, dans l'avivement de la déchirure et la suture des bords, précédés d'un traitement préparatoire destiné à mettre la malade dans les meilleures conditions possibles pour arriver à la guérison sans accidents.

Agenda formulaire des médecins praticiens, fondé par le docteur A. Bossu. Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Edition pour l'année courante d'un agenda formulaire déjà connu, et dans lequel on regrette de trouver, comme dans la plupart des autres formulaires, quelques inexactitudes dans les noms, adresses ou heures de consultation des médecins de Paris. Ce petit volume renferme un Précis de pathologie infantile, avec formulaire spécial, rédigé par le docteur Descroizilles, et qui peut rendre de grands services dans bien des circonstances de la pratique.

Pathologie et traitement des affections puerpérales, par M. H. Fritsch, professeur à l'Université de Breslau. Traduit de l'allemand par les docteurs E. Lauwers et E. Hertoghe. — Paris, 1885. G. Carré.

C'est la traduction d'un excellent petit traité de l'infection puerpérale étudiée tant au point de vue de son origine et de sa nature qu'à celui de la prophylaxie et de la thérapeutique de cette redoutable affection. L'auteur s'y montre partisan convaincu de la théorie parasitaire infectieuse, c'est dire assez qu'il préconise les divers modes du traitement antiseptique préventif et curatif. Il montre, à l'aide de statistiques empruntées aux différents

auteurs allemands ou étrangers, les résultats excellents qui ont été obtenus, et croit, avec juste raison, qu'on ne saurait trop persévérer dans cette voie. Certes, il ne se dissimule pas que l'emploi des antiseptiques offre certains inconvénients, certains dangers même, si l'on y a recours en dehors des règles sagement établies; il signale les accidents locaux ou généraux qui ont suivi parfois l'usage des irrigations intra-utérines, les phénomènes d'intoxication dus au bichlorure de mercure, mais il fait voir aussi que des précautions fort simples mettent à l'abri du danger, et que les injections intra-utérines, en particulier, restent un des plus précieux moyens de combattre, après l'accouchement, l'éclosion des accidents infectieux. Il est loin d'accorder une semblable confiance à l'action des médicaments administrés pendant l'évolution des accidents, et l'on ne peut lui reprocher son scepticisme, trop souvent justifié, à l'égard du sulfate de quinine. Il trace enfin, avec un soin minutieux, les règles de la désinfection à pratiquer par les sages-femmes aux divers moments de la parturition.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES FEMMES, par le docteur GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Paris, 1886. G. Masson.

Dans cet ouvrage, de près de 450 pages, l'auteur passe en revue les principales affections des organes génitaux externes et internes de la femme; cependant on peut regretter de ne pas y rencontrer certains chapitres de gynécologie, tels que ceux ayant trait au phlegmon péri-utérin ou à la dysménorrhée membraneuse. On peut aussi s'étonner de voir que certains noms d'auteurs, qu'on s'attendrait à retrouver fréquemment cités au cours d'un livre de ce genre, soient absolument omis dans les trop rares indications bibliographiques. Signalons les pages consacrées au nervosisme génital, aux dermatoses génitales et à l'étude de la femme au point de vue psychologique; ainsi que la discussion relative aux indications et aux chances de succès de la fécondation artificielle.

DES DIFFÉRENTES FORMES DE DYSPNÉE CHEZ LES BRIGHTIQUES, par le docteur Augustin URIBE. — Paris, 1886. Ollier-Henry.

Dans cette intéressante et consciencieuse monographie, l'auteur établit que la dyspnée qui se montre chez les brightiques peut être classée sous deux chefs différents : elle dépend de lésions matérielles des organes respiratoires ou du cœur (œdème, bronchite, congestion pulmonaire, dilatation cardiaque, asystolie, etc.), ou bien elle peut exister indépendamment de ces diverses lésions. Dans ce dernier cas, tantôt il n'existe, en effet, aucune lésion des organes d'hématose et de circulation, et, par suite, la nature indépendante de la dyspnée s'affirme d'elle-même; tantôt quelques-unes de ces lésions existent, mais l'intensité de la dyspnée est manifestement disproportionnée avec la gravité ou l'étendue de la lésion matérielle. Il faut donc bien attribuer cette dyspnée essentielle ou cet excès de dyspnée à une autre cause, et c'est vraisemblablement à des modifications dans l'activité du centre respiratoire qu'il convient de la rapporter. De la discussion attentive des faits à laquelle il s'est livré, le docteur Uribe croit pouvoir conclure que ces modifications de l'activité du centre respiratoire se résument en deux variétés principales : excitabilité exagérée; engourdissement plus ou moins profond. A la première se rapporte la dyspnée sans lésion qui accompagne si fréquemment les premières phases du mal de Bright; sa cause prochaine se trouve renfermée dans l'action sur le centre respiratoire des principes non éliminés par suite d'une viciation de la dépuration rénale; elle est d'origine urémique. La seconde variété, susceptible d'une même interprétation pathogénique, est représentée en clinique par le mode respiratoire dit de *Cheyne-stokes;* c'est moins une dyspnée qu'une anhélation intermittente résultant de la *somnolence* du centre respiratoire, périodiquement réveillé par l'accumulation d'acide carbonique dans le sang sous l'influence de la suspension de la respiration. C'est une étude qu'on ne lira pas sans profit.

L'AMOUR DANS L'HUMANITÉ, par M. P. MANTEGAZZA. Traduit par M. Emilien CHESNEAU. In-18 de 408 pages. — Paris, 1886, Fetscherin et Chuit.

Le titre adopté par M. Mantegazza n'a pas, malgré sa brièveté, toute la clarté désirable; il l'a si bien senti, qu'il ajoute immédiatement en commentaire : « Essai d'une ethnologie de l'amour. » Ce commentaire n'élucide rien. Il nous paraît difficile, étant donné le sujet, de ne point accorder une place prépondérante à l'analyse psychologique. Le mot a été appliqué à des sentiments faits d'admiration, de dévouement, de tout ce qu'il y a de plus noble et de plus élevé chez l'homme. Il est impossible d'abstraire de la même manière l'amour sans qualificatif; il est impossible de l'isoler de ses origines, de l'étudier en perdant de vue son but. Si touchantes que soient les plaintes, si sublimes que soient les actions inspirées par lui, elles présentent toujours quelque chose de fatal et d'instinctif qui les rapproche des autres actes de la vie organique.

Chez l'homme, les phénomènes de cette nature ne sont point aussi simples que dans les différentes espèces animales. Les anciens divinisaient tout, nous humanisons tout, de telle sorte que l'amour devient quelque chose de complexe fait d'instincts, d'esthétique, de dévouement, de contrastes, de sincérité, d'hypocrisie et de brutalité. « C'est, comme le dit avec un véritable bonheur d'expression M. Bouché-Leclercq, un fantôme trompeur qui semble tout esprit, et qui est enchaîné à ce point à la matière que, comme les nuages de notre atmosphère, il semble toucher au ciel, et en réalité rampe, retenu par l'attraction physique, bien près de l'argile, d'où il tire l'une après l'autre toutes les générations. » Il eût peut-être été intéressant, pour un anthropologiste, d'étudier les conséquences psychiques de ces impulsions instinctives, qui ne diffèrent, chez tous les individus normalement constitués, que par leur mode et leur intensité. M. Mantegazza ne l'a pas même essayé; craignant probablement de se perdre dans les nuages, il s'est tenu le plus près qu'il a pu de l'argile. Le livre est, en réalité, un traité de zootechnie appliqué à une seule espèce; il eût peut-être mieux valu, pour ne tromper personne, l'intituler : « Du premier acte de la fécondation dans l'espèce humaine. » M. Mantegazza, qui demande à son lecteur de le suivre sans malignité, lui promet qu'il sera ému après l'avoir lu comme il l'a été lui-même en écrivant; il avoue que le livre est audacieux, mais laisse entendre qu'il est didactique et scientifique. Nous doutons qu'il tire toutes les conséquences logiques de cette idée, et pousse l'enthousiasme pour sa méthode jusqu'à réclamer la fondation, dans les Universités de son pays, de ce qui constitue aujourd'hui l'auxiliaire indispensable de tout enseignement scientifique : des musées et des laboratoires.

DECHIRURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE; PÉRINÉORRHAPHIE; GUÉRISON. — FIBRO-MYOME UTÉRIN; HÉMORRHAGIES INCOERCIBLES; CASTRATION; MORT LE NEUVIÈME JOUR, par le docteur LENGER. Liége, 1886, in-8°. (Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liege.*)

Il s'agit de deux observations : l'une de déchirure complète du périnée, survenue pendant un accouchement au forceps et remontant assez haut sur la cloison recto-vaginale. L'auteur a exécuté l'avivement et le passage des sutures vaginales d'après le procédé de M. Verneuil, et pour la reconstitution du périnée proprement dit a employé le procédé de Jude Huë (de Rouen), qui lui paraît le meilleur pour bien rapprocher et réunir les bords du sphincter de l'anus à la partie inférieure de la cloison recto-vaginale. L'opération réussit très bien.

L'autre observation est suffisamment indiquée par le titre ci-dessus. M. Lenger fait ressortir les avantages de la castration ou oophorectomie sur l'hystérectomie; la mortalité n'est que de 14,6 pour 100 dans la première, tandis qu'elle est de 42 pour 100 dans l'hystérectomie.

PAPILLOM AM 5. LUFTRÖHRENKNORPEL AUF LARYNGOSCOPISCHEM WEGE ENTFERNT, par le docteur C. LABUS (de Milan). Berlin, 1886, in-8°. (Extrait du *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.*)

Ce mémoire est relatif à un genre très rare d'affections, aux tumeurs intra-trachéales; on ne connaît que deux cas de sarcomes observés par Schrötter, trois cas décrits par Mackenzie, dans lesquels le diagnostic anatomo-pathologique n'a pas été fait, enfin trois cas de papillome observés par M. Labus. Cet auteur décrit rapidement les sept premiers cas, et le dernier, plus récent, avec tous les détails qu'il comporte. Il extirpa complètement la tumeur, qui était adhérente au cinquième anneau de la trachée, en se servant d'une longue pince à branches verticales introduite après insensibilisation de la glotte et de l'épiglotte au moyen de la cocaïne. L'opération réussit très bien; mais, comme le fait observer l'auteur, la récidive n'est pas exclue.

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur : MM. le docteur Baudouin, directeur du service de santé au ministère de la guerre, et le docteur Bouchut, médecin en chef des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Fabre, médecin en chef de la marine, et Doué, pharmacien en chef de la marine; le docteur Hurst, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles; le docteur Giard, directeur du service de santé du 2e corps d'armée; le docteur Fée, médecin principal, directeur du 11e corps d'armée; le docteur Tarneau, médecin en chef de l'hôpital Saint-Martin, à Paris; le docteur Millet, médecin-major de 1re classe au dépôt de recrutement de la Seine et à la prison militaire du Cherche-Midi; Marty, pharmacien principal de 1re classe, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Au grade de chevalier : MM. Duchateau, médecin professeur de la marine; Chalmé, pharmacien professeur de la marine; Rebusat, Audibert, Maurin, Caradec et Boyer, médecins de 1re classe de la marine; Pain, médecin-major de la garde civique de Cayenne; le docteur Diday, doyen des chirurgiens des hôpitaux de Lyon; le docteur Laveran, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce; les docteurs Billet, Magdeleine, Dupuy, Ribart, Granjux, Grach-Laprade, Dubarry, Bressy, Cordier, Playoust, Mazellier, Pouchet, Gresnion-Menuau, médecins-majors; Burcher et Marty, pharmaciens-majors; le docteur Leroux, à Caen; le docteur de Gauljéac, à Agen; le docteur Colard, à Ornans; le docteur Chalomel, vice-président du Conseil général de la Drôme.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République, en date du 5 juillet 1886, ont été promus :

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe : Geoffroy (Lambert-Maxime); Masse (Pierre-Victor-Edme); Clavier (Louis-Joseph-Marie).

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe, docteurs en médecine : Ballot (Joseph-Marie); Dhoste (Paul-Louis-Clément); Pellissier (Charles-Gaston); Le Janne (Théodore-Charles-Marie); Mercié (Louis-Léon-Gustave); Cousyn (Eugène-Frédéric-Louis); Pouvreau (Paul-Marie-Emmanuel).

PRIX CIVIALE. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1886 au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique.

FIÈVRE SCARLATINE. — Plusieurs journaux ont répandu le bruit qu'une épidémie de fièvre scarlatine sévissait dans la maison de la Légion d'honneur de Saint-Denis, et avait déjà fait un grand nombre de victimes. Cette assertion est exagérée. Il y a eu à Saint-Denis, comme dans beaucoup d'établissements publics, une légère épidémie de scarlatine, mais sans aucune gravité, et surtout sans victimes. Toutes les élèves atteintes sont en convalescence, et la date de l'ouverture des vacances n'a pas été avancée.

LE MONUMENT DE CH. ROBIN. — Les amis et les disciples de Ch. Robin ont résolu de réunir par souscription les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui consacrât la mémoire du savant et du philosophe. Une somme importante a déjà été recueillie. En tête de la liste figurent les noms de plusieurs collègues de Ch. Robin, soit au Sénat, soit dans l'enseignement supérieur.

Les personnes qui voudront prendre part à cette souscription et recueillir des adhésions nouvelles sont priées de transmettre les fonds à M. Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, qui a bien voulu se charger de les centraliser.

En tête de la liste se sont inscrits : MM. Goujon, 500 francs; Reliquet, Pouchet, Arbel, 100 francs; H. Rouen, 50 francs; docteurs Paulin, Delaporte, Championnière, Peter, Gimbert, 20 francs; Germain Casse, Hamy, 5 francs, etc., etc.

EXPOSITION SAVORGNAN DE BRAZZA. — Une exposition des collections de la mission scientifique Savorgnan de Brazze dans l'Ouest africain a été organisée dans les bâtiments de l'Orangerie du Muséum par les soins des professeurs et de tout le personnel scientifique de cet établissement. Cette exposition a été ouverte officiellement le 30 juin 1886, à deux heures de l'après-midi, par M. Goblet, ministre de l'instruction publique, assisté de M. Xavier Charmes, directeur du secrétariat du ministère, et de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, en présence de M. Fremy, professeur-directeur, et de la plupart des autres professeurs. La notice sur ces collections a été rédigée par notre collaborateur, M. Emile Rivière.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le médecin général de Frisch, l'un des chefs les plus respectés de l'armée autrichienne, décédé à l'âge de soixante-seize ans; de M. Cotin, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de Paris et de M. le docteur Rigaud père (de Dun sur Meuse).

MORTALITÉ A PARIS (26e semaine, du 27 juin au 3 juillet 1886). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 4. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 17. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 21. — Choléra, 0. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 42. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 23. — Autres affections générales, 65. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 16 — Pneumonie, 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 22; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 43; de l'appareil digestif, 52; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 11; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 19. — Total : 969.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La pratique des maladies vénériennes, par M. P. Diday. 1 vol. in-8 de 560 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 6 fr.

Coxotuberculose. Leçons faites à la Faculté de médecine, par M. le professeur Lannelongue, recueillies par M. le docteur Ménard. 1 vol in-8 avec 35 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, Asselin et Houzeau. 12 fr.

Du sommeil non naturel, ses diverses formes, par M. le docteur H. Barth. Grand in-8 de 190 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 4 fr.

De la médication abortive, par M. le docteur de Beurmann. Grand in-8 de 260 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 4 fr. 50

Des paralysies toxiques, par M. le docteur E. Brissaud. Grand in-8 de 120 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 3 fr. 50

Des crises dans les maladies, par M. le docteur A. Chauffard. Grand in-8 de 130 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 3 fr. 50

De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, par M. le docteur J. Déjerine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8 de 308 pages avec 70 tableaux généalogiques, dont 5 hors texte. Paris, Asselin et Houzeau. 7 fr.

Des pyrexies abortives, par M. le docteur Maurice Letulle. Grand in-8 de 210 pages avec 18 tracés. Paris, Asselin et Houzeau. 4 fr. 50

Des parentés morbides. par M. le docteur Boinet. In-8 avec nombreux tableaux. Paris, Asselin et Houzeau. 5 fr.

Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par M. le docteur Martineau. 1 vol. in-18 avec 4 pl. lithographiées. Paris, A. Delahaye et A. Lecrosnier. 3 fr. 50

Des pseudo-tabès, par M. le docteur Leval-Picquechef. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884, par M. le docteur Duflocq. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Le pouls puerpéral physiologique, grossesse, accouchement, couches normales, par M. Pierre Lange, docteur en médecine. In-8 avec 112 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude clinique sur la folie héréditaire (des dégénérés), par M. le docteur Saury. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies, par M. le docteur Blanc. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

6068. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Hystérectomie; Rein mobile névralgique et néphrectomie; Élection.

La sécurité que donnent aujourd'hui aux chirurgiens expérimentés les nouvelles méthodes d'antisepsie peut seule justifier les opérations redoutables que l'on n'hésite plus à pratiquer dans des cas où, il y a quelques années à peine, on n'aurait point osé intervenir. Ce sont deux opérations de ce genre dont l'Académie de médecine a écouté, mardi dernier, l'intéressant récit. M. Richelot lui a communiqué une observation d'hystérectomie vaginale faite pour redresser un utérus en rétroversion et M. Polaillon une observation de néphrectomie pratiquée dans un cas de rein flottant. La première ne prêterait qu'à un petit nombre de considérations. L'état de la malade était des plus graves. Une intervention chirurgicale pouvait seule la sauver. L'hystérectomie était-elle absolument nécessaire? N'aurait-elle pu être remplacée par une autre opération? Le succès obtenu par M. Richelot montre tout au moins qu'elle a été utile et que l'habileté du chirurgien l'a rendue inoffensive.

Plus grave encore était la néphrectomie entreprise par M. Polaillon et notre savant confrère a insisté lui-même pour faire remarquer que ces sortes d'interventions doivent être, en raison de leur danger, tout à fait exceptionnelles. Il importait de le dire et d'indiquer, avec le soin qu'y a mis M. Polaillon, toutes les précautions prises en vue de préciser dans ces cas la nécessité d'une opération chirurgicale. La lésion connue sous le nom de rein mobile ou rein flottant est, en effet, beaucoup plus commune qu'on ne le croit d'ordinaire. Elle ne se relie pas aussi fréquemment que le pensait jadis M. Lancereaux à une hypérémie de l'ovaire; d'ordinaire elle suit les hypérémies hépatiques ou les déformations du foie dues à l'usage d'un corset trop serré ou, chez les cavaliers, à des secousses répétées, jointes au port d'un ceinturon lourd et étroit. On les constate plus souvent chez la femme que chez l'homme; mais les observations de rein flottant chez l'homme ne sont pas excessivement rares. Ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est l'existence d'un rein mobile à gauche. D'ordinaire la maladie reste assez longtemps méconnue. Les interprétations les plus diverses sont données aux accidents qu'elle entraîne à sa suite. On les confond avec la gastralgie, les coliques hépatiques, etc. Un jour arrive — nous pourrions citer à l'appui de ces remarques plusieurs observations des plus curieuses — où l'on constate le déplacement du rein et où l'application d'une ceinture abdominale à laquelle s'adapte une pelote spéciale, amène une guérison rapide des accidents observés. Mais il est des cas où les appareils de prothèse les mieux établis ne parviennent pas à faire cesser les crises douloureuses. Dans l'article REIN du *Dictionnaire encyclopédique* auquel nous faisions allusion tout à l'heure, M. Lancereaux ne manque pas de le dire; mais, en 1876, notre savant confrère n'aurait pu songer à conseiller la néphrectomie. On verra, en lisant l'observation de M. Polaillon, combien il est difficile de préciser les conditions dans lesquelles on peut intervenir et jusqu'à quel point les signes physiques les plus évidents en apparence peuvent induire en erreur au point de vue de l'opération à choisir de préférence. N'est-ce point le cas de répéter, après M. Polaillon, que ces opérations doivent être considérées comme une dernière ressource dans un cas désespéré et qu'il convient de ne les entreprendre que le jour où toute autre médication aura échoué?

— C'est à la presque unanimité des voix que M. le professeur Bouchard a été élu dans la section de pathologie interne. L'Académie a tenu à affirmer à l'un des maîtres les plus autorisés de l'École française l'estime et le respect qu'inspirent à tous ses savants travaux et son caractère.

PATHOLOGIE INTERNE

Du rein tuberculeux médical.

Par ce titre nous voulons simplement désigner les cas, rares il est vrai, où la tuberculose rénale reste indépendante de toute autre localisation similaire dans les organes urinaires. C'est la tuberculose rénale autochtone, opposée à

la tuberculose rénale secondaire d'origine vésicale, prostatique, uréthrale, etc., en un mot, à la *phthisie urinaire* des chirurgiens. Quelques récents travaux font ressortir certains points de cette question, où les difficultés du diagnostic clinique et de la pathogénie se confondent. L'occasion est propice pour fixer l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

I

Il est presque inutile de remonter aux origines. Howship, Rayer, Cruveilhier ont les premiers signalé l'existence et démontré la nature des granulations grises et des tubercules crus dans la substance rénale. Plus tard, Rilliet et Barthez remarquaient la grande fréquence de la miliaire tuberculeuse dans les reins des enfants qui succombent à la granulie. Puis l'école anatomique de Paris établissait l'identité spécifique de ces granulations et des grosses masses caséeuses, et prouvait que la destruction, en forme de cavernes, des pyramides de Malpighi ou de la substance corticale dérive du même point de départ. Ainsi le fait de la tuberculose du rein et les diverses formes anatomo-pathologiques de cette localisation étaient déjà de notion vulgaire avant la preuve par le bacille.

Par contre, les variétés cliniques de la phthisie rénale présentaient encore bien des points obscurs. Si l'infiltration de granulations grises demi-transparentes s'expliquait aisément dans la tuberculose aiguë généralisée, on ne concevait pas sans peine la corrélation de la localisation rénale et de la localisation pulmonaire dans la phthisie commune, d'autant que les lésions du poumon sont inconstantes. Lorsque, il y a peu d'années encore, grâce à l'enseignement de l'hôpital Necker, les notions relatives à la tuberculose primitive de la vessie, ou de la prostate, ou de l'urèthre, et, en général, de l'appareil génito-urinaire, s'imposèrent et se répandirent, la localisation rénale sembla plus compréhensible. Déjà, depuis Cruveilhier, l'envahissement ascendant des uretères par la dégénération caséeuse était tenu pour une règle générale. Dolbeau et Guyon, tout en faisant des réserves sur les exceptions possibles de cette règle, s'étaient rangés à l'opinion de Cruveilhier.

Les médecins, de leur côté, qui étudiaient la même question en anatomo-pathologistes, Rayer, Rokitansky, Cornil, Lécorché, étaient frappés du grand nombre de cas de tuberculose rénale qu'on trouve à l'autopsie de phthisiques n'ayant présenté, pendant leur maladie, aucun des symptômes qui caractérisent ce que, dans le langage chirurgical, on appelle « *les urinaires.* » Les mêmes autopsies démontraient quelquefois la coexistence de tubercules du rein déjà anciens et de tubercules beaucoup plus récents de la vessie; et il paraissait ressortir de là que la propagation s'était faite de haut en bas, du rein à la vessie, par conséquent à l'inverse du mode de propagation le plus généralement admis. Il est difficile de dire de prime-abord laquelle des deux hypothèses doit prévaloir, car elles n'ont, en réalité, rien de contradictoire. M. Tapret, par exemple, dans un travail connu de tous, déclare que la tuberculose ascendante à localisation vésicale initiale est la plus commune, mais il ne conteste point pour cela la tuberculose exclusivement rénale. Bien au contraire, il rapporte plusieurs observations qui la mettent hors de doute. Or on peut se demander aujourd'hui si tel n'est pas le procédé d'envahissement le plus ordinaire, en dépit des apparences. Cornil et Brault se prononcent pour cette opinion. Nombre de faits consignés dans les comptes rendus des Sociétés savantes, un plus grand nombre encore recueillis et publiés par les élèves de M. Guyon, rendent la démonstration à peu près péremptoire.

Mais, dira-t-on, le temps pendant lequel la localisation tuberculeuse est seulement rénale est si court, qu'il ne vaut pas la peine de l'étudier indépendamment des autres localisations de la tuberculose urinaire. N'est-elle pas la phase initiale d'un processus appelé à se généraliser promptement? Car bientôt les manifestations de la cystite vont devenir prépondérantes. — Cela n'est pas absolument vrai. Et, d'ailleurs, ce qui passe aujourd'hui pour exceptionnel, demain peut-être ne le sera plus, pour peu qu'on se donne la peine de le rechercher. Qui sait si l'on n'arrivera pas ainsi à diagnostiquer, — au sens clinique du mot, — ces tuberculoses rénales qu'on rencontre si souvent par surprise à l'autopsie des phthisiques? L'incomparable collection des *Bulletins de la Société anatomique* est, à elle seule, assez riche d'observations pour nous faire entrevoir la possibilité de ce diagnostic.

Quelle est donc la symptomatologie du rein tuberculeux médical ? Les classiques l'ont à peu près passée sous silence. M. Lécorché, dans son excellent ouvrage sur les maladies des reins, ne lui a réservé que quelques pages, et les articles de MM. Lancereaux et Labadie-Lagrave, dans les deux dictionnaires, l'ont en partie sacrifiée à l'étude anatomo-pathologique. C'est en somme aux chirurgiens que nous devons les quelques notions sémiologiques auxquelles se réduit ce chapitre encore fort incomplet, et c'est le mémoire de M. Tapret, rédigé sous une inspiration chirurgicale, qui nous fournit aussi les principaux éléments du diagnostic clinique.

II

Les débuts sont insidieux. Des douleurs lombaires ou lombo-abdominales; des coliques qui s'irradient sur le trajet des uretères, principalement de l'uretère gauche; une polyurie, variable quant à son intensité et quant à l'époque de son apparition; des modifications assez notables de la qualité des urines; des accès de fièvre, des troubles dyspeptiques, etc., tels sont les principaux symptômes dont la plupart des observations font mention, sans y attacher l'importance qu'ils méritent.

Entre tous ces symptômes, la douleur lombaire est d'une constance vraiment remarquable. Elle est « lancinante, gravative, exaspérée par la pression ». Son foyer d'intensité maximum répond avec une exactitude suffisante au rein lui-même, et le plus souvent à celui du côté gauche; mais elle peut, comme dans un cas de tuberculose du rein droit rapporté par Chauffard, s'étendre à la région sous-hépatique. D'autres fois ses irradiations atteignent la cuisse, ainsi qu'on l'observe si souvent dans les néphrites calculeuses. Contraint par cette douleur, le malade garde une attitude qui rappelle celle du rhumatisme lombaire : il marche penché en avant et se couche en chien de fusil. Ce lombago d'une nature particulière, tantôt permanent, tantôt intermittent, peut durer pendant des mois, seul, sans autre symptôme concomitant, et présenter une telle intensité qu'il rend tout travail impossible. Il est remarquable qu'un signe de cette valeur, consigné dans un très grand nombre d'observations, n'occupe pas une place plus importante dans les quelques descriptions auxquelles nous avons fait allusion.

De véritables coliques néphrétiques se surajoutant à cette douleur marquent avec plus de précision encore le siège du mal. Inutile d'insister sur ces crises; elles sont absolu-

ment identiques à celles de la gravelle : même début, même paroxysme, même terminaison, à cette différence près que, si le malade élimine quelque chose, ce ne sont pas des graviers, mais de petits fragments de coagulum sanguin. Une observation de M. Nourric, recueillie dans le service de M. Dreyfus-Brisac, est consacrée à un cas où des coliques néphrétiques franches, se reproduisant à courts intervalles, furent, pendant plus d'un mois, la seule manifestation d'une tuberculose rénale, laquelle se termina plus tard par une tuberculose de la vessie.

D'autres fois c'est par une hématurie sans coliques néphrétiques que le mal se révèle. Cet accident est le pendant de l'hémoptysie initiale dans la tuberculose du poumon. La quantité de sang rendu est très variable, mais elle est toujours notable ; c'est souvent un vrai pissement de sang, qui se produit le matin de préférence. Le caractère principal de cette hémorrhagie est d'être passagère. Elle n'a pas la persistance des hémorrhagies vésicales, qui se répètent avec une désespérante facilité sous l'influence des causes les plus insignifiantes. On voit le parti que le diagnostic peut tirer de cette différence (Guyon, Tapret).

Les urines sont loin de présenter des altérations constantes, surtout dans les premiers temps. C'est à peine si quelques observations signalent une certaine polyurie qu'on pourrait, à la rigueur, rattacher à une influence nerveuse réflexe. Mais, dans la suite, la quantité et la qualité des urines se modifient toujours, et toujours de la même façon.

La polyurie s'affirme, tantôt permanente, tantôt sous forme d'accès. L'urine est *trouble et décolorée ;* elle ne s'éclaircit jamais, quelques précautions qu'on prenne pour la filtrer ; elle laisse déposer une quantité variable de pus et de matière caséeuse, même lorsque la vessie ne peut encore être soupçonnée d'envahissement granuleux ou d'ulcérations tuberculeuses, comme dans les observations de Lala. Cela d'ailleurs concorde parfaitement avec l'observation suivante du professeur Guyon : que, dans la tuberculose urinaire générale, lorsque le dépôt purulent des urines est très abondant, il est de provenance rénale et non vésicale.

La tuberculose du rein est-elle, de son propre fait, capable d'albuminurie ? Voilà une question assez difficile à trancher. Il va sans dire que, du jour où le malade élimine du pus ou des détritus caséeux, la présence d'une albumine rénale dans l'urine devient d'une constatation à peu près impossible. Mais, tout à fait au début, à l'époque de la simple infiltration granuleuse, le rein laisse-t-il passer l'albumine ? Dans les cas de phthisie aiguë à localisation rénale, l'albuminurie ne peut guère faire défaut. Elle ne constitue alors qu'un symptôme de néphrite infectieuse. Au contraire, dans la phthisie rénale proprement dite, elle paraît être exceptionnelle ; ou bien, si elle existe, il y a toujours, en dehors de la tuberculisation rénale proprement dite, assez de lésions de néphrite pour l'expliquer. C'est ainsi que certains phthisiques à rein tuberculeux peuvent présenter le tableau clinique très complet d'un mal de Bright à forme épithéliale. Et quand rien ne permet d'incriminer une lésion parenchymateuse du rein, il faut encore chercher une autre cause que la tuberculose elle-même, et l'on a grande chance de la rencontrer. Tel est le cas de l'albuminurie observée par M. Letulle chez un tuberculeux diabétique. Les altérations rénales qu'entraîne presque toujours la polyurie diabétique sont en effet de nature à provoquer l'albuminurie.

D'autre part la rareté absolue de l'albuminurie, même orsqu'il s'agit de destruction tuberculeuse *des deux reins,* autorise à supposer que ce symptôme n'appartient pas en propre à la phthisie rénale. Chez un malade qui succomba à une double néphrite tuberculeuse *atrophique* et *caverneuse* Lacombe ne put jamais déceler dans l'urine d'autre albumine « que celle qui entrait dans la composition du sang rendu avec elle ». M. Tapret est donc parfaitement fondé à proclamer que l'albuminurie, dans le cas de rein tuberculeux médical, est non seulement inconstante, mais exceptionnelle. Faut-il ajouter qu'il y a lieu, ici comme en toute autre circonstance, d'admettre des exceptions ? M. Paul Le Gendre a publié une observation où l'albuminurie semblait relever directement de la tuberculose. M. Revilliod, dans un travail tout récent, dit aussi l'avoir observée, ainsi que M. Cadet de Gassicourt. Les cas auxquels M. Revilliod fait allusion se seraient même compliqués d'œdème au point de faire croire à une néphrite scarlatineuse.

Voilà un nouveau symptôme, l'œdème, qui n'a guère plus de valeur que l'albuminurie, et nous ne le citons que pour mémoire. Il manquait dans trois cas rapportés par Lancereaux, où la destruction des deux reins était presque complète ; il existait, par contre, dans une observation du même auteur, qui ne signale que des altérations relativement insignifiantes. Une autre observation due à Canac et analogue à celles de Revilliod, mentionne un œdème généralisé avec infiltration des paupières qui fit porter le diagnostic de mal de Bright.

Nous ne nous arrêterons pas davantage aux signes objectifs tels que l'œdème lombaire ou la tumeur perçue à travers la paroi abdominale. Il nous suffira de dire que l'exploration du ventre par le palper peut, dans certains cas douteux, faire éviter de graves erreurs de diagnostic. Les reins tuberculeux sont toujours de *gros* reins ; il est rare que la main n'arrive pas, chez les phthisiques, presque infailliblement amaigris, à percevoir l'extrémité inférieure de l'organe malade, lorsque l'hypertrophie est arrivée à un certain degré. Bien entendu nous ne parlons pas de ces cas dans lesquels le rein augmente de volume au point de remplir une partie de la fosse iliaque (observation de Jamin).

Quand la fièvre hectique se déclare, quand aux vomissements incoercibles qui caractérisent souvent la cachexie rénale s'ajoutent les manifestations cérébrales de l'urémie, les hésitations du diagnostic se changent en certitude. Mais ces accidents ultimes ne se révèlent quelquefois qu'après des semaines, des mois *ou des années.* On pourrait douter que la tuberculose rénale demeurât si longtemps circonscrite. Les faits cependant sont incontestables. Sans parler de la scrofule rénale étudiée par Cobianchi, nous appellerons seulement l'attention sur une observation de Tapret, relative à un malade examiné successivement par Dolbeau, Paget et Millard, et chez lequel les douleurs lombaires compliquées d'hématurie furent, pendant plus de deux ans, les seuls symptômes d'une tuberculose locale du rein, dont l'autopsie donna la preuve.

Le rein tuberculeux médical représente, avons-nous dit, le stade initial de la tuberculose urinaire généralisée. Tôt ou tard, selon les classiques, apparaissent les troubles de la miction qui révèlent l'envahissement de la vessie. Mais il faut, ici encore, s'incliner devant les faits qui démontrent la curabilité de la tuberculose rénale. Par une singulière circonstance, ce sont les anatomo-pathologistes Cruveilhier, Lebert, Lancereaux, qui en ont fourni les preuves. En un mot, on peut trouver dans les reins *des tubercules de guérison* comme on en trouve dans le poumon. La calci-

fication de ces tubercules est le meilleur criterium de leur curabilité.

L'exposé de symptômes qui précède nous dispense, malgré sa brièveté, de toute considération relative au diagnostic différentiel. Ceux de ces symptômes qui pourraient surtout donner le change sont le lombago, les coliques néphrétiques et les hématuries, surtout quand ils se manifestent chez un sujet de souche arthritique ou goutteuse. Dans le cas où le doute se prolongerait, la découverte du bacille spécifique dans l'urine du malade résout immédiatement la question dans le sens de la tuberculose. Mais, si la recherche du bacille est infructueuse, il faut se garder de tirer une conclusion; car tous les observateurs compétents qui se sont livrés à cette investigation, et qui l'ont préconisée, Babès, Rosenstein, Cornil et Brault, Singleton, de Gennes, en proclament les difficultés et mettent en garde contre l'infidélité des résultats.

III

Nous avons dit, au début de cet article, que les auteurs étaient partagés sur la question de savoir si, dans la tuberculose ordinaire, la localisation rénale était le plus souvent primitive ou secondaire. Pour les anatomistes qui avaient cru constater des lésions prépondérantes dans les pyramides de Malpighi, la tuberculose était ascendante ou secondaire; pour ceux qui avaient assisté à la formation des granulations grises, au pourtour des pyramides de Ferrein, la tuberculose était autochtone ou primitive. Il est aujourd'hui certain, de par le seul examen à l'œil nu, que cette dernière localisation est de beaucoup la plus fréquente.

Un travail micrographique récent de M. R. Durand-Fardel confirme cette manière de voir. Il démontre d'abord que dans les cas où des granulations ne sont pas apparentes dans la substance corticale, au pourtour des pyramides de Ferrein, cette partie du parenchyme rénal peut déjà être infiltrée de bacilles. En outre, la répartition des granulations, dans les formes les plus nettes de la tuberculose rénale, en particulier dans la phthisie aiguë, répond à celle des glomérules de Malpighi, disposés autour des pyramides de Ferrein comme des grains de raisin autour de l'axe de la grappe. « On peut, dit M. R. Durand-Fardel, trouver des bacilles dans le bouquet vasculaire du glomérule, *alors même que les lésions anatomiques n'y sont pas apparentes;* il en est de même dans quelques vaisseaux. Dans les altérations commençantes, les bacilles affectent de préférence la surface des anses glomérulaires; dans les lésions les plus avancées, on les rencontre diffusés dans les infiltrations tuberculeuses périglomérulaires en même temps que dans le glomérule. »

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de ces faits. La présence des bacilles dans les artérioles afférentes, en quantité considérable, leur abondance presque égale dans les bouquets glomérulaires sont la meilleure preuve que l'infection tuberculeuse aiguë se généralise par le système sanguin. Cette notion, jusqu'à présent incertaine, trouve une démonstration tout à fait remarquable dans l'anatomie pathologique. Ne peut-on pas, par analogie, admettre qu'il en soit de même dans l'infection tuberculeuse chronique? Et ne suffit-il pas des constatations si intéressantes de M. Durand-Fardel pour comprendre la pathogénie du rein tuberculeux médical en dehors de la tuberculose urinaire des chirurgiens?

E. BRISSAUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

THERMOMÉTRIE CLINIQUE: LE PRONOSTIC DES FIÈVRES PALUSTRES, par M. le docteur CATRIN.

Tous les médecins, qui ont pratiqué dans les pays à malaria, ont été frappés du grand nombre d'individus atteints par les fièvres palustres et dont l'activité physique et intellectuelle est ainsi mise à néant.

Nous ne ferons que rappeler ces hécatombes civiles et militaires si fréquentes dans l'antiquité. On sait que la Sicile devint le tombeau de milliers de ces mêmes Romains, qui laissèrent, dit-on, 50 000 des leurs dans les marais de l'Ecosse. Les Gaulois ne furent pas plus heureux sous les murs de Rome.

Dans notre siècle, à Walcheren, les Anglais, sur un effectif de 39 000 hommes, eurent plus de 4000 décès causés par les fièvres palustres, qui entraînèrent 26 000 entrées aux hôpitaux.

La petite ville de Boufarick a vu sa population se renouveler plusieurs fois, avant d'acquérir le degré de salubrité qu'elle possède aujourd'hui. De 1866 à 1867 à Port-Louis, qui compte 80 000 habitants, les fièvres emportèrent 22 310 personnes, c'est-à-dire un quart de la population.

Mais, outre la question de mortalité, il en est une autre de non moindre importance, c'est celle de la morbidité. Les soldats, les colons atteints par la fièvre deviennent des non-valeurs et ceux-là gênent en outre les opérations militaires et encombrent les hôpitaux.

Nous avons cité les 26 000 Anglais rentrés aux hôpitaux à Walcheren en 1809; ce chiffre formidable nous montre bien que, dans une armée, les fièvres palustres causent de véritables désastres et sont plus redoutables que la plus sanglante défaite. Sur une échelle plus modeste, nous avons vu, après vingt mois de séjour en Tunisie, un bataillon de 600 hommes ne pas avoir dans les rangs de ceux qui restaient (170 environ) 40 hommes n'ayant pas subi d'atteintes de la fièvre intermittente.

La malaria a d'ailleurs mille façons de frapper: tandis, par exemple, que dans notre plus insalubre colonie, la Guyane, elle cause assez fréquemment la mort dès le premier accès, dans d'autres régions, Algérie, Tunisie, c'est à petits coups et, il semble, par de lentes et minimes doses que s'introduit le poison dans l'organisme. Mais cet empoisonnement chronique, s'il ne tue pas, n'en est pas moins redoutable: outre qu'il prédispose aux accès pernicieux, il aboutit à la cachexie, contre laquelle il n'est plus qu'un remède, qui parfois perd son efficacité, s'il est employé trop tardivement: faire que le malade quitte au plus vite la localité dans laquelle il a contracté son affection.

Souvent même le médecin expérimenté n'attend pas cette cachexie et renvoie le patient, lorsqu'il sent, prévoit, que la guérison ne sera obtenue qu'à ce prix, car la quinine pourra juguler l'accès de fièvre, mais n'empêchera pas les récidives.

Telle est l'origine, telle est la cause du grand nombre d'évacuations avec ou sans congé de convalescence, accordées à nos troupes envoyées dans des pays à malaria: Rome, Algérie, Tunisie.

On a même vu ces congés se multiplier avec une telle intensité que l'autorité, émue par ces départs, intervenait, demandait des explications, exigeait des contre-visites, et ce, avec d'autant plus de raison apparente que souvent on voyait des malades qui, rentrés en France, recouvraient rapidement leur santé menacée et n'avaient plus d'accès.

Bien que ces cas soient exceptionnels, car la malaria ne lâche pas si facilement sa proie, ils n'en existent pas moins et ont pu parfois servir de texte à des récriminations contre

l'indulgence des médecins militaires, qui n'ont pourtant qu'un but. l'intérêt du service et celui de la patrie.

Il est même arrivé parfois que tel malade, envoyé d'un poste de l'intérieur dans un hôpital du littoral, n'a plus eu de fièvre à son arrivée dans le milieu hospitalier; dès lors le médecin d'hôpital a quelquefois renvoyé, de ses salles encombrées, le malade, après quelques jours de repos. Et celui-ci de retour dans sa garnison reprend le cours d'une fièvre palustre interrompue par l'influence bienfaisante d'un changement de localité.

Dans d'autres cas, le malade, à l'hôpital, a quelques accès bénins, qui s'amendent, disparaissent, lui laissent dix, quinze jours de repos, puis tout reparaît en remettant le pied sur le sol pathogène et le médecin du corps renvoie ces patients à l'hôpital.

De ce regrettable et quasi inconscient conflit, il résulte souvent pour le Trésor des dépenses énormes, et pour le commandement de douloureuses déceptions, car quelques jours d'expédition, de marche, suffisent pour rendre un grand nombre d'hommes, non pas seulement indisponibles, mais encore gênants.

Quantité et qualité ne doivent jamais être confondues. D'autre part, il est un échec à éviter, celui de renvoyer trop tôt, trop vite, trop facilement dans la mère patrie des hommes qui auraient pu guérir, soit à l'hôpital, soit dans un dépôt de convalescents, en y séjournant plus longuement, soit sur les lieux mêmes.

Trop souvent, le médecin militaire, mû par un but louable, s'obstine, s'entête à garder des militaires palustres; la chose nous est arrivée, et qu'il me jette la première pierre, celui qui n'a point péché de même

Eh bien, cette grave question intéressant à la fois et les intérêts pécuniaires (voyage, séjour aux hôpitaux) et les intérêts militaires (effectifs illusoires), nous avons pensé, nous avons cherché à la résoudre, et nous espérons avoir trouvé certains signes, certains symptômes permettant de dire qu'un homme atteint par la malaria pourra ou non guérir dans le pays même, ou aura besoin d'être rapatrié. Médecin d'un bataillon du 127e de ligne, détaché en Tunisie de septembre 1881 à février 1883, nous avons suivi constamment les hommes composant ce bataillon, et rentrés avec eux en France, nous avons pu observer les effets plus ou moins éloignés de la malaria. En Tunisie, grâce à la stabilité de ce bataillon, campé pendant près d'un an dans le même poste, nous avons pu installer une infirmerie convenable, y traiter un grand nombre de malades et les observer avec tout le soin désirable; de nombreux thermomètres nous ont permis de prendre d'une façon régulière la température des fébricitants et nous avons pensé que de l'ensemble de ces observations il nous était permis de tirer certaines conclusions.

Notre travail a consisté à prendre la température de tous nos fiévreux, et, si nos courbes (537) ne sont pas assez nombreuses pour qu'on en puisse faire sortir une loi, elles permettent néanmoins de croire que les indices recueillis ont une certaine valeur.

La plupart de nos températures ont été prises par nous-même et la solution de ce problème, qui semble difficile, est pourtant simple : il suffit d'avoir un certain nombre de thermomètres. En Tunisie, nous en avons eu cinq, même huit à notre service. A tout malade accusant la fièvre, on plaçait le thermomètre sous l'aisselle : si, dix minutes plus tard, le mercure n'avait pas dépassé 37 degrés, l'instrument était enlevé ; sinon, on le laissait encore cinq minutes. Avec huit thermomètres, en une heure, on pouvait ainsi observer trente-deux fiévreux. On voit que la besogne n'était ni bien lourde, ni bien compliquée. En outre, le thermomètre nous débarrassait de tous les simulateurs. Le soldat ne disait plus: Je vais à la visite, mais bien : Je vais à la température. S'il accusait des accès nocturnes, nous étions d'ailleurs toujours à son service pour en constater la réalité.

Nous ne voulons pas dire que tout est dans le thermomètre; nous savons et nous apprécions l'importance du pouls et des autres symptômes, mais nous n'en reconnaissons pas moins la valeur de la température, comme criterium de la fièvre, ayant toujours été fort sceptique pour les fièvres sans fièvre, comme pour les varioles sans variole.

Ce sont nos observations et leurs déductions que nous nous proposons d'exposer. Il reste à vérifier la vérité de ce que nous avançons, en multipliant les observations thermométriques, et nous terminerons ces préliminaires en répétant cette parole du philosophe : Si je me suis trompé, c'est de bonne foi.

Notre bataillon, en arrivant en Tunisie (16 septembre), fut envoyé à la Manouba, où sévissait une épidémie de fièvre typhoïde, sur laquelle il a été assez écrit pour que nous n'insistions pas. Nous ne séjournâmes que quinze jours dans cette localité, mais ce laps de temps suffit largement pour que le fléau nous atteigne et s'attache à nos pas; nous emportons la fièvre typhoïde à Testour, puis à Medjez el Bab, et du 21 septembre 1881 au 1er janvier 1882 nous avions 81 entrées aux hôpitaux pour fièvre typhoïde, 18 décès, 52 convalescences, 10 évacués.

En janvier 1882, moururent encore trois hommes entrés en 1881 : ce qui prouve surabondamment l'inanité du prétendu antagonisme des fièvres intermittentes et typhoïde. Dès cette époque, en effet, nous avions pu observer quelques cas de fièvre palustre, mais ces fièvres étaient alors relativement rares et en outre les marches, les changements de camp, d'autre part, l'épidémie de dothiénentérie nous laissaient trop peu de loisir pour examiner attentivement les effets du paludisme.

Au 1er janvier 1882, il restait 513 hommes au bataillon et nous n'avons pendant ce mois que 12 entrées aux hôpitaux, 5 en février, 2 en mars, 4 en avril, 1 en mai ; c'est le moment où la malaria sommeille, et ce n'est que vers la fin du plus beau mois de l'année qu'elle se réveille et provoque 18 entrées aux hôpitaux en juillet, puis 47 en août (sur 50 entrées), 35 en septembre (sur 41 entrées).

Enfin en octobre, novembre et décembre, ce sont des anémiques, des cachectiques, qui fournissent la majeure partie de nos malades, gens à grosse rate, à teint jaune terreux, qui s'essoufflent et palpitent à la moindre fatigue.

Examinons rapidement la localité où nous avons séjourné (voy. pour plus de détails : Medjez el Bab, Essai de topographie médicale, in *Arch. de méd. militaire*, t. II, 1885).

Notre camp était placé sur la rive gauche de la Medjerdah, environ à 2 kilomètres de Medjez el Bab, situé sur la rive droite du fleuve, l'Oued Medjerdah, éloigné de 200 mètres environ de nos tentes.

L'O. Medjerdah a un cours sinueux, raviné : ses eaux coulent à 6 ou 8 mètres de la berge; mais, au moment des crues, elles montent de 4 à 5 mètres en très peu de temps et leur courant est très rapide.

Les pluies sont très abondantes, et la nature argileuse du terrain fait que les eaux y séjournent longtemps. En mars et août 1882, treize jours de pluie.

Aucune source d'eau potable dans cette région.

Le sol est cultivé, mais à partir du mois de juin, ainsi que le faisait remarquer un de nos maîtres, M. le professeur L. Colin, pour la campagne de Rome, « la sécheresse du sol est telle, qu'il se fendille en tous sens, augmentant dans une proportion incalculable sa surface d'exhalaison comme pour suppléer au défaut de la pioche du pionnier ou du soc du laboureur ».

La moyenne thermique pour l'année est de 25°,40.

La température croît de janvier en août pour décroître ensuite.

La maximum thermique a été néanmoins observé les 7 et 8 juin (45°,5); le minimum en janvier (zéro le matin, 10 degrés l'après-midi).

On voit que nous trouvons réunies dans cette localité toutes les

conditions du sol palustre, tel que tous les médecins doivent le comprendre avec Vallin :

1° Sol riche en matières organiques ;

2° Eau en quantité suffisante pendant certaines saisons pour maintenir le sol humide ;

3° Température capable d'accélérer la fermentation des matières en présence (Vallin, art. Marais, *Dictionnaire* Dechambre).

Aucun marais.

Dès maintenant nous ferons remarquer combien sont fréquentes les formes complexes des fièvres palustres.

Certes les nosologistes étaient fiers de leur classification des fièvres intermittentes en fièvre quotidienne, tierce, quarte, quintane, sextane, octane, fièvre double et fièvre doublée, etc., mais en pratique tout cet édifice s'écroule et l'on voit trop souvent les types se mêler, s'enchevêtrer de telle façon, qu'il devient difficile de donner un nom à ce type.

Ainsi, dans la courbe suivante, nous voyons trois jours de fièvre intermittente ; un jour de fièvre continue ; quatre jours de repos ; un jour de fièvre intermittente, etc.

	Matin.	Soir.
11 août.	»	38°,6
12 —	37°,8	38°,8
13 —	37°,8	39°,2
14 —	38°,3	38°,9
15 —	37°,0	38°,0
16 —	37°,0	37°,5
17 —	37°,0	37°,3
18 —	37°,2	36°,8
19 —	»	»
20 —	38°,2	38°,0
21 —	37°,4	38°,0
22 — Température normale.		

Chez un autre (Bruneau), les 27 et 28 septembre 1882, la fièvre est continue ; le 30, apyrexie (36°,8, 37°,4) ; le 1er octobre, fièvre intermittente, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au 4, où l'on trouve un jour de fièvre intermittente, deux jours de fièvre rémittente, repos.

Fréquemment, comme l'ont observé beaucoup de médecins, la scène débute par la fièvre rémittente, puis se termine par la fièvre intermittente ; deux ou trois jours de fièvre rémittente, puis deux ou trois jours de fièvre intermittente. Mais on peut voir la fièvre tierce succéder à la rémittente, puis la terminaison avoir lieu par l'intermittente quotidienne.

		Matin.	Soir.
(Clarin)	17 septembre 1882.	38°,4	40°,4
	18 —	40°,1	39°,0
	19 —	37°,0	40°,4
	20 —	37°,0	36°,7
	21 —	36°,7	39°,5
	22 —	36°,0	36°,6
	23 —	37°,0	40°,8
	24 —	36°,8	37°,0
	25 —	39°,8	40°,0
	26 —	36°,6	40°,8
	27 —	37°,6	39°,1

C'est surtout dans les premières atteintes que ces types ont cette irrégularité ; on dirait que le miasme ou l'oscillaria tremble et doute incertain, et dans les accès consécutifs, la marche est beaucoup plus simple.

De même, chez le cachectique, les accès deviennent irréguliers ; aussi voyons-nous en novembre et décembre dominer ces types irréguliers.

Si nous abordons maintenant l'étude de la fièvre rémittente, nous avouerons que nous partageons absolument la manière de voir de M. Colin : « On voit combien la fièvre rémittente diffère cliniquement des fièvres d'accès ; dans le plus grand nombre des cas, elle n'offre rien qui rappelle la périodicité, et si, pour notre compte, nous l'avons plus souvent appelée rémittente que continue, c'était pour nous conformer à l'usage des termes généralement adoptés, usage fâcheux peut-être, car le mot rémittent est, suivant nous, un vestige de la tradition, qui a voulu imposer à ces formes une allure périodique, bien que leur caractère essentiel fût la continuité » (L. Colin, *Traité des fièvres intermittentes*, p. 166).

Nous avons obéi aux mêmes considérations de tradition, regrettant que la haute autorité du professeur du Val-de-Grâce ne se soit pas affranchie de cette tradition pour donner à ces fièvres le nom qu'elles méritent.

Tous les auteurs sont d'ailleurs fort embarrassés pour définir la fièvre rémittente ; nous ne parlons pas de ceux qui en font le synonyme de la fièvre bilieuse grave des pays chauds.

Trousseau n'emploie jamais le terme rémittent et parle des « accidents palustres continus ».

Jaccoud avoue que « sous le nom de fièvre rémittente, on a englobé des faits totalement disparates ». Pour lui, d'ailleurs, n'existe pas la fièvre continue, c'est-à-dire « celle dont le tracé figuratif serait une ligne droite horizontale », de sorte que la fièvre rémittente de Jaccoud est ce que la plupart des auteurs désignent sous le nom de fièvre continue.

Pour le professeur de la Charité, la fièvre rémittente palustre se caractérise par sa transformation fréquente en fièvre intermittente et par la tuméfaction précoce du foie et de la rate.

Pour Dutrouleau, la fièvre rémittente n'est qu'une fièvre intermittente, dont l'intermittence disparaît par suite de la longueur des accès (*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*).

Pour Clark, la fièvre rémittente est une fièvre intermittente, qui paraît à une époque où l'atmosphère est brûlante et sèche. Que le thermomètre baisse, la fièvre intermittente régulière reparaît (*Observations on the diseases in long voyages tohot countries*. London, 1773, p. 118).

« Qu'on fasse tourner avec rapidité une roue dentelée, dit Bailly, les dents ne sont plus visibles et cependant dans la réalité, il y a de véritables intermissions dans leurs apparitions successives vis-à-vis d'un point donné » (Bailly, *Traité d'anatomie pathologique des fièvres intermittentes*, p. 38).

Pour Boudon (*Traité des fièvres intermittentes*), c'est une affaire de dose.

Maillot, dont M. Sorel accepte la définition, nomme rémittentes les fièvres dont les accès ne sont plus séparés par aucun temps d'apyrexie et dans lesquelles les accidents, après avoir décliné brusquement, reprennent tout à coup, et périodiquement, leur plus haut degré d'intensité.

Des accès sans apyrexie ne sont-ils donc pas des accès de fièvre continue, qu'on me passe l'expression, et n'est-ce point trop discuter pour un mot? Le si compétent Hirz n'est d'ailleurs pas plus clair.

Quant à M. Colin, c'est par ses symptômes, bien plus que par l'allure de la fièvre, qu'il a défini la fièvre rémittente.

Pour nous, la fièvre dite rémittente, est caractérisée par sa continuité et d'ordinaire par sa plus grande gravité, surtout quand elle frappe de certaine façon. Son étiologie, sa continuité, sa gravité, tels sont les trois signes pathognomoniques.

M. Sorel, dans un remarquable travail (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1878, n° 47 et suivants), croit pourtant devoir distinguer les fièvres rémittentes des fièvres pseudo-continues, car en prenant la température toutes les deux heures, on trouve, dit-il, dans la fièvre rémittente, des rémissions évidentes ; ainsi, d'après son observation I :

	5 h. 12.	8 h.	10 h.	midi.	4 h.	6 h.	9 h.
19 —	»	»	39°,0	38°,0	39°,5	39°,2	38°,4
20 —	38°,1	37°,9	37°,6	38°,6	39°,7	38°,7	38°,5
21 —	38°,8	38°,5	37°,9	38°,0	38°,8	39°,0	38°,5
22 —	38°,4	37°,9	38°,1	38°,1	38°,7	38°,4	38°,0

Pour cet auteur, la fièvre rémittente est essentiellement constituée par une double exacerbation, dans un nycthémère; elle diffère de la double quotidienne en ce que la rémission ne va pas jusqu'à la normale.

Voyons cependant l'observation XIII :

	5 h. 30.	8 h.	10 h.	midi.	4 h.	6 h.	9 h.
15 août.	»	39°,6	40°,4	40°,2	40°,2	39°,8	39°,8
16 —	39°,8	39°,0	39°,5	39°,8	39°,8	39°,6	39°,6
17 —	39°,0	39°,4	39°,5	40°,1	39°,1	38°,8	39°,0

N'est-ce pas là une fièvre continue, et, bien que M. Sorel fasse remarquer qu'à partir de quatre heures la température est progressivement descendante, oserait-on, n'était le nom traditionnel, ne pas qualifier cette fièvre de continue ?

En outre, dans la pratique, c'est-à-dire lorsqu'on prend deux fois par jour la température, n'appellerait-on pas fièvre continue une fièvre qui à huit heures donne 39°,6 et à six heures 39°,8, puis 39 degrés, 39°,6, etc. Et si l'on examine ce que M. Sorel appelle les rémittentes de longue durée, on trouve tous les caractères thermiques de la fièvre continue (Obs. XVI de son mémoire) :

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
21 juillet.	38°,1	40°,0	28 juillet.	37°,9	38°,1
22 —	38°,8	39°,8	29 —	38°,3	38°,8
23 —	38°,4	39°,4	30 —	38°,4	39°,0
24 —	38°,8	39°,4	31 —	38°,5	40°,0
25 —	38°,8	40°,1	1er août.	37°,8	38°,8
26 —	39°,3	39°,2	2 —	37°,8	39°,6
27 —	38°,6	38°,2	3 —	38°,5	39°,4

Donc, tout en reconnaissant la valeur des observations de M. Sorel, nous répéterons encore que c'est un usage fâcheux de conserver ce mot de « rémittente » et que dans la pratique, on ne peut distinguer la forme rémittente du type dit habituellement continu.

Pour nous, nous avons constaté, relativement à la marche de la température, quatre types de fièvre rémittente palustre, et, pour ne pas multiplier les observations, nous donnerons un exemple de chacun de ces types.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

SUR UNE CONDITION PHYSIOLOGIQUE INFLUENÇANT LES MESURES PHOTOMÉTRIQUES (Note de M. *Aug. Charpentier*). — Après avoir rappelé que la comparaison de deux lumières de différentes teintes donne des résultats variables suivant l'intensité absolue de ces deux lumières, et que les teintes les plus réfrangibles paraissent *relativement* plus intenses que les teintes les moins réfrangibles quand l'intensité absolue est affaiblie, et inversement, l'auteur cite un autre phénomène qui se produit en sens contraire et qui peut, dans certaines conditions, contre-balancer l'influence du premier, c'est-à-dire que, pour une image rétinienne *plus petite*, les couleurs les moins réfrangibles paraissent *relativement* les plus intenses, et, pour une image rétinienne *plus grande*, ce sont les couleurs les plus voisines de l'extrême bleu violet du spectre qui l'emportent en intensité relative.

L'éloignement de l'œil ou le rapetissement de l'objet équivalent donc à une diminution d'intensité de la lumière considérée, mais à une diminution inégale suivant la nature de cette dernière; la diminution est plus lente pour les couleurs les moins réfrangibles.

SUR LES INJECTIONS DES MÉDICAMENTS GAZEUX DANS LE RECTUM (Note de M. *L. Bergeon*). — La méthode thérapeutique à laquelle l'auteur a eu recours dans plusieurs maladies est basée :

1° Sur ce principe de physiologie établi par Claude Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances même toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée;

2° Sur ce fait d'observation qu'un courant de gaz acide carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales, sans provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues.

Voici les résultats obtenus par M. Bergeon dans la phthisie pulmonaire. Après avoir essayé nombre de substances réputées balsamiques, parasiticides ou antiseptiques, il a donné la préférence aux eaux minérales sulfureuses. Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique, traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse, est introduit par le rectum deux fois dans les vingt-quatre heures. Après peu de jours d'emploi, M. Bergeon a constaté les phénomènes suivants : diminution allant jusqu'à la suppression totale de la toux; modification profonde comme qualité et comme quantité de l'expectoration; disparition progressive des râles humides; suppression des sueurs; relèvement de l'état général; et cela non seulement dans la phthisie au début, mais encore dans la phthisie confirmée.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

L'Académie est invitée à entrer en possession d'une somme de 300 francs de rente perpétuelle, provenant d'un legs que lui a fait M. le docteur Mège, à la date du 6 juin 1871.

MM. *Béchamp* (de Lille) et *de Bonnefoux* (de Versailles) envoient des *Plis cachetés* dont le dépôt est accepté.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° diverses brochures sur des sujets de chirurgie, par le M. le docteur *Reverdin* (de Genève); 2° une thèse de M. le docteur *Marçon* sur *l'emploi thérapeutique de l'huile de Chaulmoogra;* 3° un mémoire, en langue allemande, de M. le docteur *Moriggia*, sur un *nouveau moyen d'isoler dans les nerfs la sensibilité de la motilité;* 4° une brochure, en langue grecque, de M. le docteur *Canellis*, sur *les couses prédisposantes de la phthisie pulmonaire.*

M. *Blot* présente un *Manuel pratique de vaccination animale*, par M. le docteur *Vaillard*, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

M. *Tillaux* fait hommage du premier fascicule de son *Traité de chirurgie clinique;* ce fascicule est consacré aux affections chirurgicales de la tête.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Traversa*, la traduction italienne de ses *Nouvelles médications;* 2° de la part de M. le docteur *Bourgeois*, médecin-major, une *Étude* manuscrite *sur la fièvre typhoïde atténuée.*

M. *Hervieux* présente plusieurs mémoires de M. le docteur *Dandirac* sur *les eaux de Cauterets.*

M. *Th. Roussel* dépose plusieurs rapports émanant de la Commission chargée par le Sénat d'une enquête sur la consommation de l'alcool et l'alcoolisme.

M. *Cariel* fait hommage du tome II de son *Traité pratique d'électricité.*

M. *Alphonse Guérin* dépose une *Étude sur les eaux de Saint-Honoré*, par M. le docteur *Marius Odin.*

M. *de Quatrefages* offre un mémoire sur un *vrai nain très intelligent.*

M. *Hardy* fait hommage du *Traité des maladies de la peau*, qu'il vient de publier.

ÉLECTION. — Par 67 voix sur 71 votants, M. *Bouchard* est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Jules Guérin, décédé. M. Damaschino obtient 2 voix ; MM. Cadet de Gassicourt et Dieulafoy, chacun 1.

ALCOOLISME. — La discussion des conclusions du rapport lu par M. Rochard à la dernière séance est remise, à la demande de M. Gallard, à mardi prochain.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.— M. le docteur *L.-G. Richelot* communique l'observation d'une femme à laquelle il a pratiqué l'hystérectomie vaginale pour un utérus en rétroversion. La malade éprouvait des douleurs et des hémorrhagies qui compromettaient son existence ; toutes les tentatives de redressement par les moyens mécaniques étaient restées infructueuses. L'opération fut faite par les procédés classiques et l'hémostase des ligaments larges assurée à l'aide de pinces à forcipressure laissées à demeure. Les suites opératoires furent simples ; la malade, guérie promptement de l'opération, n'a plus vu reparaître les accidents auxquels elle était sujette.

A propos de cette observation, M. Richelot se livre à l'examen des indications et du manuel de cette opération. Le cancer utérin ne lui paraît pas être le seul motif d'intervenir par l'hystérectomie vaginale ; elle peut être pratiquée pour les petits fibromes, pour une simple rétroflexion utérine à symptômes menaçants, pour des prolapsus rebelles. En d'autres termes, puisqu'il semble avéré aujourd'hui qu'il est moins grave, toutes choses égales, d'enlever les tumeurs et les organes pelviens par les voies naturelles que par l'incision abdominale, il convient de s'attacher à saisir, au moment où on peut leur donner passage, les lésions qui déjà menacent la vie et celles dont la marche progressive annonce pour plus tard ou des troubles irrémédiables ou la nécessité d'une intervention plus dangereuse. Quant au manuel opératoire, il faut insister sur les excellents résultats que donnent les pinces longues laissées à demeure dans la cavité pelvienne ; elles simplifient l'acte opératoire, abrègent la manœuvre intra-péritonéale et assurent l'hémostase définitive.

NÉPHRECTOMIE. — Ainsi que le fait observer M. *Polaillon*, l'indication d'enlever un rein flottant est extrêmement rare ; cependant, dans le cas où la médecine et l'orthopédie sont impuissantes à arrêter un rein névralgique, lorsque le malade ne trouve de soulagement que par le repos absolu dans le décubitus dorsal, l'intervention chirurgicale est commandée et il faut alors opter entre la néphrorrhaphie et la néphrectomie. M. Polaillon préfère cette seconde opération et c'est elle qu'il vient de pratiquer chez une jeune femme pour un rein droit, douloureux et mobile à un tel point qu'il se rencontrait indifféremment dans toutes les régions du ventre, et qu'on pouvait le saisir entre les doigts à travers les parois abdominales. On pouvait donc croire qu'il avait un long pédicule, formé par les vaisseaux du hile et par une gaine du péritoine et qu'il serait difficile de l'extraire par la voie lombaire sans ouvrir la cavité péritonéale ; la voie la plus courte et la plus sûre pour arriver jusqu'à lui était, par suite, la voie abdominale. M. Polaillon fit une laparotomie sur la ligne médiane ; mais, au lieu de trouver un pédicule, il reconnut que cet organe se mouvait dans le tissu cellulaire très lâche de l'espace rétro-péritonéal et ne se comportait en aucune façon comme une tumeur pédiculée. Il dut attirer hors du ventre une partie de l'intestin grêle, puis faire glisser le rein en dehors du côlon ascendant, jusque dans le flanc droit, où il le saisit et l'énucléa après avoir déchiré le péritoine à sa surface. Les vaisseaux du hile furent liés en masse. L'opérée était guérie au bout de quinze jours.

Ce fait prouve : 1° que les reins même très mobiles ne sont pas toujours pédiculés, et que leur déplacement peut s'accomplir en arrière du péritoine pariétal, sans que celui-ci forme autour d'eux une gaine enveloppante, et 2° qu'il est inutile de faire une laparotomie pour les enlever, puisque l'incision lombaire permet de les aborder sans ouvrir la cavité péritonéale.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Laboulbène* sur les titres des candidats à la place de correspondant national dans la première division. La liste a été ainsi dressée : 1° M. Grasset (de Montpellier) ; 2° (*ex æquo*), MM. Carlet (de Bordeaux) et Tillot (de Luxeuil) ; 3° (*ex æquo*), MM. Marquez (d'Hyères), Mauricet (de Vannes) et Picot (de Bordeaux).

ERRATUM. — Dans les conclusions du rapport de M. Rochard sur l'alcoolisme (voy. p. 460), lire que « les eaux-de-vie de consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs ne doivent jamais contenir plus de 1 *pour* 1000 au maximum d'alcools supérieurs », et non 1 pour 100 comme il a été reproduit par erreur.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Morphinomanie : M. Desnos. — Protestation contre une réclame pharmaceutique : M. H. Huchard. — Disparition de l'ascite et arrêt probable du processus morbide dans un cas de cirrhose du foie (Présentation de malade) : M. Troisier. (Discussion : MM. Moutard-Martin, Richard, Féréol, Legroux, E. Labbée, Guyot.)

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Desnos* fait connaître la dose exacte de morphine qui était absorbée chaque jour par le sujet morphinomane dont il a parlé. Il s'agissait d'un total de trois grammes ; ce chiffre lui a été indiqué par l'interne en pharmacie qui préparait la solution hypodermique.

— M. *H. Huchard* proteste contre le mode de réclame mis en œuvre par un pharmacien qui a fait distribuer un prospectus renfermant l'éloge d'une spécialité destinée à guérir la phthisie, et dont la rédaction est suivie de la signature : *Dr Huchard.* Il croit n'avoir pas besoin de déclarer qu'il n'est pour rien dans tout ceci ; il s'agit d'un docteur portant le même nom que lui, et il a, à ce sujet, adressé aux journaux une lettre dans laquelle il prévient qu'il a l'habitude, pour éviter toute confusion, de signer ce qu'il écrit : *Henri Huchard.* (Voy. *Lettre médicale*, dans le numéro du 9 juillet.)

— M. *Troisier* présente un malade âgé d'une cinquantaine d'années, exerçant la profession de jardinier, et qui est entré dans son service pour une ascite assez notable. Cet homme est manifestement alcoolique, et l'examen clinique permit de porter le diagnostic de cirrhose probable du foie. Le régime lacté fut institué et les urines, qui jusque-là étaient rares et foncées, devinrent claires et très abondantes ; en même temps l'épanchement ascitique diminua rapidement et disparut. Depuis lors il ne s'est pas reproduit, et la guérison paraît assez complète. La percussion révèle une légère augmentation du volume du foie comme il en existe parfois dans la première période de la cirrhose atrophique. Il semble donc résulter de ce fait que la disparition de l'ascite, en particulier, et peut-être l'arrêt du processus morbide peuvent être obtenus au moins pendant les premiers temps de l'évolution d'une cirrhose hépatique.

M. *Moutard-Martin* est d'avis que les faits de ce genre, sans être communs, sont cependant connus d'un grand nombre de médecins. Lui-même a observé deux fois la disparition assez rapide de l'ascite chez des cirrhotiques à la suite de l'administration de purgatifs drastiques, tels que les pilules de Bontius ; mais il s'agit évidemment de la simple disparition de l'un des symptômes de l'affection hépatique, et non de la guérison de la maladie elle-même : l'ascite ne tarde guère, en effet, plus d'un ou deux mois à reparaître. Il n'est pas très surprenant, d'ailleurs, que le même phénomène se produise à la suite d'une intervention thérapeutique autre que l'administration des purgatifs.

M. *Troisier* n'a pas voulu, pour le moment, en établir davantage ; il se réserve, du reste, de suivre son malade et de le présenter de nouveau dans la Société dans quelque temps.

M. *Richard* a vu un fait du même genre se produire chez une femme, cirrhotique avérée. On dut pratiquer une première ponction abdominale pour évacuer un épanchement ascitique abondant; puis, trois autres ponctions furent faites à six semaines d'intervalle. M. Richard avait perdu de vue cette malade, lorsqu'il apprit, six mois plus tard, qu'elle était complètement guérie. Il y a deux ans que la santé se maintient fort satisfaisante; à peine un peu de liquide ascitique s'est-il reproduit depuis un an environ.

M. *Féréol* a soigné dernièrement dans son service un homme, alcoolique avéré, atteint de cirrhose avec ascite considérable. Il dut pratiquer deux ponctions et s'attendait à une terminaison rapide par suite de l'état de cachexie avancée dans lequel était tombé ce malade. Mais, à son grand étonnement, la seconde ponction fut suivie d'une guérison au moins apparente, et le liquide ne se reproduisit pas. Quelque temps après, cet homme fut pris d'une pleurésie avec épanchement qui nécessita la thoracentèse : le liquide pleural était franchement hématique et transparent; il renfermait beaucoup d'hématoïdine, mais peu de globules sanguins. Après une seconde thoracentèse, l'épanchement pleural ne se reproduisit plus, et, depuis plus de deux mois, cet individu semble bien portant; il reste certainement amaigri, mais la guérison ne paraît pas se démentir. Il n'est d'ailleurs ni tuberculeux, ni cancéreux.

M. *Legroux* se souvient d'avoir vu, en 1879, dans le service de son père, un malade alcoolique, atteint de cirrhose avec ascite, et auquel on administrait tous les deux ou trois jours quatre pilules de Bontius; chaque fois l'ascite disparaissait rapidement. Lorsqu'elle s'était reproduite, on recommençait le même traitement et l'on obtenait toujours le même résultat.

La nécropsie vint montrer, au bout de trois ans, que le diagnostic de cirrhose atrophique était exact. — Il observe, en ce moment, un individu, ancien obèse, alcoolique manifeste, qui a été diabétique, puis albuminurique; ce malade est atteint d'une cirrhose atrophique et on a dû le soumettre plusieurs fois à la paracentèse abdominale : en outre, il est soumis au régime lacté et aux purgations répétées. Sous l'influence de ce traitement, la glycose et l'albumine ont disparu de ses urines, l'ascite est restée près d'un an sans se reproduire. Elle commence cependant aujourd'hui à acquérir de nouveau un certain volume, et la ponction devra sans doute être prochainement renouvelée. On voit que, dans ces faits, comme dans celui de M. Troisier, l'ascite a pu disparaître pendant un temps plus ou moins long au cours d'une cirrhose avérée.

M. *E. Labbé* se demande si, en pareil cas, alors que le contrôle nécroscopique fait défaut, on ne pourrait élever quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic de cirrhose. Ce diagnostic s'établit, en effet, le plus souvent par exclusion; or on ne songe pas assez à la possibilité de l'existence d'une pyléphlébite, et ce cas est plus fréquent qu'on ne le suppose. Il a observé chez une malade soignée à la Maison Dubois pour une ascite attribuée tout d'abord à une cirrhose, et qui succomba par la suite, l'existence d'un kyste ovarique; l'autopsie ne laissa aucun doute sur la réalité d'une pyléphlébite antérieure au développement du kyste de l'ovaire. Chez un autre malade que l'on avait cru pendant plus de six mois atteint d'une cirrhose avec ascite, on a constaté un carcinome du bassin. Rien ne ressemble autant, en clinique, à une cirrhose atrophique qu'une pyléphlébite; le léger mouvement fébrile et la rapidité du début des accidents peuvent seuls mettre sur la voie du diagnostic.

M. *Guyot* a suivi pendant cinq ans un malade, syphilitique, atteint de cirrhose du foie et chez lequel l'ascite a disparu à diverses reprises pendant un laps de temps assez considérable. L'autopsie est venue confirmer le diagnostic. Il ne partage du reste nullement l'opinion de M. Labbé sur la fréquence de la pyléphébite. Très frappé par le mémoire bien connu de Leudet, il a souvent recherché l'existence de la pyléphlébite, mais depuis trente ans il n'a pas encore pu parvenir à en rencontrer un seul cas.

— A quatre heures trois quarts la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

Manuel opératoire de l'extirpation des tumeurs du pharynx: M. Monod (Discussion : MM. Verneuil et Polaillon). — Traitement des fractures par la bande élastique : M. Marc Sée.

M. *Monod* lit un mémoire en réponse à la dernière communication de M. Verneuil sur le manuel et les suites des opérations pratiquées pour l'extirpation des tumeurs de l'arrière-bouche et du pharynx. Deux questions principales ont été soulevées à ce sujet par M. Verneuil, à savoir la cause des lésions pulmonaires et les moyens de les prévenir. L'éminent chirurgien de la Pitié n'admet pas la septicité des inflammations pulmonaires, qui emportent assez souvent ces opérés; il n'admet pas surtout que cette septicité, si elle existe, soit due au transport des germes infectieux de la plaie en suppuration dans les ramifications bronchiques et jusque dans les alvéoles des poumons. M. Monod, par de nombreuses statistiques, relevées en Angleterre et en Allemagne, montre que ce transport des agents infectieux est indéniable et que c'est là un point de doctrine dans ces pays. A ces statistiques étrangères, il joint un certain nombre d'observations, qui lui ont été obligeamment envoyées par MM. Denucé et Lannelongue (de Bordeaux), ainsi que deux faits publiés l'année dernière dans les *Bulletins de la Société anatomique*, et il arrive aussi à constituer un faisceau suffisant de preuves à l'appui des idées qu'il défend.

Il n'est pas un instant douteux pour M. Monod que les inflammations du poumon consécutives aux opérations en cause soient engendrée par la pénétration dans cet organe de bactéries septiques. Deux publications récentes, émanant d'hommes très autorisés, apportent à sa manière de voir un précieux témoignage. M. Germain Sée, d'une part, écrit que si les pneumonies infectieuses ne sont pas rares à la suite du noma, cela tient à l'introduction dans les voies de l'air des bactéries, qui pullulent à la surface des plaques gangreneuses de la bouche; MM. Cornil et Babès, d'autre part, défendent la même opinion. Tout en admettant ce mode pathogénique des pneumonies post-opératoires, M. Monod, est-il besoin de le dire, tient un grand compte du rôle de l'état général de l'individu, du milieu où sont appelés à évoluer les germes pathologiques. Quant à la deuxième question, relative au meilleur moyen de s'opposer à la septicité, M. Monod ne peut pas davantage partager les vues de M. Verneuil à ce sujet. La trachéotomie, avec tamponnement des voies supérieures de l'air, ainsi qu'il l'a déjà décrite, paraît à l'orateur le seul moyen de se mettre à l'abri de ces accidents. Les larges lavages antiseptiques ne suffisent que pour les opérations sur la bouche même; ils sont complètement insuffisants pour les opérations qui ont porté sur le pharynx.

M. Verneuil pense que l'ouverture de la plaie, laissée largement béante, est le plus sûr moyen de s'opposer à la stagnation du pus, à sa putréfaction et finalement à l'infection générale. Ce n'est pas sans de grands inconvénients, pour M. Monod, qu'on laisse ainsi une plaie de cette nature ouverte et pour lui la seule longueur de la cicatrisation serait, en dehors d'autres raisons, une indication à la suture des lambeaux. Comme conclusion, M. Monod préconise la trachéotomie comme étant le seul moyen d'assurer l'antisepsie des plaies opératoires du pharynx, il la préconise avec

d'autant plus de confiance que pour lui cette opération n'a pas, même chez l'adulte, la gravité que semble lui assigner M. Verneuil.

M. *Polaillon* a observé, depuis 1878, trente-sept malades atteints de cancer de la langue et du plancher de la bouche. Dix-sept ont été jugés inopérables; vingt ont été opérés et ont donné huit décès, dont deux seulement causés par pneumonie. Après avoir rappelé en détail ces deux dernières opérations, M. Polaillon déclare qu'il ne croit pas que la trachéotomie eût empêché les accidents pulmonaires d'évoluer. Pour lui tout dépend de l'asepsie locale; si elle est incomplète, la trachéotomie ne sert à rien; aussi, à l'exemple de M. Verneuil, la repousse-t-il. Par contre, il se sépare de ce chirurgien sur la question de la non-réunion des lambeaux après l'opération. Il est très important de faire la suture de la plaie, car, outre que cette restauration immédiate des parties rassure les malades et leur inspire une quiétude salutaire, elle a encore pour avantage de diminuer considérablement la suppuration et d'abréger beaucoup la convalescence.

M. *Verneuil* ne conteste pas l'existence des pneumonies après les grandes opérations sur la cavité buccale et il en rapporte deux nouvelles observations, dans lesquelles l'inflammation du poumon s'est déclarée en dehors de toute septicité de la plaie. Ce qu'il conteste, c'est l'étiologie de cette pneumonie. Pour lui elle est l'effet de la cachexie des malades et par conséquent la trachéotomie ne saurait nullement la prévenir. Non seulement cette opération est inutile, mais encore elle peut devenir nuisible par le séjour de la canule dans la trachée, séjour qui doit forcément être prolongé. M. Verneuil repousse la suture des parties superficielles, parce que selon lui elle crée dans la profondeur des clapiers très dangereux. Ce danger est écarté si on laisse la plaie béante. Avec cette méthode les malades n'ont pas un seul instant de fièvre, ainsi que le témoignent plusieurs tracés présentés par M. Verneuil, et on peut surveiller pendant tout le temps de la cicatrisation des parties profondes vers les superficielles les récidives de la néoplasie et les combattre sur place.

M. *Monod* tire de toutes les discussions qui ont eu lieu les conclusions suivantes : les plaies opératoires du pharynx sont graves, de l'avis unanime; leur manuel opératoire est encore discutable; la trachéotomie paraît offrir de sérieux avantages ; elle ne doit être employée que dans les opérations sur le pharynx et M. Monod n'a pas eu intention de la recommander pour toutes les opérations sur la bouche.

— M. *Marc Sée* lit une note sur le traitement de certaines fractures par l'application de la bande élastique, en réponse à la communication de M. Lucas-Championnière dans la dernière séance sur la thérapeutique des fractures par le massage.

A. POUSSON.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1886.— PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Un cas de polymastie : M. R. Blanchard. — Traitement du psoriasis syphilitique : M. Gilles de la Tourette. — Action du café sur les fonctions génitales : M. Dupuy. — Troubles divers produits par le café : M. Pouchet. — Sur le travail du cœur : M. Laborde. — Transformation de la glucose en dextrine : M. Grimaux. Remarque sur les cerveaux pesants : M. Féré.

M. *R. Blanchard* rapporte un cas de polymastie, particulièrement intéressant au point de vue de l'hérédité.

— M. *Gilles de la Tourette*, guidé par cette idée, que la syphilis est une affection microbienne, a appliqué les bains locaux de sublimé au traitement du psoriasis palmaire ou plantaire syphilitique. Il indique dans quelles conditions ces bains doivent avoir lieu. Soixante-dix malades, traités de cette façon, ont été guéris en trois ou quatre semaines.

— M. *Dupuy* a eu l'occasion d'observer dernièrement une personne qui abuse du café. Chez cette personne le café a une action véritablement anaphrodisiaque; c'est l'érection surtout qui est devenue insuffisante, incomplète.

M. *Laborde* n'a rien vu de semblable, quoiqu'il ait connu plusieurs personnes abusant beaucoup du café. Il ne faut pas oublier que les cafés peuvent différer d'action, suivant leur provenance, suivant aussi la manière dont ils sont préparés.

— M. *Pouchet*, à propos de ce qui vient d'être dit sur le café, rapporte avec détails l'observation d'un étudiant en médecine qui ne pouvait prendre régulièrement du café, sans qu'il éprouvât bientôt des troubles divers, consistant surtout en étourdissements, légère ivresse, etc. Ces accidents cessaient immédiatement avec l'emploi du café. Le fait s'est renouvelé à maintes reprises et l'observation a été suivie pendant de longues années.

— M. *Laborde* relate les résultats d'une expérience concernant le travail du cœur. A la suite de l'arrêt du cœur en diastole, déterminé par l'excitation du nerf vague, on sait que la contraction cardiaque qui suit l'arrêt est plus haute ; l'énergie du muscle est augmentée, par le repos même auquel il a été soumis. Or le même fait se produit, quand la circulation est arrêtée, et conséquemment quand la pression intra-cardiaque est supprimée. On réalise très simplement cette condition, en interrompant à un moment donné la respiration artificielle préalablement établie sur un chien curarisé ; quand la phase des arrêts cardiaques est survenue, on voit qu'après chaque arrêt il y a une contraction plus forte et plus ample. Mais, dans ce cas, c'est le fonctionnement seul du muscle cardiaque que l'on observe, c'est le travail du cœur seul que l'on constate.

M. *Ch. Richet* rappelle que le muscle ordinaire, fatigué, paraît se comporter comme le cœur, dans les conditions dont parle M. Laborde. Si l'on interrompt pendant un court instant les excitations qui, sur un muscle ordinaire, ont amené peu à peu les contractions caractéristiques de la fatigue, on voit, à la première excitation suivante, se produire une contraction qui a une hauteur double ; ce moment de repos a suffi pour rendre au muscle presque toute son énergie primitive.

— M. *Grimaux* a pu transformer de la glucose en dextrine, par la réaction inverse de celle qui se produit dans la transformation de la dextrine en glucose, par déshydratation sous l'influence d'un acide faible, dilué et agissant dans le vide. Cette déshydratation est un phénomène analogue à ceux qui, se passant dans les végétaux, déterminent la variation des proportions de glucose et de dextrine qu'ils contiennent, sous l'influence de conditions diverses.

— M. *Féré*, dans les nombreuses autopsies qu'il a faites à la Salpêtrière, a remarqué que les cerveaux dont le poids est le plus lourd appartiennent toujours à des crânes dont la suture médio-frontale a persisté. Il semble donc qu'il y ait vraiment là une condition favorable au développement du cerveau.

REVUE DES JOURNAUX

De la valeur de l'essence d'eucalyptus dans quelques affections malariennes, par M. J.-H. Musser. — L'auteur a expérimenté l'essence d'eucalyptus dans un grand nombre de cas de fièvre paludéenne, à la dose de quelques gouttes, 3 à 5, sur du sucre, répétée fréquemment, et sous diverses autres formes. Il a reconnu qu'elle réussit dans un grand nombre de cas où la quinine échoue. Voici du reste les conclusions de son travail :

1° L'essence d'eucalyptus réussit contre 33 1/3 pour 100 de tous les cas de fièvre intermittente malarienne.

2° Elle n'a de valeur spécifique dans aucun type spécial de cette malade.

3° Plus la durée de la maladie a été longue, moins elle est active.

4° Il n'a pas été observé de récidive après l'usage de l'eucalyptus.

5° Son action sur la rate n'est pas démontrée.

6° L'amélioration n'est pas aussi rapide qu'avec les fortes doses de quinine, mais elle se fait sentir au bout de cinq jours au moins. (*The therapeutic Gazette*, 1886, n° 6.)

De l'injection percutanée de liquides dans la trachée et de leur action sur les poumons et sur l'organisme, par M. Sehrwald. — Les expériences ont été faites sur des chiens vigoureux. En voici les résultats les plus importants :

1° L'introduction de la canule d'une seringue de Pravaz à travers les téguments est sans danger et facile à exécuter.

2° L'injection du liquide provoque de la toux; celle-ci peut être presque évitée en portant le liquide à la température du corps, en pratiquant l'injection très lentement et en se se servant de préférence d'un véhicule visqueux.

3° Pour un chien de 16 livres, l'injection de 10 à 25 grammes (1/25e à 1/10e de la capacité respiratoire moyenne) d'un liquide indifférent est sans action; 100 grammes sont encore bien supportés, 250 grammes constituent la quantité maximum qui, par l'accoutumance, peut être portée à 775 grammes (plus du triple de la capacité respiratoire).

4° Lorsque le chien est placé verticalement, les liquides ne pénètrent pas au sommet des poumons; l'effet est meilleur avec un liquide visqueux ou en excitant les mouvements respiratoires; du reste, en donnant à l'animal une position convenable, on fait pénétrer le liquide où l'on veut.

5° Le liquide imprègne tous les tissus, même les cartilagineux, du parenchyme pulmonaire, ainsi que les néoplasmes non vasculaires dont il peut être le siège. Il pénètre même au delà, dans les ganglions bronchiques, et peut influencer les reins jusqu'à un certain point.

6° L'absorption dans le poumon est plus rapide que dans le tube digestif et le tissu cellulaire sous-cutané. On la ralentit par la position horizontale et par l'emploi de liquides épais et denses, en diminuant la concentration d'une solution, en injectant lentement, etc. Les modifications pathologiques du parenchyme pulmonaire ralentissent l'absorption.

7° En cinq jours, un poumon de chien peut absorber un poids de liquide qui équivaut à quatre fois le poids de ce poumon.

8° Grâce à cette rapidité d'absorption, les médicaments introduits par la voie pulmonaire agissent plus rapidement et à moindre dose que par toute autre voie.

9° L'introduction des médicaments par la voie pulmonaire se rapproche le plus à tous les égards de l'injection dans le sang. (*Deutsches Archiv. für klin. Medicin*, Bd XXXIX, Heft 1-2, 1886.)

Modifications de la sécrétion biliaire pendant la fièvre, par M. G. Pisenti. — L'auteur a pu établir les faits suivants par des expériences sur les animaux :

1° La sécrétion biliaire diminue notamment pendant la fièvre, qu'elle soit septique ou produite par la rétention du calorique.

2° La diminution représente le tiers ou la moitié de la quantité absolue de bile sécrétée normalement.

3° La portion aqueuse diminue constamment, et d'autant plus que la fièvre est plus prolongée et plus intense.

4° La proportion des éléments solides subit des fluctuations en rapport avec la nature du mouvement fébrile et dépend probablement de la tension intra-artérielle et de la rapidité du courant dans la veine porte d'une part, de l'influence des virus septiques sur l'activité fonctionnelle des cellules hépatiques d'autre part.

5° Dans les fièvres septiques, la proportion des éléments solides diminue.

6° Dans l'hyperthermie par rétention de calorique, la proportion des éléments solides s'accroît en raison directe de l'élévation de la température.

7° La bile qui s'écoule de la fistule lors de la fièvre est plus riche en mucus que normalement, surtout si la fièvre est de nature septique.

8° Les pigments biliaires sont modifiés de telle sorte que la bile devient foncée, noirâtre, parfois même vert foncé.

9° La sécrétion biliaire redevient régulière après la cessation de la fièvre, mais plus lentement lorsque celle-ci était septique.

10° Tous les troubles mentionnés sont purement fonctionnels; le foie ne présente pas d'altérations histologiques. (*Archiv f. experim. Pathologie*, Bd XXI, Heft 4, 1886.)

De la présence de ferments digestifs dans l'urine humaine, par MM. Mya et Belfanti. — Les auteurs ont réussi à extraire de l'urine humaine normale deux ferments, l'un, déjà connu, qui n'agit qu'en solution acide, l'autre qui ne dissout la fibrine qu'en solution alcaline. Les deux ferments ne fournissent qu'une faible quantité de peptone, le premier surtout de la syntonine et de la propeptone, le deuxième particulièrement de la globuline, de la leucine et de la tyrosine. Le premier se rencontre également dans certains états pathologiques tels que la fièvre, le typhus, le cancer de l'estomac, la maladie de Bright. Ces ferments n'ont aucun rapport avec ceux de la putréfaction. Les auteurs pensent que l'existence de ces ferments dans l'urine est susceptible d'éclairer la pathogénie de l'état connu sous le nom de peptonurie ou de propeptonurie. (*Gazetta degli ospit.*, 1886, n° 1, et *Centralbl. klin. Med.*, 1886, n° 26.)

De la proportion de bacilles dans les crachats des phthisiques et de leur importance pour le pronostic, par M. May. — L'auteur a cherché à reconnaître de quelle valeur est pour le pronostic la proportion des bacilles dans les crachats des phthisiques; cette valeur a été exagérée, mais elle est réelle. Voici du reste les conclusions de M. May :

1° On peut observer l'amélioration de l'état général et l'augmentation de l'embonpoint avant de constater la diminution des bacilles dans les crachats.

2° L'accroissement ou la diminution rapide des bacilles n'est pas un criterium de l'aggravation ou de l'amélioration de l'état des malades; les bacilles peuvent même disparaître totalement pour quelques mois sans que l'on puisse en conclure positivement que la maladie est en rétrocession.

3° Seule la diminution progressive des bacilles liée à l'amélioration de l'état général et à l'augmentation du poids du corps permet de conclure à une diminution de l'énergie de propagation des bacilles dans les poumons. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1886, n° 25.)

Cas de thyroïdectomie, par M. R.-C. Chicken. — Il s'agit de l'enlèvement d'un kyste de la glande thyroïde, suivi

d'un plein succès. L'auteur combat vivement les objections qui ont été faites à l'opération, objections plus ou moins sentimentales d'auteurs qui n'admettent la thyroïdectomie qu'en cas d'issue funeste imminente, qui menacent l'opéré de suites fâcheuses telles que le myxœdème, l'idiotie, etc., enfin mettent en avant les difficultés anatomiques de l'opération. Mais il n'est jamais nécessaire d'extirper la totalité de la glande, de sorte qu'on échappe aux complications nerveuses éloignées; quant aux tissus qu'on traverse, on lie les artères avant de les couper, et pour énucléer la tumeur on se sert plus des doigts que du couteau ; du reste, il n'y a qu'à ne rien couper sans ligature préalable et l'on se trouve à l'abri de tout risque. (*British. med. Journal*, 26 juin 1885.)

Action diurétique de la caféine, par M. W. von Schröder. — L'action diurétique de la caféine est connue depuis longtemps, mais l'explication du phénomène, vu l'absence des troubles particuliers de la circulation, n'a jamais été donnée. Par ses expériences, von Schröder est arrivé à ce résultat : que l'action énergique et tout inattendue que la caféine exerce sur la sécrétion urinaire est due à l'irritation directe des éléments sécrétoires du rein par cet alcaloïde. Comme la caféine excite puissamment les centres vaso-moteurs et aurait par là une tendance à diminuer la sécrétion du rein, l'auteur a opéré sur des animaux chloralisés, c'est-à-dire dont les centres vaso-moteurs se trouvaient préalablement paralysés, ou sur des animaux chez lesquels les nerf arrivant à l'un des reins étaient coupés. Il a pu constater ainsi que la caféine agit directement sur l'épithélium rénal. (*Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 1886, n° 26.)

Alimentation rectale continue : estomac artificiel, par M. D. J. Mackensie. — L'auteur a imaginé un appareil permettant de faire arriver les aliments liquides graduellement dans le rectum des malades sans provoquer ces envies de défécation que suscite le moindre lavement. Une sonde pénètre de deux pouces environ dans le rectum et se trouve maintenue en place grâce à une plaque en caoutchouc qu'elle traverse et à des liens fixés à chaque angle de cette plaque ; la sonde communique par un tube en caoutchouc suffisamment long avec un réservoir renfermant du lait additionné de liqueur pancréatique pour en commencer la digestion; ce réservoir est placé à un niveau tel, que l'écoulement à travers le tube devienne possible, et il est couvert d'une toile cirée pour que sa chaleur se conserve ; une pinte de lait doit mettre trois heures à passer dans le rectum.

Ce procédé a été appliqué avec succès chez un malade atteint de cancer de l'estomac avec obstruction du côlon ; la vie fut maintenue jusqu'au moment où les vomissements de sang, de mucus et de matières fécales devinrent excessifs. Il prenait ainsi trois pintes de lait par jour. Les selles survenaient habituellement au bout de huit à neuf heures. (*British med. Journal*, 19 juin 1886.)

Des réactions tendineuses, par M. A. de Watteville. — La question est de savoir s'il s'agit ou non de véritables réflexes; M. de Watteville ne croit pas que les réactions tendineuses soient dues à des réflexes. Selon lui, à son état normal, le tissu musculaire est en relation constante avec la substance grise de la moelle grâce aux fibres nerveuses afférentes et efférentes. C'est sur l'intégrité de cet arc nerveux que repose la tonicité des muscles, de même que leur pouvoir réactionnel, leur propriété de se contracter, sous l'influence d'une excitation subite. Toutes les circonstances qui augmentent ou diminuent la tonicité, modifient dans le même sens ce pouvoir réactionnel. C'est pourquoi l'état des réactions tendineuses renseigne sur l'état de l'arc musculo-spinal réflexe, sans que le réflexe entre lui-même en activité. (*British med. Journal*, 19 juin 1886.)

Du traitement des rétrécissements de l'urèthre; nouveau dilatateur et nouvel uréthrotome, par M. Max Schüller. — Pour les rétrécissements de la partie antérieure de l'urèthre, le dilatateur courbé en cathéter, de Stearns, n'est pas pratique; M. Schüller en a fait construire un linéaire sur le même principe que celui de Stearns : il consiste en un fil de fer double, dont l'un, de moitié plus mince, flexible, peut s'écarter en arc du fil de fer fixe, en faisant manœuvrer une vis. Bien entendu, cet instrument ne dilate que dans un sens; mais on peut s'en servir pour dilater successivement en tout sens, en le tournant sur lui-même fermé, puis écartant les branches.

Dans le même article, M. Schüller décrit un uréthrotome très simple, entièrement en métal nickelé. Le manche long de 9 centimètres porte une tige arrondie d'environ 15 centimètres, terminée par une sorte de couteau creux de 1 centimètre, mousse à l'extrémité, avec une partie mince, tranchante, très courte ; cette partie tranchante n'est large que de 2 millimètres, le dos du couteau n'a qu'un millimètre de large. La tige a environ 2 millimètres de diamètre près du manche et ne s'atténue que d'une manière très peu sensible. Une petite croix sur le manche indique la direction du couteau. Celui-ci ne coupe naturellement que dans un sens. L'hémorrhagie est faible, la douleur insignifiante. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 25.)

Traitement de la coqueluche par l'insufflation de quinine dans le nez, par M. Bachem. — Partant de cette idée récemment émise, que la muqueuse du nez présente le point de départ de l'irritation dans la coqueluche, M. Bachem a traité une série d'enfants atteints de cette maladie par les insufflations de quinine et a obtenu les résultats les plus surprenants. Il se servit d'un appareil à poire et de chlorhydrate de quinine trituré avec de la gomme arabique dans la proportion de trois à un. L'opération se faisait une ou deux fois par jour. Le résultat immédiat en est l'éloignement des accès et leur affaiblissement. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1886, n° 24.)

Travaux à consulter.

Essais sur l'atténuation des mucédinées pathogènes, par M. O. Ziegenhorn. — M. Ziegenhorn a fait des tentatives pour atténuer l'activité des mucédinées pathogènes au moyen de la chaleur. Les résultats obtenus sont contradictoires, et il faudra chercher un autre moyen d'atténuation que la chaleur, sinon pour toutes, du moins pour un grand nombre de mucédinées. (*Archiv f. experim. Pathologie*, Bd XXI, Heft 4, 1886.)

Pathogénie et nature des thrombus, par M. A. Hanau. — Des travaux de M. Hanau il résulte que la coagulation et la thrombose constituent physiologiquement un phénomène identique et ne diffèrent que morphologiquement; d'autre part, qu'on est autorisé à attribuer une importance prépondérante dans la pathogénie de la thrombose, notamment chez les individus cachectiques, à une action fermentative générale sur le sang. (*Fortschritte der Medicin*, 1886, n° 12.)

De la cirrhose du foie, par M. Rob. Saundry. — Dans cet intéressant mémoire, M. Saundry donne les caractères distinctifs et cliniques particuliers des divers types de cirrhose du foie, la cirrhose alcoolique, la cirrhose cardiaque ou cyanotique, la biliaire, la syphilitique, la tuberculeuse et la malarienne. (*British med. Journal*, 26 juin 1886.)

Inoculation de la lèpre, par M. W.-K. Hatch. — Un étudiant en faisant l'autopsie d'un lépreux s'inocula par accident la maladie au bout du doigt. Les glandes du coude et de l'aisselle gonflèrent et devinrent douloureuses, le nerf cubital s'hypertrophia, des accidents généraux survinrent, en particulier de l'épididymite, etc. Peu à peu les accidents s'amendèrent; un traitement mercuriel y contribua beaucoup. (*British med. Journal*, 26 juin 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE.

I. **Kystes hydatiques des os,** par le docteur Michel Gangolphe, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon. — Paris, 1886. O. Doin.

II. **Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil,** par le docteur L. Picqué, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, avec 71 figures et une planche (chromo). — Paris, 1886. Ollier-Henry.

III. **Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical,** par le docteur Barette, prosecteur à la Faculté de médecine. — Paris, 1886. G. Steinheil.

IV. **Des arthrites infectieuses (non tuberculeuses),** par le docteur F. de Lapersonne, chef de clinique ophthalmologique de la Faculté de Paris. — Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

V. **Des septicémies gangreneuses,** par le docteur E. Forgue, ancien prosecteur à la Faculté de Montpellier, médecin aide-major. — Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Parmi les thèses présentées au dernier concours pour l'agrégation en chirurgie, il en est qui sont consacrées à des études à peu près exclusivement nosologiques, et dans lesquelles la thérapeutique chirurgicale n'offre qu'un intérêt accessoire. C'est par elles que nous commencerons.

I. — M. *Gangolphe*, favorisé par le sort, est tombé sur un sujet concernant la pathologie osseuse : nul ne pouvait être mieux préparé par ses études antérieures pour mener à bonne fin un semblable travail. Il commence par un chapitre fort bien fait, où il expose l'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes hydatiques en général. Il faut surtout en retenir la théorie de Leuckart sur la formation des vésicules secondaires par prolifération exogène. La connaissance de ce fait jette une vive lumière sur des points restés jusqu'ici très obscurs dans l'histoire des kystes hydatiques des os. En effet, dans les os on rencontre souvent une forme particulière de kystes hydatiques consistant en une véritable infiltration des trabécules osseuses par des vésicules de très petites dimensions, et non contenues dans une membrane d'enveloppe commune. Cela ne se comprenait guère par la théorie longtemps seule classique de la formation endogène des vésicules filles. Cela devient clair depuis que Moniez a vérifié directement la théorie exogène de Leuckart, en voyant des vésicules filles naître à la face externe de la poche première. De là ces kystes multiloculaires, bien plus fréquents dans les os que dans les autres organes. M. Gangolphe se demande alors la cause de cette différence, et la trouve dans les conditions de compression où se trouvent les vésicules hydatiques logées dans le tissu osseux. En effet, les kystes à prolifération exogène sont ceux du tissu spongieux, tandis que dans le canal médullaire la vésicule peut se développer à son aise, et prend alors la forme uniloculaire qui caractérise le processus de germination endogène. Il est remarquable que ces tumeurs ne produisent autour d'elles que des lésions atrophiques par compression ou ischémie, et n'ont aucune tendance à engendrer des phénomènes inflammatoires et des néoformations osseuses. Tels sont les points qui, dans la thèse de M. Gangolphe, nous ont paru mériter mieux qu'une analyse simple. L'auteur ne pouvait guère, en effet, donner une note vraiment personnelle à l'étude clinique qu'il développe dans ses six derniers chapitres. On y trouvera un exposé clair et intéressant des faits aujourd'hui connus. L'influence du traumatisme dans l'étiologie est bien mise en relief; nous en dirons autant pour la marche insidieuse de l'affection, qui souvent ne se révèle que lors d'une fracture spontanée. On conçoit dès lors les difficultés du diagnostic, difficultés encore augmentées par les phénomènes spéciaux qui se surajoutent lorsque le parasite siège dans certaines régions, telles que les parois du crâne, du rachis. Dans ces derniers cas, le pronostic, toujours grave, puisqu'il conduit trop souvent à l'amputation des membres, devient plus sombre encore, et compromet fréquemment la vie des malades.

II. — M. *Picqué* a eu à traiter un sujet plus vaste et plus complexe, et nous devons lui savoir gré d'avoir réuni, en nombre aussi considérable, les matériaux jusque-là épars. Il s'est avant tout appliqué à démontrer qu'il est impossible d'étudier à part les anomalies de développement et les maladies congénitales. Les faits sont nombreux où les anomalies coexistent avec des lésions inflammatoires diverses, empêchant souvent de faire la part exacte de ce qui revient aux troubles de l'évolution. Un premier chapitre est réservé à l'embryologie oculaire, et son point le plus intéressant est relatif au développement de l'iris et à la membrane papillaire. Les divergences, en effet, sont nombreuses sur ce point, et M. Picqué a cherché à mettre d'accord les données enseignées par la tératologie et par l'embryologie; il nous propose, pour cela, une théorie nouvelle, confirmée d'ailleurs par des coupes que Kœlliker représente, mais dont M. Picqué modifie l'interprétation. Puis une série de chapitres est consacrée aux diverses membranes et aux milieux transparents de l'œil. Les faits passés en revue par l'auteur sont fort nombreux; tout cela, sans doute, échappe à l'analyse, mais nous avons relevé quelques points de détail. A propos du nerf optique, l'auteur fait une large part à la théorie du cône de l'École de Vienne, théorie d'après laquelle un grand nombre de sclérectasies, rattachées jusqu'ici à l'étude de la myopie, devraient en être distraites pour être attribuées à l'évolution vicieuse de la fente du pédoncule optique. Nous trouvons exposées ici les raisons qui militent en faveur de cette théorie, et M. Picqué tire de là des déductions nouvelles au sujet de la signification à donner aux diverses anomalies du nerf optique. Nous signalerons encore l'étude du coloboma maculaire, pour lequel l'auteur discute en détail et combat la théorie de Vossius et de Manz sur la rotation du bulbe fœtal. Dans le dernier chapitre, relatif à la cornée, de grands développements sont consacrés à l'étude des dermoïdes de la cornée, étude basée sur l'examen de 95 observations. Les théories admises sur ce point sont multiples; la plus vraisemblable semble être celle de Vassaux, que M. Picqué n'admet pas, il est vrai, dans son intégrité, et qu'il croit pouvoir simplifier. En somme, on trouvera dans ce travail des documents multiples et utiles rendus plus clairs encore par de nombreuses figures dans le texte, et une planche en chromolithographie.

III. — Les maladies chirurgicales infectieuses ont fourni les dernières questions dont nous nous occuperons dans cet article, et la thèse de M. Barette est destinée à nous montrer quelle importance le chirurgien doit attribuer aux néphrites infectieuses. On les reconnaît à l'albuminurie et à la présence des microbes dans l'urine, dans le rein si le malade succombe. Les organismes inférieurs sont la caractéristique de ces déterminations rénales, que M. *Barette* divise avec clarté en deux grandes catégories, suivant que les microbes sont apportés par le sang (infection du rein par la voie circulatoire), ou viennent, au contraire, de la vessie par une marche ascendante. De là deux parties distinctes, composées chacune de cinq chapitres : 1° étiologie; 2° documents cliniques et expérimentaux; 3° anatomie pathologique et pathogénie; 4° symptômes et diagnostic; 5° pronostic et indications thérapeutiques. Dans la première partie, nous voyons que toutes les maladies chirurgicales infectieuses ont des déterminations rénales fréquentes, parfois créées de toutes pièces, mais redoutables surtout lorsqu'une maladie antérieure a fait du rein un lieu de moindre résistance. Ces accidents sont dus à la présence de micro organismes : les uns,

comme ceux de l'érysipèle, ne causant que de l'inflammation simple; d'autres, comme ceux de la pyohémie, engendrant des abcès miliaires. Dans la septicémie, on trouve la dégénérescence granulo-graisseuse aiguë de l'épithélium rénal, si fréquente dans les maladies infectieuses médicales. Puis, M. Barette étudie successivement les diverses affections chirurgicales microbiennes se compliquant de l'une ou de l'autre des variétés de néphrite dont il a esquissé l'histoire anatomique générale. La partie clinique nous montre ensuite combien il est nécessaire d'examiner avec soin et chaque jour les urines, car souvent une douleur lombaire sourde est le seul symptôme accusé par le malade; nous signalerons, en particulier, le paragraphe consacré aux symptômes de la néphrite qui survient au cours des lymphangites. Ces recherches sont importantes pour le régime auquel on doit soumettre les patients, et surtout pour le pronostic, car bien souvent le rein reste altéré, prêt, dans l'avenir, à causer des accidents. Les microbes sont encore en cause pour les néphrites qui compliquent les affections des voies d'excrétion de l'urine; M. Barette, avons-nous dit, se rattache à la théorie de l'infection ascendante et la corrobore par quelques expériences personnelles. Tantôt la maladie est infectieuse par elle-même, telles la blennorrhagie, la tuberculose. Tantôt elle ne l'est point primitivement : ainsi pour l'hypertrophie prostatique, les rétrécissements de l'urèthre, les calculs vésicaux; alors des micro-organismes se développent dans l'urine qui stagne, le plus souvent apportés par un cathéter, et la néphrite interstitielle par simple rétrodilatation ne tarde pas à devenir parasitaire, suppurative, à marche aiguë ou lente. Les symptômes de cet état sont aujourd'hui connus par les travaux, résumés ici, de MM. Lancereaux, Guyon. Il est bon d'insister sur ces phénomènes, sur l'examen des urines surtout, pour préciser un diagnostic que nous pouvons maintenant faire précoce. Cela est d'une grande importance pour le pronostic et aussi pour le choix de l'intervention chirurgicale que nécessite la maladie causale, surtout lorsqu'il s'agit d'un calcul vésical. Tous ces faits sont exposés dans cette thèse avec clarté et méthode, et l'on doit en savoir d'autant plus gré à M. Barette que, pour la première partie au moins, il n'existait guère de travaux d'ensemble sur ce point.

IV. — C'est encore d'une détermination spéciale des maladies infectieuses que M. *de Lapersonne* nous entretient, et c'est encore la bactériologie qui a permis de classifier ce qu'autrefois on appelait vaguement les rhumatismes consécutifs. Ces arthrites peuvent compliquer à peu près toutes les maladies infectieuses, et présentent assez de caractères communs pour se prêter à une étude générale qui constitue la première partie de cette thèse. L'auteur nous expose d'abord ce qu'il faut entendre par état infectieux, et soulève la question de la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. Mais, pour cette dernière affection, la question est encore obscure; l'importance chirurgicale, en tout cas, est restreinte; aussi M. de Lapersonne ne s'occupe-t-il pas de cette maladie. L'étude anatomo-pathologique (chap. II) tire surtout son intérêt de l'examen des exsudats variés : séreux, séro-fibrineux dans certaines formes ankylosantes, séro purulents, franchement purulents; et principalement de la recherche des organismes inférieurs dans ces épanchements. Les microbes pyogéniques divers ont été trouvés dans la pyohémie, l'ostéomyélite, etc.; la preuve bactériologique est aujourd'hui complète pour d'autres maladies, telles que la blennorrhagie, la pneumonie, l'érysipèle, la morve; pour d'autres elle est seulement probable : ainsi pour la diphthérie, la fièvre typhoïde. L'étude clinique (chap. III) ne prêtait pas à autant de considérations générales, les phénomènes locaux variant de la simple arthralgie à l'arthrite purulente d'emblée; les phénomènes généraux dépendant surtout de l'infection causale; parmi ces derniers, l'albuminurie est d'une fréquence remarquable. Les chapitres IV et V concernent le diagnostic et la pathogénie. Le chapitre VII, consacré au traitement, n'eût pas eu naguère une bien grande importance; mais, de nos jours, nous avons dans l'arthrotomie une intervention efficace, et si la restitution *ad integrum* n'est pas devenue la règle, on sauve tout au moins la vie des malades dans des cas auparavant désespérés. La seconde partie de ce travail traite des arthrites infectieuses en particulier, groupées en chapitres dont M. de Lapersonne est le premier à reconnaître la division artificielle. Chacune des maladies énumérées peut, en effet, s'accompagner de diverses variétés, et, si la nature de l'infection première a de l'influence sur l'épanchement articulaire et sa suppuration, on ne saurait poser à ce sujet de règles précises, aujourd'hui surtout que l'on connaît les infections mixtes. C'est là un des points que l'auteur discute à diverses reprises, après nous avoir fait voir comment autrefois, pour toutes les manifestations, on incriminait le rhumatisme. Toutes les maladies infectieuses aiguës sont ainsi énumérées, en terminant par ces affections mal classées qu'on appelle pseudo-rhumatismes infectieux. Tout cela est étudié avec soin, et l'on puisera dans ces chapitres successifs plus d'un renseignement précieux. On peut se demander seulement si la thèse n'eût pas gagné en homogénéité à ne point comprendre les arthropathies syphilitiques secondaires, aussi différentes, semble-t-il, des arthrites aiguës jusqu'alors étudiées que les infections tuberculeuses, éliminées par le titre même du sujet.

V. Les deux thèses précédentes envisagent une détermination spéciale de toutes les maladies infectieuses. C'est une maladie infectieuse tout entière dont M. Forgue nous présente l'histoire. Mais ce travail remarquable a déjà été analysé dans un article récent de M. Reclus (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 25 juin 1886).

A. Broca.

La syphilis héréditaire et le rachitis, par le professeur Parrot. Ouvrage publié par les soins du docteur Troisier, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Avec un atlas de 22 planches, dont 14 en couleur. — Paris, G. Masson, 1886.

Il n'est aucun des élèves du professeur Parrot qui puisse se défendre d'un sentiment de douloureuse émotion à la lecture de ce volume. Dans ces leçons, dans ces mémoires, dans ces communications aux Sociétés savantes, colligés par son disciple de prédilection, notre maître revit tout entier, avec cette puissance de travail, ce culte désintéressé de la science, qui l'ont placé si haut dans l'estime de ses contemporains.

« On devine aisément quelle est l'idée maîtresse de ce livre. Parti de la *pseudo-paralysie syphilitique infantile*, qui restera comme un modèle d'interprétation clinique, M. Parrot s'éleva peu à peu à la conception de l'origine syphilitique du rachitis. » Mais il ne s'est pas borné à étudier les lésions osseuses de la syphilis héréditaire, il a groupé en quelque sorte autour du rachitis syphilitique une série d'autres altérations qu'il rapportait à la même cause : lésions des dents, cicatrices fessières, affection desquamative de la langue, etc.

« Une fin prématurée, due en grande partie à des excès de travail, l'a empêché de coordonner toutes ces données, fruits de longues années de labeur, dans un ouvrage d'ensemble. Peut-être fût-il ainsi parvenu à faire passer dans tous les esprits la conviction qui l'animait; peut-être eût-il triomphé des résistances que rencontraient ces doctrines parmi ses élèves eux-mêmes, parmi ceux qui étaient le plus directement associés à ses recherches. Il n'a pas eu cette bonne

fortune, et ses idées trouvent aujourd'hui bien plus d'adversaires que de défenseurs; mais les documents que notre maître a recueillis n'en conservent pas moins une grande valeur, et notre reconnaissance doit être acquise au disciple dévoué qui, avec une pieuse sollicitude, en a fait un corps de doctrine, sans oublier l'éditeur, qui a édité cet ouvrage avec un véritable luxe, digne de la mémoire du professeur Parrot.

L. D.-B.

Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, par V. Cornil et Babès. Deuxième édition revue et augmentée, 348 figures en noir et en couleurs intercalées dans le texte et 4 planches hors texte. — Félix Alcan, Paris, 1886.

La première édition de ce remarquable ouvrage, devenu classique dès sa publication, a été épuisée en une année à peine; un pareil résultat se passe de commentaires.

Dans la seconde édition, à laquelle on peut prédire un égal succès, les auteurs n'ont pas hésité à faire d'importantes modifications, pour tenir le public médical au courant de la science bactériologique. C'est ainsi qu'ils ont consacré de longs développements à la méthode antirabique de Pasteur; c'est ainsi qu'ils ont remanié les chapitres relatifs aux ptomaïnes, au mode d'action des vaccins, etc. D'autre part, mettant à profit les indications fournies par les bactériologues éminents comme Koch, ils ont complété la partie de l'ouvrage qui a trait à la technique et à la classification des bactéries.

Enfin — et cette modification a son importance — presque toutes les figures des planches hors texte de la première édition sont remplacées par des gravures intercalées dans le texte, sans parler de nombreuses planches nouvelles.

Aujourd'hui, plus qu'hier encore, on peut dire : c'est un bon, c'est un bel ouvrage.

L. D.-B.

Manuel de la sage-femme et de l'élève sage-femme, par le docteur E. Gallois, professeur suppléant à l'École de médecine de Grenoble. — Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

C'est la rédaction du cours professé à Grenoble par le docteur Gallois aux élèves sages-femmes; c'est un résumé de toutes les connaissances qui leur sont utiles pendant leurs études et dans l'exercice de leur profession; un manuel dégagé de toutes les considérations théoriques dont elles n'ont point à s'occuper, aussi bien que de tous les enseignements pratiques concernant des modes d'intervention auxquels elles n'ont pas le droit de recourir. Cet ouvrage comprend deux parties distinctes : *le cours de première année* renfermant, tout d'abord, un résumé concis des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie générales; puis l'anatomie et la physiologie de l'appareil de reproduction, la grossesse normale, l'accouchement normal, et les suites de couches physiologiques; enfin, un chapitre est consacré aux soins à donner au nouveau-né, à son alimentation et au sevrage. L'auteur s'est efforcé de se placer, dans cet enseignement, au point de vue spécial de la sage-femme, et, s'il a réussi à être précis et clair, il a su cependant grouper un assez grand nombre de notions scientifiques pour que bien des étudiants, et même des praticiens, trouvent intérêt et profit à lire son manuel. Signalons, en passant, le tableau dans lequel se trouvent résumées les règles de l'alimentation au premier âge. Dans *le cours de seconde année*, on trouve la pathologie de la grossesse, la dystocie, les difficultés et les accidents de la délivrance, les suites de couches pathologiques, et en particulier les diverses complications infectieuses, d'origine microbienne, rangées sous le nom de fièvre puerpérale. L'auteur insiste, avec juste raison, sur la prophylaxie de ces accidents, qu'il est bon de savoir reconnaître, mais qu'il faut surtout savoir éviter. Cet ouvrage est complété par quelques chapitres sur les maladies les plus communes chez le nouveau-né, sur les médicaments, les procédés d'exploration, les opérations auxquels la sage-femme peut avoir recours, et enfin par un court résumé, avec quelques commentaires, de la législation qui régit la profession de l'accoucheuse. C'est une œuvre utile qu'on ne peut trop recommander.

Manuel de technique des autopsies, par Bourneville et P. Bricon, avec 16 figures et 5 planches. Paris, 1885. Librairie du *Progrès médical*. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce petit volume est divisé en deux parties principales; dans la première, les auteurs étudient les prescriptions légales relatives à la pratique des autopsies dans les divers pays, et font connaître l'organisation des services d'autopsie dans les diverses Facultés et les hôpitaux. Les planches annexées à l'ouvrage représentent les plans des Instituts d'anatomie pathologique de Bâle et de Heidelberg. Signalons, dans cette première partie, l'invitation adressée aux médecins de demander, dans leur testament, que leur autopsie soit pratiquée, afin d'habituer le public à cet ordre d'idées et de rendre plus fréquentes les autopsies après les décès en ville. Dans la seconde partie, se trouvent exposés la technique des autopsies et les renseignements sur la conservation des pièces anatomiques; enfin, un appendice est consacré aux poids et volumes moyens des divers organes.

Hygiène pratique du vêtement. Choix du meilleur vêtement pour éviter les maladies, par le docteur H. Dibot. — Paris, 1886, Alex. Coccoz.

Les vêtements sont destinés à protéger l'enveloppe cutanée et à assurer l'intégrité de ses fonctions; mais ils ne doivent pas gêner les mouvements, comprimer les masses musculaires ou exercer une entrave au jeu des divers organes. Les qualités propres aux diverses pièces du vêtement varient suivant leur usage et leur rapport plus ou moins immédiat avec la peau : le vêtement intime doit être de couleur blanche, et, d'après l'auteur, devrait être composé de tissus de laine ou de soie, qui sont mauvais conducteurs de la chaleur ou de l'électricité, et peu perméables à l'humidité Pour lui, le chanvre, le lin et le coton offrent des inconvénients d'ordres divers qui doivent tendre à les faire rejeter d'un habillement hygiénique. Enfin, le nettoyage des vêtements de laine et de soie est plus facile et plus simple que celui des vêtements de coton et de lin.

Diabète et arthritisme, par le docteur L. Barthe, pharmacien aide-major. — Paris, 1886. A. Coccoz.

Cette thèse, bien que basée sur un assez grand nombre d'observations personnelles et d'analyses faites à l'hôpital militaire de Vichy, n'apporte aucun élément nouveau à ce que nous savons au sujet des rapports de l'arthritisme et du diabète sucré. Nous relèverons seulement une assertion très contestable. L'albuminurie, dit l'auteur, est rare dans le diabète. Nous croyons, au contraire, qu'elle est très fréquente, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit très abondante, surtout dans la période d'état de la maladie.

Des meilleurs pansements a employer dans la chirurgie d'armée en campagne, par le docteur Chauvel. Paris, 1885. F. Alcan, in-8. (Extrait des *Mémoires du Congrès français de chirurgie*, 1re session.)

Nous donnerons les principales conclusions de la communication de M. Chauvel. Les pansements doivent être *antiseptiques*; sur le champ de bataille et dans les ambulances de première ligne, les pansements *secs* sont à peu près seuls utilisables. Les meilleurs antiseptiques à employer en campagne sont le sublimé, l'acide phénique, le chlorure de zinc; ils se prêtent aux pansements secs et humides. Le coton hydrophile, la gaze, et surtout la jute et l'étoupe préparée, en raison de la modicité de leur prix, purifiées et imprégnées de l'agent antiseptique, doivent constituer les paquets de pansement. Au moment de la mobilisation, chaque soldat doit être pourvu d'un paquet de ce genre. Dans les ambulances fixes et les hôpitaux de seconde ligne, liberté entière pour le choix des pansements, à la condition qu'ils soient rigoureusement antiseptiques.

VARIÉTÉS

AVIS. — Les ateliers de l'Imprimerie ayant été fermés le 14 et le 15 juillet, la *Gazette hebdomadaire* n'a pu être distribuée cette semaine que le 17.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés ou promus :
Au grade de commandeur : M. le professeur Tarnier.
Au grade d'officier : M. le docteur Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière.
Au grade de chevalier : MM. Armand Gautier, membre de l'Académie de médecine ; J. Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon ; Peyrot, chirurgien des hôpitaux ; Segond, chirurgien des hôpitaux ; Budin, accoucheur des hôpitaux ; le docteur de Montfumat, le docteur Roëlandts, le docteur Cazauvieilh, le docteur L. Lemesle, le docteur Décertaine, le docteur Charbonnier.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 10 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :
Au grade de médecin de 1re classe : Les médecins de 2e classe Plagneux (Louis-Emile-Gustave), Devoti (François), Le Franc (Arsène-Marie-Antoine).

DISTRIBUTION HONORIFIQUE. — Une médaille d'argent de 2e classe a été accordée à M. Colignon, médecin de l'Hôtel-Dieu de Monaco, et à MM. les docteurs Gueirard et Reynaud, à Monaco, pour secours portés, le 10 mars 1886, aux victimes de l'accident survenu entre les gares de Monte-Carlo et de Roquebrune.

CONSEIL D'HYGIÈNE. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Auguste Ollivier a rendu compte de la mission dont il a été chargé, à la demande de la municipalité de Saint-Denis, en vue de rechercher l'origine d'un commencement d'épidémie variolique constaté récemment dans une cité située à Saint-Denis, à une centaine de mètres de l'hôpital.

M. Ollivier fait connaître « que l'épidémie a pris naissance, le 27 janvier dernier, dans l'immeuble construit route d'Aubervilliers, 39 ; puis qu'un second cas s'est produit quelques jours après, 22, rue du Saulger. Pendant les mois de mars, avril, mai et juin, d'autres personnes ont été successivement atteintes dans divers quartiers assez éloignés les uns des autres, et un certain nombre d'entre elles furent transportées à l'hôpital. Il ajoute qu'il y a eu, tant en ville qu'à l'hôpital, une dizaine de décès, dont six chez des enfants qui n'avaient pas été vaccinés.

» La cité signalée par M. le maire de Saint-Denis comme constituant un foyer de variole est habitée par une population assez dense, et elle est limitée sur un côté par un ruisseau fort malpropre ; mais la proximité de l'hôpital semble à M. le rapporteur être une des causes principales du développement du mal. Il demande à l'administration d'exiger que, dans l'hôpital de Saint-Denis, les pavillons d'isolement soient tenus dans un état de propreté aussi complet que possible, et d'ordonner l'installation au plus tôt d'une étuve de désinfection. Enfin, il voudrait que l'autorité rappelât aux parents les dangers que courent les enfants non vaccinés, et il réclame l'assainissement du ruisseau qui confine à la cité. »

Le Conseil s'associe à ces conclusions.

LA MYOPIE SCOLAIRE. — Un médecin allemand, le docteur Karl Reich, appelle une fois de plus l'attention sur ce qu'on peut appeler les « maladies scolaires », c'est-à-dire celles qui sont produites par le régime scolaire tel qu'on l'entend aujourd'hui. Au premier rang de ces affections se place la myopie. Un examen attentif, appliqué à 10 000 enfants pris au hasard dans les écoles de villages, écoles primaires et moyennes, *Realschulen* et gymnases, a démontré il y a déjà vingt ans que la proportion des myopes augmente rapidement à mesure qu'on s'élève sur l'échelle de ces établissements. On a trouvé, en effet : 1,4 pour 100 de myopes dans les écoles de village ; 6,7 pour 100 de myopes dans les écoles primaires urbaines ; 7,7 pour 100 de myopes dans les écoles secondaires de filles ; 10,3 pour 100 de myopes dans les écoles moyennes (*mittelschulen*) ; 19,7 pour 100 de myopes dans les *realschulen ;* 26,2 pour 100 de myopes dans les gymnases.

D'autre part, la même gradation dans la myopie se faisait remarquer de classe en classe en une même école.

Des inspections analogues ont été faites à Vienne, à Saint-Pétersbourg, Moscou, Marseille, New-York, Tiflis, etc. Sur un chiffre total d'environ 30 000 enfants, on est arrivé à des résultats sensiblement identiques. Ces troubles de la vision sont dus, pour la plupart, à l'éclairage vicieux des écoles et à une mauvaise installation des mobiliers secondaires. — Mais, de plus, il est incontestable que les programmes de l'enseignement secondaire sont devenus si étendus depuis quelques années qu'il est à peu près impossible à un élève de moyenne intelligence de les embrasser sérieusement. Tous les rapports constatent aujourd'hui le nombre exagéré des heures de classe en comparaison du peu de temps accordé à la gymnastique, surtout en Allemagne. Durr et Fuchs, après lui, ont institué sur ce point une comparaison entre l'Angleterre, la France et l'Allemagne, pour un cours d'études allant de dix à dix-neuf ans. En voici les résultats :

En Angleterre, 16 500 heures de travail ; 4500 heures de gymnastique. — En France, 19 000 heures de travail ; 1300 heures de gymnastique. — En Allemagne, 20 000 heures de travail ; 560 heures de gymnastique.

Ces chiffres parlent tout seuls et ne permettent pas de s'étonner du nombre toujours croissant de myopes qu'on note dans les écoles, — sans parler des autres maladies qui résultent trop souvent de conditions hygiéniques aussi défectueuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 23 juillet). — *Ordre du jour :* M. Henri Desplats : Note sur une épidémie de rubéole observée à Lille. — M. Albert Robin : Suite de sa communication sur la solubilisation des résidus organiques. — M. Vidal : Rapport sur la candidature de M. Frédet au titre de membre correspondant.

HÔPITAL DE SAINT-ÉTIENNE. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Garand, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur C.-S. Douaud, l'un des fondateurs du *Journal de médecine de Bordeaux*, vice-président de la Société de médecine et professeur d'anatomie à l'École des Beaux-Arts. Ses obsèques ont eu lieu mardi dernier, 6 juillet, et des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Vergély, Hameau, Leriez et Durodié. Nous avons également le regret d'annoncer les décès de M. le docteur Coqueret, médecin en chef honoraire de la police municipale ; de M. le docteur H. Colin, ancien rédacteur de la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale ;* de M. le docteur Biefel, médecin sanitaire à Görlitz ; de M. le docteur Türk, médecin sanitaire à Bunzlau.

MORTALITÉ A PARIS (27e semaine, du 4 au 10 juillet 1886). — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 4. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 17. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43. — Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 25. — Autres affections générales, 48. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 37 — Pneumonie, 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 50 ; au sein et mixte, 26 ; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 81 ; de l'appareil circulatoire, 59 ; de l'appareil respiratoire, 47 ; de l'appareil digestif, 41 ; de l'appareil génito-urinaire, 18 ; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 18. — Total : 964.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

6133. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Alcools et alcoolisme.

Aux conclusions déposées à l'avant-dernière séance par M. Rochard, au nom de la Commission de l'alcoolisme, M. Gallard vient d'en opposer de contraires, dans un discours qui marquait ses débuts à la tribune de la rue des Saints-Pères. On trouvera plus loin le texte de ces conclusions, ainsi que le résumé de la très courte réplique que M. Dujardin-Beaumetz, pressé par l'heure, s'est empressé de faire à son nouveau collègue. A en juger par la première impression, l'Académie ne semble pas devoir donner gain de cause aux opinions soutenues par M. Gallard, et l'on peut croire qu'elle se maintiendra sur le terrain adopté par sa Commission et que le fond, sinon la forme, des conclusions de celle-ci, sera adopté à une très grande majorité.

Le côté économique du problème posé n'arrêtera pas longtemps l'Académie, si l'on en juge par l'accueil qu'elle fait manifestement aux tentatives qui ont pour but de l'engager dans cette voie ; on l'a bien vu, à la dernière séance, à la timidité avec laquelle M. Gallard a tenté de proposer un mode spécial d'assiette de l'impôt pour les boissons alcooliques. Trop de considérations étrangères, qu'il appartient au gouvernement et aux pouvoirs publics d'examiner et de comparer, interviennent dans une telle question, pour que l'Académie désire se risquer à y compromettre sa compétence indiscutable et son autorité spéciale à d'autres points de vue non moins importants. Tout au plus pourra-t-elle demander incidemment, et c'est une observation que nous nous permettons de soumettre à sa Commission, que l'État favorise par tous les moyens en son pouvoir la reconstitution et l'extension de nos vignobles et que des avantages soient accordés, sous une forme quelconque, mais bien apparente, aux vendeurs de vin reconnu naturel, aux fabricants d'alcool de vin authentique.

M. Gallard a paru s'étonner qu'on demande à l'Académie de considérer l'alcoolisation des vins comme nuisible, alors qu'en 1870 elle avait innocenté cette pratique, pour peu qu'elle fût soumise à certaines conditions. Il estime, quant à lui, que l'addition à un vin naturel d'une quantité quelconque d'alcool de bonne qualité ne peut avoir aucune influence fâcheuse sur la santé des consommateurs ; il a même cru devoir citer à l'appui de sa thèse l'usage qu'on fait pendant l'été dans le personnel de la Compagnie des chemins de fer de Paris-Orléans, d'une boisson rafraîchissante alcoolique ; de plus, après avoir reconnu qu'il ne s'était mis complètement au courant de cette question que depuis quinze jours, il a porté à ses contradicteurs le défi de produire un seul cas clinique de désordres causés par l'ingestion d'alcools de bonne qualité à doses modérées. Le terrain de la discussion nous semble ainsi singulièrement déplacé. S'agit-il en effet aujourd'hui des alcools de vin que nos distillateurs produisaient autrefois dans les meilleures conditions ? Nullement. M. Dujardin-Beaumetz l'a rappelé dans une argumentation d'une netteté et d'une rigueur qui n'ont rien laissé à désirer ; il n'est plus fait d'alcools de vin en France et, suivant la parole fatidique prononcée, il y a quelques mois au Reichstag allemand par M. de Bismarck, « tous les mauvais alcools sont bus en France sous forme de vins ». Interrogez les médecins des hôpitaux, ils vous diront qu'à la simple ivrognerie d'autrefois, celle que l'Académie visait en 1870, a fait place l'alcoolisme, c'est-à-dire tout cet ensemble de désordres fonctionnels que les alcools frelatés et fabriqués de toutes pièces avec des matières adultérées produisent sur tous les tissus de l'économie, diathèse et déchéance morbides qui donnent souvent à la plus vulgaire affection des caractères d'extrême gravité. Le coupage, le mouillage, le vinage, sont en eux-mêmes des préparations du vin que le consommateur peut se permettre à sa guise, car il les peut faire avec des matières dont il contrôle l'emploi et dans des conditions de pureté absolue. Autorisez-les pour les vendeurs et vous serez certain qu'elles favoriseront l'addition de toutes sortes de mélanges nuisibles. L'expérience le démontre chaque jour : chacun est assurément libre d'étendre d'eau, d'alcooliser ou de mélanger le vin qu'il boit ; mais qu'il abandonne ce soin à un intermédiaire, et celui-ci cherchera dans l'opération le bénéfice le plus élevé possible. Ce bénéfice, il ne peut l'obtenir

que par la fraude et l'altération des matières employées. Nous savons que, dans le cours de la discussion qui va suivre, ces divers points de vue vont être examinés; aussi n'avons-nous voulu que les signaler aujourd'hui à l'attention du lecteur, nous réservant d'y revenir ultérieurement.

CLINIQUE MÉDICALE

Étude clinique sur quelques points de l'histoire du diabète.

Lors de la réunion annuelle de l'Association médicale britannique à Cardiff, M. F.-W. Pavy a ouvert la discussion, qui a eu lieu sur le diabète, par une communication remarquable à tous les points de vue et qu'il nous paraît intéressant de résumer ici. Peu de médecins en Europe connaissent, en effet, aussi bien que ce savant clinicien la maladie dont il était question. Ce n'est pas à l'aide de citations ou de recherches bibliographiques qu'il l'a étudiée. Il lui suffisait de puiser dans ses notes cliniques pour en faire ressortir tous les points essentiels.

« Il y a quelques années, a dit M. Pavy, j'ai commencé à recueillir des notes sur les malades qui se présentaient à ma consultation avec les symptômes du diabète. Aujourd'hui cette statistique porte sur 1360 cas, 966 hommes et 394 femmes; de ces malades cinq seulement étaient âgés de moins de soixante-dix ans, un de plus de quatre-vingts ans. »

De ces observations M. Pavy déduit les conclusions suivantes:

La maladie peut marcher d'une manière insidieuse; l'auteur croit que dans la plupart des cas elle existe longtemps sans qu'on soupçonne son existence! « J'en ai été témoin, dit-il, chez des pasteurs ou d'autres personnes qui portent d'habitude des vêtements de drap noir; il suffit, pour reconnaître l'existence du diabète, d'observer les taches blanchâtres qui restent après que des gouttes d'urine ont été projetées par réflexion sur le pantalon; il est difficile de les faire disparaître en brossant. Lorsqu'un pantalon a été mis au rebut depuis longtemps et qu'on découvre des marques de cette nature, on peut être certain qu'à ce moment l'urine contenait du sucre. J'ai vu des domestiques d'hôtel qui reconnaissaient les diabétiques à la difficulté qu'ils éprouvaient de faire disparaître ces taches à la brosse. »

Dans d'autres cas, la maladie débute brusquement. Une dame de trente-sept ans dut garder le lit pendant deux mois à la suite d'un accident de chemin de fer; elle avait reçu des contusions graves, intéressant probablement le système nerveux central, surtout la moelle; elle se remit assez pour qu'on la crût complètement guérie. Quatre ans plus tard, elle allaitait alors depuis deux mois, la sécrétion lactée s'arrête, la polydipsie et la glycosurie apparaissent.

La durée de la maladie est sujette aux mêmes variantes: un homme meurt dans le coma trois jours après l'apparition du sucre dans l'urine; un autre, appartenant à une famille de diabétiques, meurt trois semaines après le début d'un anthrax de la région parotidienne. « Le cas le plus aigu que j'aie jamais vu, ajoute l'auteur, est celui d'un homme de cinquante-cinq ans, qui souffrait depuis plusieurs années d'attaques épileptoïdes. Trois semaines auparavant on avait cherché l'albumine et le sucre dans l'urine; elle n'en contenait plus quand je vis le malade, les symptômes étaient graves; la soif était pénible, la langue, la bouche, le palais, présentaient la coloration rouge vernissé, qui correspond aux pires formes de diabète. Trois jours plus tard je trouvai le malade dans le coma; la terminaison fut rapidement fatale. »

Au contraire, certains diabétiques peuvent jouir pendant des années d'une santé excellente; M. Pavy connaît une dame âgée de soixante-cinq ans, dont l'urine renferme du sucre depuis plus de vingt-cinq ans. D'autres fois des accidents intercurrents mettent fin à la maladie. Un jeune homme eut pendant cinq ans une glycosurie abondante. Sans autres phénomènes il mourut brusquement.

Il existe des cas très authentiques de guérison radicale du diabète. En mai 1881, M. Pavy a l'occasion de voir un gentle man alors âgé de quarante et un ans. La densité de l'urine est 1036; elle renferme 57 pour 1000 de sucre. Ce malade, qui était très nerveux, resta plusieurs années dans le même état. Lors de sa dernière observation faite en mai 1884, l'urine ne renfermait plus de sucre, l'état général était excellent et cependant cet homme mangeait ce qui lui plaisait, ne prenait aucune précaution diététique.

M. Pavy essaye d'établir une distinction entre la polyurie simple et le diabète. La première existe chez un individu depuis longtemps; sous l'influence de conditions qu'il est souvent impossible de déterminer, le sucre apparaît dans l'urine; on suppose presque toujours deux manières d'être différentes de la maladie. L'auteur anglais croit, au contraire, que ce sont deux maladies isolées et distinctes; d'après lui, le diabète sucré s'est développé chez un individu déjà affecté de diabète insipide; la succession peut se produire en sens inverse: « La femme d'un clergyman de Wiltshire, âgée de cinquante-cinq ans, vint me consulter au mois d'octobre 1881; la maladie présentait ses caractères classiques; sous l'influence du traitement, le sucre disparut complètement. Le 4 août 1882, la malade m'écrivit qu'elle était très altérée, urinait beaucoup et craignait un retour offensif de sa maladie. L'urine examinée présentait une densité variant entre 1005 et 1007 et ne contenait pas de traces de sucre. »

Sans entrer dans la description didactique de la maladie, M. Pavy insiste sur quelques points qui ont de temps en temps spécialement attiré son attention. Il a vu des diabétiques chez lesquels la transpiration ne se faisait que dans une moitié du corps. La condition du système nerveux, capable de produire ce phénomène, est probablement en relation avec l'état pathologique dont dérive le diabète.

L'hypertrophie du foie a été notée assez souvent pour qu'on puisse lui attribuer la même origine. Les désordres du système nerveux, surtout les désordres d'origine spinale, ne sont nullement rares; l'auteur a vu souvent l'ataxie locomotrice et le diabète. Une dame, diabétique depuis dix ans, en 1875, ne présenta pas le moindre phénomène du côté de l'innervation jusqu'en février 1880. A ce moment, elle commence à se plaindre de douleurs dans les membres; au mois d'avril, le diagnostic ne présentait plus de difficultés; elle était ataxique. M. Pavy a vu souvent dans les mêmes conditions le goitre exophthalmique; il est difficile de ne pas rapprocher ces faits de celui que nous avons vu plus haut, dans lequel une commotion de la moelle épinière fut la cause prédisposante. La dystrophie générale dont le syndrome complexe, connu sous le nom de diabète, serait l'expression clinique ordinaire, serait donc préparée de longue date par des altérations latentes des centres nerveux; ces modifications sont parfois accidentelles, mais elles sont souvent aussi

héréditaires. L'auteur en cite un exemple frappant : « Il m'a été rapporté par un médecin des Canaries, diabétique lui-même. Son père n'était point atteint de la même maladie, mais d'une sclérose disséminée reconnue par le professeur Lasègue. Cet homme avait trois fils nés de mères différentes; tous trois devinrent diabétiques ; aucune des mères ne l'avait été. »

Il n'est pas douteux d'ailleurs que le diabète se transmette par hérédité ; à l'exemple précédent, M. Pavy en ajoute plusieurs autres : une dame de cinquante ans vient le consulter en juin 1873 ; au mois d'avril de l'année précédente, une sœur, âgée également de cinquante ans, s'était présentée à lui pour le même motif ; une troisième fut prise en 1879 ; le père et la mère étaient également diabétiques ; un autre, âgé de quarante-huit ans, qui le devient en 1878, appartient à une famille de douze enfants, dont cinq le sont déjà.

M. Pavy termine son intéressante étude par une courte discussion sur la nature du coma diabétique ; il ne croit pas qu'on puisse l'attribuer, comme on le fait souvent, à l'acétonurie, il résulterait pour lui d'un simple épuisement des centres nerveux, analogue à celui qu'on peut constater à un moindre degré dans tout le cours de la maladie.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur l'iodol.

L'iodol est du tétraiodopyrrol C^4I^4AzH. On l'obtient du pyrrol C^4H^4AzH traité par l'iodure de potassium iodé.

Il se présente sous la forme d'une poudre brune se colorant de plus en plus sous l'action de la lumière.

Il peut supporter une température de 100 degrés sans subir aucune altération appréciable. Soumis à une température plus élevée, il dégage d'abondantes vapeurs d'iode et laisse un résidu volumineux de charbon. Il contient 85 pour 100 d'iode.

Il est soluble dans 5000 fois son poids d'eau, et 3 fois son poids d'alcool absolu. Ce qui prouve que l'alcool en dissout d'autant moins qu'il est plus hydraté. Il se dissout très peu dans la glycérine, presque pas dans les huiles fixes (à moins qu'elles ne soient chaudes) et les hydrocarbures : benzine, essence de térébenthine, vaseline, etc. Ces corps mêlés à l'iodol se colorent en brun à la lumière.

Son principal dissolvant est l'éther, qui en dissout plus que son poids. Il se dissout aussi facilement dans les alcalis caustiques et s'en sépare quand on neutralise la solution par un acide. Sa propriété antiseptique a été découverte par le docteur G. Mazzoni. On l'emploie en *poudre* comme l'iodoforme ; seulement, quand la plaie est saupoudrée, on y applique dessus une compresse d'acétate d'alumine ou d'argile imbibée d'acide acétique. Dans ce cas-là, il ne se forme pas de croûte à la surface de la plaie et le pus sécrété n'a aucune odeur ; il est donc moins irritant que l'iodoforme.

En *solution*, c'est un désinfectant de premier ordre sous la formule suivante : iodol, 1 ; alcool, 16 ; glycérine, 34. Son emploi n'a jamais donné lieu à aucun cas d'empoisonnement, et jamais on n'a constaté la présence de l'iode dans les urines.

On peut préparer de la gaze à l'iodol, du collodion, des pommades à base de vaseline, comme avec l'iodoforme. Le grand avantage que présente l'iodol sur l'iodoforme, c'est d'être inodore. Comme nous venons de voir qu'il n'est ni irritant ni toxique, on peut, sans être grand prophète, prédire que, malgré son prix élevé, l'iodol va complètement remplacer l'iodoforme dans ses applications à la thérapeutique.

On le prescrit en pommade dans la proportion de 1 gramme d'iodol pour 10 de vaseline ou d'axonge, cette dose peut-être portée à 2/10° dans les cas de blépharites ulcéreuses et de conjonctivites chroniques.

Il agit comme l'iodoforme par la mise en liberté de minimes quantités d'iode. Et on a même eu la preuve que la principale cause de ce phénomène était la chaleur du corps, en faisant l'expérience suivante :

Quand on tient pendant un jour entier un tube fermé contenant de l'iodol à une température de 39 degrés, les vapeurs d'iode sont visibles dans le tube.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Thermométrie clinique : le pronostic des fièvres palustres, par M. le docteur Catrin.

(Fin. — Voy. le numéro 29.)

Rémittente franche. — La fièvre ne cesse à aucun moment, on ne trouve jamais la température normale, mais des oscillations pouvant aller du matin au soir de 8/10es à 1 degré ; en outre, les températures du matin sont à peu près identiques entre elles comme celles du soir d'ailleurs.

		Matin.	Soir.
(Ybert.)	18 août.	»	40°,2
	19 —	39°,5	40°,0
	20 —	39°,4	40°,0
	21 —	40°,0	40°,2
	22 —	39°,6	39°,4

		Matin.	Soir.
(Grangier.)	5 septembre.	38°,6	40°,1
	6 —	38°,6	38°,1
	7 —	38°,4	39°,2
	8 —	38°,4	39°,0
	9 —	38°,6	39°,4
	10 —	38°,4	39°,0
	11 —	38°,4	39°,0
	12 —	37°,6	38°,2

Rémittente irrégulière. — Au milieu de la fièvre continue, on trouve un matin ou un soir, ou même, mais plus rarement, pendant un nycthémère entier, une température normale :

		Matin.	Soir.
(Fayère.)	9 septembre.	39°,6	40°,4
	10 —	38°,0	40°,8
	11 —	36°,4	40°,2
	12 —	38°,5	39°,8
	13 Apyrexie.		

		Matin.	Soir.
(Runnel.)	15 août.	»	39°,4
	16 —	38°,0	39°,5
	17 —	37°,5	39°,4
	18 —	38°,2	40°,0
	19 —	38°,1	39°,0
	20 —	37°,2	39°,2
	21 —	38°,1	39°,4
	22 —	38°,0	38°,0
	23 —	37°,4	38°,0

Rémittente descendante. — Type fébrile à oscillations descendantes :

			Matin.	Soir.
(Letessier.)	11	août.	»	39°,0
	12	—	38°,8	39°,4
	13	—	38°,2	39°,2
	14	—	38°,0	39°,0
	15	—	37°,8	38°,2
	16	—	37°,4	38°,0

			Matin.	Soir.
(Prestot.)	7	août.	38°,6	40°,2
	8	—	38°,7	39°,8
	9	—	38°,4	39°,5
	10	—	38°,5	39°,5

			Matin.	Soir.
(Poupard.)	17	septembre.	»	40°,5
	18	—	40°,0	39°,6
	19	—	39°,9	39°,4
	20	—	39°,0	37°,3

Rémittente ascendante. — C'est là le type des oscillations ascendantes qui caractérisent souvent la première période de la fièvre typhoïde :

			Matin.	Soir.
(Piednoir.)	5	août.	»	39°,2
	6	—	38°,4	40°,0
	7	—	38°,8	40°,4
	8	—	39°,1	40°,1
	9	—	39°,3	»

			Matin.	Soir.
(Mattei.)	29	juillet.	»	37°,5
	30	—	37°,2	37°,8
	31	—	37°,5	37°,8
	1er	août.	37°,9	38°,0
	2	—	37°,6	38°,8
	3	—	38°,0	39°,4
	4	—	38°,4	40°,0

			Matin.	Soir.
(Carré.)	28	septembre.	37°,4	38°,4
	29	—	38°,1	40°,0
	30	—	38°,4	39°,0
	31	—	39°,0	39°,8
	1er	février.	39°,0	»

			Matin.	Soir.
(Delvuche.)	29	juillet.	37°,0	37°,5
	30	—	37°,3	37°,9
	31	—	37°,5	39°,5
	1er	août.	37°,9	38°,0

Sur 217 courbes de fièvre rémittente, nous avons trouvé : 81 fièvres rémittentes franches; 63 fièvres rémittentes irrégulières; 38 fièvres rémittentes descendantes; 35 fièvres rémittentes ascendantes.

Nous signalons la gravité particulière de la rémittente ascendante :

Sur 35 rémittentes ascendantes fournies par 31 hommes, nous avons eu 35 entrées aux hôpitaux.

Sur ces 31 hommes entrés aux hôpitaux, nous voyons :

27 évacués { 17 sans convalescence, 11 avec convalescence,
1 rentré avec le bataillon,
1 mort (fièvre typhoïde consécutive),
1 parti cachectique avec la classe,
1 rentré sans avoir été hospitalisé.
31

20 de ces hommes ont été évacués dès la première entrée à l'hôpital.

Des 29 hommes rentrés en France, 9 sont entrés aux hôpitaux, 12 ont été renvoyés en convalescence, 1 est mort de fièvre typhoïde, 1 est mort d'accès pernicieux. Il y a eu 47 récidives.

C'est évidemment cette forme de fièvre rémittente qui a dû souvent donner lieu à des erreurs de diagnostic ; nous-même, au début, inscrivions sur nos billets d'entrée : Fièvre continue, voilant notre embarras sous cette étiquette douteuse, qu'avec M. Laveran nous souhaiterions de voir disparaître de notre nomenclature. Citons l'exemple du soldat Chaigneau, qui, atteint de fièvre rémittente le 12 août, entre à l'hôpital le 18, en sort le 9 septembre avec le diagnostic fièvre typhoïde légère, est repris des mêmes accidents fébriles quinze jours après, puis nouvelle atteinte le 5 novembre ; il entre de nouveau à l'hôpital le 7, où il obtient une convalescence le 24 décembre.

En France, ce militaire eut plusieurs récidives, qui lui valurent deux convalescences, une en février 1883 et une en mai, qu'on dut prolonger de deux mois.

Quand la première atteinte de malaria est une fièvre tierce, il semble aussi que le pronostic devienne fâcheux :

Sur 18 hommes qui se sont trouvés dans ce cas, 11 sont entrés aux hôpitaux et 7 évacués, dont 3 avec en convalescence.

3 n'ont pu rentrer avec le bataillon en février 1883 (anémie).

4 sont rentrés cachectiques en France, et ont eu 21 récidives qui ont nécessité 4 entrées aux hôpitaux et 3 convalescences.

1 est parti cachectique avec la classe.

3 seulement sont restés indemnes de récidive, 1 est parti avec la classe.

Sur ces 18 hommes, 11 ont eu des récidives dans le pays : 2, 2 fois; 3, 3 fois; 1, 4 fois; 3, 5 fois; 1, 6 fois; 1, 8 fois.

Nous avons eu au total 218 malades qui ont eu 537 fois la fièvre. Ces 537 cas se décomposent ainsi :

Fièvre rémittente franche	81
Fièvre rémittente irrégulière	63
Fièvre rémittente descendante	38
Fièvre rémittente ascendante	35
	217
Fièvre intermittente quotidienne	239
Fièvre tierce	38
Fièvre irrégulière	26
Températures non prises	17
	537

Les fièvres ont débuté, selon la loi connue, avec la saison chaude : 44 cas en juillet, 145 en août, 156 en septembre, 102 en octobre, 60 en novembre, 14 en décembre. Beaucoup de malades, au début, sont atteints par la fièvre rémittente : 24 en juillet, 56 en août, 22 en septembre, 9 seulement en octobre, 3 en novembre, 2 en décembre. C'est en septembre que nous avons vu le plus de fièvres tierces (8). Pas une fièvre quarte, pas un accès pernicieux.

Ce n'est qu'en octobre et novembre que paraissent ces fièvres sans type, sorte de fièvre hectique, palustre, que nous avons nommée fièvre irrégulière : le malade a deux jours la fièvre, un jour d'apyrexie, quatre jours de fièvre, huit jours de repos, etc.; mais, détail caractéristique, dans ses moments de repos le patient est loin d'être en état physiologique, et ne possède même pas la santé relativement bonne dont jouissent les impaludés dans l'intervalle de leurs accès.

On voit que ce sont encore les fièvres intermittentes quotidiennes qui sont les plus fréquentes (239), puis viennent les rémittentes (217), et enfin les tierces (38).

Ténacité des fièvres palustres. — Toutes ces fièvres ont été d'une ténacité remarquable, et nous donnons ci-dessous quelques exemples :

(Behur, 1re compagnie). — 1° Atteinte le 19 août 1882 : fièvre rémittente deux jours, intermittente trois jours; apyrexie à partir du 25.

2° Récidive le 5 septembre : fièvre rémittente; durée, six jours.

3° Récidive le 15 : rémittente descendante; six jours de durée.
4° Récidive le 29. Envoyé le 30 à l'hôpital. Il en sort le 14 octobre.
5° Récidive le 1er novembre : fièvre jusqu'au 8, date à laquelle il entre à l'hôpital. Sort le 9 décembre.
Repris d'accès irréguliers, il rentre pour la troisième fois à l'hôpital le 22 décembre, et en sort le 4 janvier 1883 avec un congé de convalescence.

(Fougère, 2e compagnie). — 1° Atteinte du 21 au 27 avril 1882 (rémittente).
2° Atteinte du 9 au 22 septembre (rémittente irrégulière).
3° Atteinte le 28. Entre à l'hôpital le 30. En sort guéri le 10 octobre 1882.
4° Atteinte du 15 au 22 octobre (rémittente irrégulière).
5° Atteinte du 28 au 31 octobre (intermittente quotidienne).
6° Atteinte du 9 novembre au 13 (intermittente quotidienne).
7° Atteinte le 19 novembre. Entre à l'hôpital le 21 novembre, en sort le 4 décembre.
A des accès irréguliers. Rentre en France cachectique, et obtient trois mois de convalescence.

(Hurel, 2e compagnie). — 1° Atteinte du 24 août 1882 au 7 septembre (intermittente quotidienne, puis fièvre tierce).
2° Atteinte du 18 septembre au 24, date à laquelle il entra à l'hôpital. En sort guéri le 12 octobre 1882.
3° Atteinte du 15 au 18 octobre (intermittente quotidienne).
4° Atteinte du 23 au 26 octobre (intermittente quotidienne).
5° Atteinte du 4 novembre au 7 (intermittente quotidienne).
6° Atteinte le 12 novembre. Hôpital le 14 novembre. Evacué.

(Lambonet). — 1° Atteinte le 21 avril. Infirmerie le 23. Hôpital le 26. Sorti le 16 mai.
Infirmerie le 17 mai.
Hôpital le 24 mai. Sorti le 9 juin.
Hôpital le 6 août. Sorti le 18 août.
Hôpital le 29. Evacué le 12 septembre.
Dans l'intervalle de ces sorties, cet homme a toujours eu des accès de fièvre.

(Richard, 3e compagnie). — 1° Atteinte du 26 au 30 août 1882 (rémittente irrégulière).
2° Atteinte du 5 au 10 septembre (rémittente irrégulière).
3° Atteinte du 21 au 27 septembre (rémittente irrégulière).
4° Atteinte du 2 au 5 octobre (rémittente descendante).
5° Atteinte du 13 au 18 octobre (rémittente irrégulière).
6° Atteinte du 24 au 27 octobre (rémittente irrégulière).
7° Atteinte du 2 novembre. Hôpital le 4. Sorti le 12 novembre.
8° Hôpital le 17. Sorti le 25 novembre 1882.
9° Hôpital le 12 décembre. Convalescence le 4 janvier 1883.

(Penot). — 1° Atteinte en janvier 1882. Non noté.
2° Atteinte de rémittente ascendante le 1er août. Hôpital le 6. Sorti le 24 août.
3° Atteinte de rémittente irrégulière le 17 septembre. Hôpital le 24 septembre. Sorti le 14 octobre.
4° Atteinte de rémittente ascendante. Renvoyé à l'hôpital le 18 octobre, d'où il est évacué le 24 novembre 1882.
A son arrivée au corps, ce militaire rentre à l'hôpital, où il obtient trois mois de convalescence. A sa rentrée de convalescence, nouveau séjour à l'hôpital en mars. Accès pernicieux le 2 avril; entré à l'hôpital le même jour. Mort le 3 avril 1883.

On voit quels services pouvaient rendre ces hommes, qui passaient plus de temps à l'infirmerie, à l'hôpital que dans leur corps.

Influence des fatigues, des excès sur les récidives et la genèse des fièvres. — Le 11 août, la 1re compagnie (35 hommes) n'avait que 4 fiévreux à la visite; le 12, elle part à Ain-Tounga, à 35 kilomètres, les hommes sans sac et en deux étapes. Le 16, à son retour à Medjez, cette compagnie ramène 18 fiévreux pour 35 hommes, et du 16 au 27 11 hommes entrent aux hôpitaux.

A la même date, la 2e compagnie allait préparer le camp à Chaouach, village à 7 kilomètres de Medjez et à 250 mètres environ au-dessus de la plaine; les hommes firent la route sans sac. Dans les journées des 18, 19, 20, 11 hommes de cette compagnie entraient à l'infirmerie.

Le 20 août, la 3e compagnie n'avait que 5 fiévreux à la visite; elle remplace la 2e compagnie à Chaouach, et rentre le même jour; en moins d'une semaine 22 fiévreux et 7 entrées aux hôpitaux.

Pendant le même temps, la 4e compagnie, qui n'avait pas quitté Medjez, voyait le chiffre de ses malades, non seulement ne pas augmenter, mais encore diminuer.

Après la fête du 14 juillet, nous voyons, du 16 au 31, beaucoup de malades à la visite, où, les 14 et 15 juillet, il n'y avait que 20 malades. Les 18, 19, 20, 41 malades; le 21, 45. Du 16 au 29 juillet, 17 entrées à l'infirmerie et 25 aux hôpitaux.

Enfin nous avons pu constater qu'une élévation de 250 mètres au-dessus de la plaine ne peut garantir de la fièvre, car en septembre, envoyé à Chaouach, le bataillon, malgré son effectif réduit, a 199 malades à la chambre, 41 entrées à l'infirmerie, et 37 hommes entrés aux hôpitaux, sur lesquels 14 seulement reviennent au corps.

Sur les 218 hommes ayant eu la fièvre palustre :
86 ne l'ont eu qu'une fois;
132 l'ont eu plus d'une fois :

52	l'ont eu	2	fois.
29	—	3	—
21	—	4	—
19	—	5	—
4	—	6	—
3	—	7	—
3	—	8	—
1	—	9	—

84 de ces hommes sont rentrés avec le bataillon en février 1883, dont 42 n'ayant eu qu'une fois la fièvre.
36 sont partis avec la classe, dont 20 à 1 atteinte.
1 a été renvoyé aux compagnies franches (1 seule atteinte).
1 mort à l'hôpital.
96 ont été évacués :

32 à 1	atteinte (20 rémittentes ascendantes).
23 à 2	—
17 à 3	—
11 à 4	—
6 à 5	—
2 à 6	—
2 à 7	—
2 à 8	—
1 à 9	—

Des 86 hommes ayant eu une seule fois la fièvre :
27 ont eu la fièvre intermittente quotidienne.
54 la fièvre rémittente.
5 la fièvre tierce, soit 86.

Les signes sur lesquels nous croyons pouvoir nous appuyer pour porter un pronostic bon ou mauvais sont les suivants : Tout malade qui, dans les moments d'apyrexie de la fièvre intermittente ou à la fin de cette fièvre a une température au-dessous de la normale, c'est-à-dire au-dessous de 36°,8, aura à subir des atteintes multiples de la malaria, et arrivera à la cachexie.

Les températures élevées sont également d'un fâcheux pronostic.

Quand les deux signes sont réunis, les chances de cachexie sont encore plus grandes.

Sur nos 218 malades nous avons pu observer :
58 fois une température apyrétique normale.
109 fois une température apyrétique anormale.
51 fois nous n'avons pu connaître la température à la fin de ces fièvres, qui sont presque toutes des rémittentes, soit parce que le malade est entré à l'hôpital, soit pour d'autres raisons.

Sur 58 cas où la température apyrétique a été normale :
40 cas une atteinte, 68,96 pour 100 :

24 intermittentes quartes.
11 rémittentes.
1 tierce.
4 irrégulières.

13 cas à 2 atteintes, 22,41 pour 100 :

2 intermittentes	5 fois.
2 rémittentes	2 —
1 intermittente, 1 rémittente	2 —
1 rémittente, 1 intermittente	4 —

5 cas à 3 atteintes, 8,62 pour 100 :

1 rémittente, puis 2 intermittentes	1 fois.
3 intermittentes	2 —
2 intermittentes, 1 rémittente	1 —
1 tierce, 1 intermittente, 1 rémittente	1 —

En résumé, une seule atteinte, 69,96 pour 100. Plus d'une atteinte, 31,3 pour 100.

Sur les 109 cas où la température apyrétique était anormale :

1 atteinte	8 fois,	7,34 pour 100.
2 —	31 fois.	
3 —	21 —	
4 —	19 —	
5 —	19 —	
6 —	4 —	
7 —	3 —	
8 —	3 —	
9 —	1 —	, soit 92,66 pour 100.

En résumé, une atteinte, 7,34 pour 100. Plus d'une atteinte, 92,66 pour 100.

Sur les 58 cas à température apyrétique normale :
35 hommes sont rentrés avec le bataillon.
20 sont partis avec la classe en novembre 1882.
1 a été envoyé aux compagnies franches (examen médical spécial).
56, soit 96 pour 100, sont donc rentrés.

Sur les 109 cas à température apyrétique anormale :
37 hommes sont rentrés avec le bataillon.
16 sont partis avec la classe.
Soit 53, c'est-à-dire 48,62 pour 100.

Sur 58 cas à température apyrétique normale :
3 entrés aux hôpitaux (5,17 pour 100).
2 évacués (1 à 2 atteintes, 1 à 3 atteintes ayant débuté par la fièvre tierce).

Sur les 109 cas à température apyrétique anormale :
104 entrées aux hôpitaux (95,41 pour 100), fournies par 77 hommes (70,64 pour 100).
55 évacués (50,45 pour 100) : 40 sans convalescence ; 15 avec convalescence.
109 cas : 55 évacués ; 53 rentrés ou partis avec la classe ; 1 mort.
58 cas : 35 rentrés ; 20 partis avec la classe ; 1 envoyé aux compagnies franches ; 2 évacués.

Sur les 109 cas à température anormale, nous avons 66 cachectiques ; un grand nombre d'hommes partis avec la classe auraient été évacués et avaient la fièvre la veille de leur départ.

Sur les 58 cas à température normale, nous n'avons eu qu'un seul anémique, parti avec la classe.

Si nous suivons les hommes rentrés en France et observés pendant l'année 1883, nous verrons que, sur les rentrés avec température normale, pas un n'a dû entrer aux hôpitaux, qu'il n'y a eu que 11 récidives et seulement 4 convalescences.

Sur les hommes rentrés avec température apyrétique anormale nous trouvons : 39 entrées aux hôpitaux ; 49 convalescences ; 210 récidives.

Sur les 38 hommes ayant présenté une température apyrétique anormale, et rentrés sans évacuation ni convalescence, nous trouvons que, en France : 9 seulement ont été indemnes ; 16 sont entrés aux hôpitaux ; 17 ont eu des convalescences ; 29 ont eu des récidives.

Enfin c'est parmi les hommes à température apyrétique ou anormale que se sont montrés les décès.

1° (Girard). Ce soldat se rendait chez lui, où il avait été envoyé en congé de convalescence pour fièvre intermittente d'Afrique, lorsqu'il eut un accès pernicieux à forme convulsive, à la gare du chemin de fer ; le 29 septembre au matin, il entra à l'hôpital d'Alais. Le 9 octobre, à la visite, il se croyait complètement remis et demandait à sortir, lorsque, à trois heures de l'après-midi, il a présenté des phénomènes convulsifs qui ont déterminé la mort.

Alais, 10 octobre 1882.
Le médecin de l'hôpital : (signature illisible).

2° (Clarin). Évacué le 10 octobre 1882, entre le 10 novembre à l'hôpital de Valenciennes, y meurt le 28 de fièvre typhoïde.

3° (Fenot). Avait eu en Tunisie quatre atteintes de fièvre palustre, dont deux fois une rémittente ascendante. Il entre trois fois à l'hôpital, est évacué la troisième fois le 24 novembre 1882. — Température apyrétique : 36°,6. Température pyrétique : 41 degrés.

Ce malade entre, en décembre 1882, à l'hôpital de Valenciennes, où il obtient une convalescence de trois mois.

Rentré au corps en mars 1883, nouvelle récidive. Enfin accès pernicieux le 3 avril 1883 ; il entre à l'hôpital à trois heures et meurt dans le coma, le 4 avril, à dix heures du matin.

Ce dernier accès était survenu brusquement. Fonot était tombé dans la cour du quartier, présentant des secousses musculaires dans les avant-bras, puis des vomissements verdâtres.

On ne peut le faire sortir du coma. Gémissement toute la nuit. Rejet le matin par la bouche d'un liquide écumeux. Température : 42°,9. Mort à dix heures du matin.

Autopsie. Crâne et dure-mère incisés.

Ni épanchement, ni exsudat, mais injection de la pie-mère à la face supérieure du cerveau.

Piqueté de la substance corticale de la face convexe.

Pas de liquide dans les ventricules.

Rachis : absence de tout exsudat, mais injection très vive de la pie-mère et de la moelle.

Foie et reins normaux.

Rate assez grosse, mais ferme ; quelques caillots décolorés dans le cœur droit. Un peu d'œdème du poumon.

Hyperthermie. — 6 hommes seulement ayant subi une seule atteinte ont dépassé 41 degrés ; 26 ayant subi plus d'une atteinte ont dépassé 41 degrés.

La plus haute température observée a été 41°,9 (7 cas) ;

La plus basse, 35°,8 ; un grand nombre de fois, 36.

Résumant en deux tableaux comparatifs le sort des individus ayant eu une température apyrétique normale ou anormale, nous voyons :

Température apyrétique normale.	Température apyrétique anormale.
68,96 pour 100 le malade n'aura qu'une atteinte.	7,34 pour 100 le malade n'aura qu'une atteinte.
31,03 pour 100 il aura plus d'une atteinte.	92 fois il aura plus d'une atteinte.
96 fois pour 100 le malade rentrera en France.	48 fois pour 100 le malade rentrera en France.
5,17 pour 100 il entrera aux hôpitaux.	70 fois pour 100 il entrera aux hôpitaux.
3,44 pour 100 il sera évacué.	50,45 pour 100 il sera évacué.
0,91 fois il sera cachectique.	60 fois il sera cachectique.

EN FRANCE

0 entrée aux hôpitaux.	70 fois pour 100 entrée aux hôpitaux.
10,81 pour 100 convalescence.	89,09 pour 100 convalescence.
29,72 pour 100 récidive.	381 pour 100 récidive.

CONCLUSIONS.

1° Les formes franches des types de fièvre palustre sont en Tunisie moins fréquemment observées qu'on ne le pourrait croire et les types s'entremêlent et s'enchevêtrent ;

2° Les fatigues, les excès ont une influence considérable sur la genèse et les récidives des fièvres palustres ;

3° Une localité située à 500 mètres au-dessus de la plaine ne peut être proposée comme sanitarium ;

4° Le pronostic des fièvres palustres peut dès le premier accès se fonder sur les signes suivants :

A. Le type qui atteint pour la première fois le malade : la rémittente ascendante, la fièvre tierce, sont d'un fâcheux pronostic.

B. La forme dite rémittente n'existe pas et en réalité ce sont la plupart du temps des fièvres continues qu'on observe. Toutefois on peut considérer 4 types de fièvre rémittente : 1° rémittente franche ; 2° rémittente irrégulière ; 3° rémittente ascendante ; 4° rémittente descendante.

C. Si la température pendant la période fébrile est très élevée (41 degrés), la cachexie est probable.

D. Si la température apyrétique est au-dessous de la normale (36°,8), la cachexie est presque certaine.

Enfin la réunion de ces deux derniers signes (C et D) doit engager à évacuer le malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Il n'y a eu d'autre communication touchant aux sciences médicales que l'annonce faite par M. *Bertrand*, secrétaire perpétuel, d'un legs du docteur *Mège*. Il s'agit d'une somme de 10000 francs que l'Académie devra décerner à titre de prix à « l'auteur qui aura continué et complété, dit le donateur, mon essai sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine. Les intérêts de ladite somme seront employés en encouragements jusqu'au moment où le prix sera décerné. »

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 JUILLET 1886.— PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Ch. Amat*, médecin-major, adresse un mémoire manuscrit sur l'*emploi de l'eau bouillie* dans la prophylaxie de certaines épidémies.

M. le docteur *Weiss* (de Cousanges-aux-Forges, Meuse) envoie le relevé des vaccinations qu'il a faites en 1886.

M. *E. Ory* transmet son *Rapport sur le service de la protection de l'enfance dans le Jura en* 1885.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Mauriac* (de Bordeaux), une brochure intitulée : *La question des morues rouges*.

M. *Gariel* fait hommage du tome I[er] du Compte rendu de la session tenue à Grenoble en 1885 par l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une *Note* manuscrite de M. *E. Martin* (de Bordeaux) sur la cornée artificielle et fait hommage du 13[e] fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique*.

M. *Larrey* présente : 1° une brochure de M. le marquis de Nadaillac sur *l'affaiblissement de la natalité en France, ses causes et ses conséquences ;* 2° une *Note* de M. le docteur *Meynier*, médecin-major au camp de Châlons, sur la vaccination des jeunes soldats au 109[e] de ligne.

ÉLECTION. — Par 39 voix sur 50 votants, M. *Grasset* (de Montpellier) est élu correspondant national dans la première division (*Médecine*). M. Tillot (de Luxeuil) obtient 5 voix ; M. Mauricet (de Vannes), 2 ; M. Carlet (de Grenoble), 1 ; il y a, en outre, 1 bulletin blanc.

QUINQUINA. — M. *Roy*, pharmacien à Paris, lit une Note sur une préparation de quinquina, à laquelle il donne le nom d'extrait normal de quinquina granulé. Il l'obtient en épuisant successivement la poudre de quinquina par l'eau, puis par l'alcool; ces deux extraits réunis sont ensuite granulés avec du sucre, de façon à constituer un poids de granules égal à celui du quinquina employé, et de façon que, par exemple, 10 grammes d'extrait granulé renferment tous les principes actifs de 10 grammes de quinquina; si celui-ci contient 3 pour 100 d'alcaloïdes, 10 grammes d'extrait granulé ou une cuiller à bouche environ contiendront 30 centigrammes d'alcaloïdes. — (Le mémoire de M. Roy est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Planchon, Méhu et Bourgoin.)

ALCOOLISME. — La discussion du rapport de M. Rochard sur l'alcoolisme débute par un discours de M. *Gallard*, dont les conclusions résument très fidèlement les développements. Il propose en effet à l'Académie d'adopter les déclarations suivantes : 1° le simple mélange de plusieurs vins naturels, ou *coupage;* l'addition à un vin naturel d'une plus ou moins grande quantité d'eau pure ou *mouillage;* l'addition à ce même vin naturel, d'une quantité quelconque d'alcool, de bonne qualité, ou *vinage*, ne peuvent avoir aucune influence fâcheuse sur la santé des consommateurs et l'Académie n'a pas de raisons pour les proscrire au nom de l'hygiène; 2° l'emploi pour le vinage des alcools supérieurs (propylique, butylique ou amylique) peut en raison des principes toxiques qu'ils renferment communiquer au vin des propriétés nuisibles pour la santé. Leur emploi doit donc être interdit au même titre et pour les mêmes raisons que celui de l'acide salicylique, que celui du bisulfate de potasse ajouté au vin par la pratique du *plâtrage*, que celui des *matières colorantes* quelles qu'elles soient, ou des préparations connues sous le nom de *bouquet artificiel*, qui toutes ajoutent au vin des matériaux étrangers à sa composition naturelle et le plus souvent dangereux ; 3° les boissons qui ne sont pas préparées exclusivement avec le jus de raisin, fermenté aussitôt après la vendange, ne doivent pas être vendues sous le nom de *vin*. — Elles ne peuvent, alors même que leur salubrité est parfaitement établie, être livrées à la consommation que sous un nom indiquant leur composition et leur provenance; 4° afin d'encourager la consommation des vins naturels les moins alcoolisés et celle des autres boissons fermentées qui renferment peu d'alcool, il serait à désirer que les droits fiscaux, pesant sur l'alcool, fussent établis en raison même de la quantité contenue dans chacune de ces boissons. Ces droits devraient être calculés de telle sorte que la taxe portant sur une même quantité d'alcool devînt de plus en plus forte à mesure que cet alcool serait dilué dans un moindre volume de liquide.

M. *Dujardin-Beaumetz* prend prétexte de la définition même, donnée par M. Gallard au commencement de son discours, à savoir que le vin est le résultat de la fermentation du jus du raisin, pour faire remarquer que toute addition au vin naturel est une falsification et que le mouillage comme le vinage transforment le vin en un produit qui n'est plus le vin. Celui-ci est en effet un produit vivant, pour ainsi dire, dans lequel l'augmentation ou la soustraction d'une seule de ses nombreuses parties constituantes en modifie profondément l'ensemble. Sans doute l'Académie a pu autoriser le vinage, sous certaines conditions, en 1870; mais alors on fabriquait encore des alcools de vin en France et l'on n'observait dans les hôpitaux, par exemple, que des phénomènes dus à l'ivrognerie simple. Aujourd'hui il n'en est plus de même, les faits d'alcoolisme vrai, si bien définis par M. Lancereaux, se sont multipliés dans une proportion de plus en plus considérable ; ils sont dus à l'usage de ces alcools de fabrication courante, obtenus avec les produits de la distillation de la betterave, du riz, de la pomme de terre, etc., dont la toxicité a été surabondamment démontrée par de nombreuses expériences physiologiques. Accepter la pratique du vinage, de même que celle du mouillage et du coupage, ce serait favoriser uniquement l'introduction dans le vin livré à la consommation de ces divers alcools toxiques. L'Académie ne saurait y souscrire, dans l'intérêt bien entendu de la santé publique. Quant aux procédés financiers qui, par la taxation spéciale de tel ou tel produit, pourraient permettre de dimi-

nuer la consommation des alcools, ce n'est pas à l'Académie qu'il appartient de se prononcer dans une question aussi complexe et qui n'est pas de sa compétence.

REVUE DES JOURNAUX

Le salol, nouvel antithermique: ses usages, par Sahli. — Cette substance est un composé obtenu par la combinaison de l'acide salicylique avec le phénol, contenant en poids 60 pour 100 du premier et 40 pour 100 du second; se présentant sous forme de cristaux et se dissolvant seulement dans l'alcool et l'éther.

Le salol ne provoque pas de troubles gastriques et se dédouble seulement dans l'intestin, de sorte qu'il est possible d'utiliser ses vertus antiseptiques dans l'entérite, le choléra et la dothiénentérie. Il possède les vertus antirhumatismales et antithermiques de l'acide salicylique; de plus il est un antiputride puissant. M. Sahli l'a employé avec succès à l'intérieur contre la dysenterie; et à l'extérieur dans l'otorrhée, les ulcérations, les chancres indurés, la blennorrhagie et en injections interstitielles contre le lupus.

M. R. Lépine en a obtenu de bons effets contre la fièvre et les douleurs du rhumatisme. Il l'a vu abaisser la température dans la fièvre typhoïde où il a pu en élever les doses jusqu'à 20 grammes pendant deux jours, sans production de manifestations toxiques et en donnant seulement naissance à des sueurs abondantes et à la réaction dans les urines de l'acide salicylique et du phénol. Quant à son action antiseptique sur les selles, elle ne paraît pas répondre aux promesses des premiers observateurs; M. Lépine n'a pas constaté leur désinfection, de sorte qu'on peut mettre en doute l'action topique du salol sur l'intestin, malgré les affirmations de M. Sahli.

A l'intérieur, on le prescrit à la dose de 4 à 8 grammes. A l'extérieur et comme agent antiseptique, MM. Nenki et Saber en ont fait usage sous la forme pulvérulente ou bien en le véhiculant dans un excipient huileux. Sa réaction chimique avec le perchlorure de fer est colorée en violet comme celle de l'acide salicylique. (*Correspondenz Blatt. für Schweizer Aezte*, 15 juin 1886.)

De la médication des hydropisies par le calomel, par E. Jandrassik. — L'action diurétique du calomel et des préparations dans lesquelles il entre était déjà connue des anciens médecins. M. Jandrassik a été assez heureux pour constater cette vertu dans six cas sur sept où il prescrivit ce médicament. Les malades étaient atteints de cardiopathies avec anasarque et cet observateur avait eu l'idée d'associer par parties égales le calomel et le jalap.

Le mode d'administration consistait en deux ou quatre doses quotidiennes de 18 à 24 centigrammes du sel mercurique mélangé à la même quantité de jalap; ce dernier possédant, paraît-il, des propriétés diurétiques lorsqu'on le prescrit avec le calomel, tandis qu'isolément administré, il ne modifie pas la sécrétion rénale.

Du deuxième au quatrième jour, la diurèse devenait très abondante, s'élevant à trois litres, trois litres et demi et parfois dans un cas au delà de neuf litres. La puissance diurétique du calomel serait donc supérieure à celle de la digitale. La diurèse augmente pendant quelques jours, puis, après avoir atteint son maximum, diminue graduellement dans l'espace d'une semaine, pour atteindre son chiffre normal. En même temps le malade accuse des symptômes d'hydrargyrisme : saveur métallique, salivation et stomatite. S'il se produit des effets purgatifs, l'action diurétique serait moins nette; d'ailleurs, dès que cette dernière est établie, l'administration du médicament devient inutile.

Si après plusieurs jours l'hydropisie persiste ou si elle ne diminue que faiblement, on répète les doses et on les continue en raison de la durée du phénomène morbide. Pendant cette polyurie thérapeutique, M. Jandrassik a remarqué la diminution de densité de l'urine et l'atténuation de sa richesse en chlorures, mais il n'a pas constaté de changement dans la tension artérielle.

Le calomel a échoué dans un cas de maladie de Bright, dans un cas d'épanchement pleural et dans un cas de neuropathie où l'anasarque était faible.

Quel est le mécanisme de cette action diurétique? M. Jandrassik fait remarquer qu'aucune modification des organes de la circulation ne peut en donner la raison. Il lui paraît tout aussi évident que le calomel ne possède pas une action élective sur le parenchyme rénal. Il admet donc que le calomel agit par l'intermédiaire du sang et que celui-ci, par un mécanisme inconnu, entraîne le liquide épanché dans les tissus. Ce liquide en excès est rapidement éliminé, de sorte que l'intégrité du tissu rénal paraît nécessaire pour que l'action diurétique de ce médicament puisse s'exercer. (*Deut. Arch. für klin. Med.*, 1866, p. 499.)

Les propriétés et les usages du pipéronol, par Riccardo Frignani. — Cette substance est l'aldéhyde correspondant à l'acide pipéronilique. Elle a la forme de cristaux blancs, dont l'odeur rappelle celle de la vanille, et dont le goût piquant ressemble à la saveur de l'essence de menthe. Ces cristaux sont fusibles, volatilisables et brûlent avec une flamme comparable à celle du camphre. Peu solubles dans l'eau froide, ils fondent en gouttelettes huileuses au contact de l'eau chaude, mais se dissolvent dans l'alcool et dans l'éther.

Le pipéronol possède des propriétés antipyrétiques à la dose de 60 à 80 centigrammes, doses qu'on répète deux ou trois fois chaque jour. Sous son influence la température s'abaisse, mais il se produit parfois des nausées, des éructations et de la sécheresse pharyngée. Les vertus antiseptiques de cette substance et son innocuité toxique relative seraient encore plus dignes d'attention si on s'en rapporte au témoignage de M. Frignani. (*Giornale internazionale delle Scienze med.*, 1886, n° 2.)

Des modifications de la circulation et de la respiration des animaux placés dans les appareils à air raréfié ou à air comprimé, par F. Martin et Frank Donaldow. — Des lapins chloralisés servaient de sujets pour ces expériences. Au moyen des tambours de Marey, du kymographe et des appareils enregistreurs on notait la fréquence et l'étendue des mouvements respiratoires en même temps que les variations du pouls et de la pression artérielle.

Dans les premiers instants du séjour dans l'air raréfié, on constate une diminution de la pression artérielle, puis après dix à trente secondes son élévation un peu au-dessus de la normale. Ces deux phénomènes semblent en rapport avec l'accumulation du sang dans les poumons et l'encombrement des réseaux vasculaires sous-cutanés.

Quand, pendant la raréfaction de l'air et au moyen d'un dispositif instrumental, l'animal, dont le corps est plongé dans l'atmosphère raréfiée, peut en même temps respirer l'air du dehors, on n'observe pas de modification appréciable de la fréquence et de l'amplitude des mouvements respiratoires. Néanmoins la diminution de la pression sanguine est considérable; il survient des troubles respiratoires et une dyspnée convulsive par anémie médullaire et par ischémie des centres nerveux qui président aux actes de la respiration. Par contre, de toutes les circulations locales la moins affectée par la raréfaction de l'atmosphère est celle du cerveau.

En plaçant les animaux dans un milieu où l'atmosphère est comprimée et de telle façon qu'ils respirent cependant l'air extérieur, MM. Martin et Donaldow ont noté une élévation temporaire de la pression sanguine et le ralentissement du pouls. Enfin, quand les animaux respirent à l'extérieur pendant que leur corps est plongé dans l'air raréfié, il n'est pas rare d'observer l'arrêt des mouvements respiratoires pendant quelques secondes. Cette apnée paraît en rapport avec l'accumulation de

l'air dans les alvéoles et l'excitation des filets terminaux du nerf pneumogastrique.

Ces expériences ont des conséquences pratiques : elles établissent une fois de plus le danger de la raréfaction de l'atmosphère, la nécessité de défendre strictement le traitement pneumatique aux cardiopathes et l'inconvénient qu'il peut offrir quand il existe de l'athérome artériel. Il est inutile d'insister sur les troubles circulatoires que peuvent produire chez de tels malades une brusque diminution de la pression artérielle après la raréfaction de l'atmosphère ou l'élévation passagère consécutive à sa compression. (*New-York. med. Journal*, 15 mai 1886.)

Travaux à consulter.

Du doigt a ressort, par M. G.-W. Jacoby. — L'auteur a recherché pour son travail tous les cas connus, depuis les premiers décrits par Notta (de Lisieux). De leur comparaison il ressort que la cause la plus fréquente de cette affection est le rhumatisme, et après lui le traumatisme; dans d'autres cas, l'affection paraît avoir été spontanée. Le début en est rarement brusque; la douleur est vive dans l'articulation métacarpo-phalangienne; le pronostic est bon en général. Le traitement s'adresse à la cause; l'électricité est souvent utile pour faire disparaître la nodosité; l'immobilisation, la compression, la teinture d'iode peuvent rendre des services; le massage n'a pas donné de bons résultats. (*New-York med. Journal*, 19 juin 1886.)

L'hémoptysie comme symptôme de pneumonie, en particulier de pneumonie du sommet, par M. D.-W.-Ch. Hood. — Le but de ce mémoire est de montrer que parfois une violente hémorrhagie peut caractériser la pneumonie à son début, et qu'elle est due à une hypérémie inflammatoire. Généralement ce phénomène suppose un parenchyme pulmonaire déjà atteint d'une affection inflammatoire chronique, notamment de tuberculose. (*The Lancet*, 19 juin 1886.)

Séparation complète de la jambe par la morsure d'un requin pendant un bain de mer, par M. F. Enson. — Accident arrivé à Port-Elizabeth. L'hémorrhagie fut arrêtée par des couches de ouate recouvertes d'un bandage en caoutchouc, et le malade se remit. (*The Lancet*, 19 juin 1886.)

Sept cas de rétrécissement ou d'atrésie congénitaux du vagin et un cas d'origine traumatique, par M. J.-R. Chadwick. — Il s'agit de deux cas d'imperforation de l'hymen, de deux cas de rétrécissement considérable, d'un cas de vagin normal terminé en cul-de-sac, de deux cas d'absence de vagin, d'utérus et probablement d'ovaires; le cas d'origine traumatique consistait en un rétrécissement cicatriciel du vagin par suite de fistule uréthro-vésico-vaginale. (*Boston med. a. surg. Journal*, 3 juin 1886.)

Cas de communication fistuleuse entre l'estomac et le côlon transverse, par M. Rich. Jeffreys. — Le fait d'une communication de cette nature paraît être excessivement rare; il s'agissait probablement ici d'une lésion de nature maligne. (*Med. Press a. Circular*, 9 juin 1886.)

De l'action du permanganate de potasse contre la morsure des serpents venimeux, par M. G. Gresswell. — L'auteur s'est livré à des recherches physiologiques sur l'action du poison des serpents venimeux, au Cap; il observait les effets sur des chiens, et leur injectait ensuite du permanganate de potasse. Ils guérirent tous. (*Med. Press a. Circular*, 9 juin 1886.)

De quelques formes d'endométrite du corps de la matrice, par M. H. Löhlein. — Il s'agit de l'endométrite chronique hyperplasique et de l'endométrite exfoliative. L'auteur discute surtout la nature et la pathogénie de ces affections. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n[os] 23-24.)

Péritonite suppurative consécutive a une ulcération de l'appendice vermiculaire, par M. R.-J. Hall. — Observation intéressante en ce qu'elle concerne une lésion ordinairement mortelle, la péritonite par perforation. L'auteur pratiqua la laparotomie, puis lia l'appendice vermiculaire, et en fit la résection au-dessous de la ligature, enfin fit avec beaucoup de soin la toilette du péritoine, et établit un drainage. Le malade guérit. (*New-York med. Journal*, 12 juin 1886.)

Maladies de l'encéphale résultant d'affections de l'oreille ou du temporal, par M. A. Mathewson. — Vue d'ensemble sur les affections de l'encéphale et de ses membranes, méningite, abcès du cerveau, phlébite des sinus, etc., ayant pour point de départ une affection de l'oreille, de l'apophyse mastoïde, du reste du temporal, etc. Plusieurs observations détaillées à l'appui. (*New-York med. Journal*, 12 juin 1886.)

De l'hémiatrophie saturnine de la langue, par M. E. Remak. — Chez le malade en question, il y avait paralysie saturnine évidente de quelques muscles du bras, et des phénomènes oculaires que l'auteur attribue, comme l'hémiatrophie de la langue, à l'intoxication saturnine. D'après lui, les phénomènes s'expliqueraient le mieux par une atrophie nucléaire bulbaire partielle et polioencéphalitique légère. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n° 25.)

Sur les causes des déviations de la cloison du nez, par M. E. Baumgarten. — De l'examen des cas relatés par les auteurs et des siens propres, l'auteur conclut que les déviations sont dues à une cause mécanique, c'est-à-dire dépendent des corps caverneux du nez. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 22.)

Distribution géographique des hydatides, par M. J.-D. Thomas. — Intéressant mémoire donnant des indications précises sur la distribution géographique des hydatides dans les Indes anglaises. Cette maladie parasitaire n'a jamais été observée à Ceylan. (*Australian med. Journal*, 15 avril 1886.)

Kyste rétro-péritonéal volumineux a contenu chyleux, par M. G. Killian. — Ce cas est intéressant à deux points de vue, d'abord par le contenu insolite du kyste, ensuite par son origine rétro-rénale et son siège rétro-péritonéal. Il est difficile de dire s'il a eu pour point de départ une ramification du canal thoracique ou un ganglion lymphatique. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n° 25.)

De la nature de la soi-disant hypertrophie de la prostate, par M. H. Thompson. — Le terme d'hypertrophie ne convient pas à tous les cas; il en est où il vaudrait mieux se servir des termes d'hyperplasie fibreuse et d'hyperplasie fibro-musculaire. C'est la grande fréquence de l'hyperplasie fibreuse qui a fait assimiler par M. Guyon l'hypertrophie de la prostate à la sclérose. (*British med. Journal*, 19 juin 1886.)

Zur Kenntniss der Meningitis cerebro-spinalis epidemia, par M. Liemek (Alfred). — Plusieurs observations résumées prises à la clinique de Greifswald. Court aperçu sur différentes épidémies. (Thèse de Greifswald, 1er août 1885.)

Énumération des causes de la mort rapide de la mère dans le cours de l'accouchement, par M. Hauck (Rudolph). — Plusieurs observations empruntées à la littérature anglaise et allemande. Une observation inédite du professeur Pernin. Femme de trente-sept ans; n'a pas présenté d'autres phénomènes que de l'agitation et de l'opistothonos vers la fin. Mort en cinq minutes. Hydrocéphale interne et anémie cérébrale. (Thèse de Greifswald, 12 mars 1885. 30 pages.)

Cancer de l'estomac dans le jeune age, par M. Radt (Julian). — Par jeune âge, l'auteur paraît entendre l'enfance et la première période de l'âge adulte (vingt à trente ans); il donne plusieurs statistiques empruntées à différents auteurs. Deux observations inédites relatives à des sujets de vingt-cinq et de vingt-sept ans. (Thèse de Greifswald, 24 octobre 1885. 30 pages.)

Compte rendu de la clinique chirurgicale de l'Université de Leyde, 1883-84, par M. Ruitinga. — Observations nombreuses avec tableaux statistiques. (Thèse de Leyde, 2 juin 1885. 170 pages.)

Ueber einen Fall von progressives pernicioses anæmie in Folge multiples Ostessarkom, par M. Haeusler Franz. — Observation chez un homme de trente-quatre ans : depuis huit mois, douleur violente de la région sacrée et constriction du thorax. Anémie à marche rapide. Examen microscopique des os fait par le docteur Gast. Sarcome généralement diffus d'emblée. Rappelle des cas analogues de Grawitz et de Nasse. (Thèse de Greifswald, 22 août 1885. 29 pages.)

Étude critique sur l'épilepsie irrégulière et ses équivalents psychiques, par M. Hallager (Fr.). — Très complet index bibliographique précis. (Thèse de Copenhague, 1884. 147 pages.)

TUMORES MEDIASTINI, par M. VAN PRAAY. — Deux observations personnelles. Littérature médicale passée en revue jusqu'en 1871. Index bibliographique incomplet. (Thèse de Leyde, 12 février 1885. 55 pages.)

PYOTHORAX AVEC ANÉVRYSME TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE A LA SUITE D'UNE PLAIE PAR ARME A FEU, par M. WITTELSHÖFER (Rich.). — Courte observation suivie d'indications de cas analogues, rapportés par MM. Fischer et Stromeyer. (*Wien. med. Wochenschr.*, 1er mai 1866, n° 18.)

MONOPLÉGIE BRACHIO-FACIALE DANS UNE FRACTURE COMPLIQUÉE DU CRANE; GUÉRISON APRÈS LA TRÉPANATION, par M. Joseph BRUNO. — A la fin, interprétation du cas au point de vue des localisations cérébrales. (Thèse de Greifswald, 6 février 1885. 26 pages.)

PARALYSIE DE L'HYPOGLOSSE A LA SUITE DE LA SPONDYLITE CERVICALE, par M. LUSCHOW (Albert). — Mentionne des cas à peu près analogues de Larsen, Habershon, Gendrin, J. Payet, Schlager, Dupuytren. Une observation personnelle. Lithographie peu importante à la fin. (Thèse de Greifswald, 3 novembre 1884. 23 pages.)

SUTURE ET RÉGÉNÉRATION DES NERFS, par M. KOPPE SEHAAR. — Bonne monographie. Exposé très complet de la littérature. Plusieurs observations originales. Discussion et conclusions personnelles. (Thèse de Leyde, 18 avril 1885. 112 pages.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE.
(Deuxième article.)

I. **Tumeurs du mésentère,** par M. Victor AUGAGNEUR, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille. Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

II. **Des tumeurs du larynx,** par M. Ch.-Ed. SCHWARTZ, chirurgien des hôpitaux de Paris. Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

III. **Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire,** par M. le docteur M. DENUCÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société anatomique. Paris, 1886. G. Steinheil.

IV. **Traitement chirurgical de la péritonite,** par M. le docteur H. TRUC, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, ancien prosecteur à la Faculté de Lyon. Paris, 1886. F. Alcan.

V. **Du traitement chirurgical des myômes utérins,** par M. le docteur A. VAUTRIN, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy. Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

VI. **De l'arthrotomie,** par M. A. JALAGUIER, chirurgien des hôpitaux, ancien prosecteur à la Faculté, vice-président de la Société anatomique.

A côté des thèses de pathologie pure dont nous avons fait l'analyse dans notre dernier article, il en est d'autres où l'étude thérapeutique a autant, sinon plus d'importance que l'étude nosographique.

I. Certes, c'est la hardiesse des opérations actuelles qui a attiré l'attention sur les tumeurs du mésentère; mais à ce point de vue la question n'est pas encore jugée dans tous ses détails. Cela tient, peut-être, pour beaucoup à l'absence, jusqu'à ce jour, d'un travail d'ensemble sur ces affections. M. Augagneur fait d'abord toucher du doigt cette pénurie, nous exposant comment la pathologie de l'abdomen entier, longtemps délaissée à cause de l'inanité du traitement, a bénéficié de la réhabilitation de la laparotomie. Pour l'anatomie pathologique, il était ingénieux, mais difficile de chercher à montrer comment la nature des tumeurs rencontrées ici peut être prévue à l'aide de nos connaissances anatomiques et embryologiques. Une semblable besogne était faite pour tenter un esprit aussi distingué que celui de M. Augagneur, et ce chapitre nous a séduit d'une manière tout à fait spéciale; quant aux tumeurs en particulier, nous attirerons l'attention sur l'étude des lymphangiomes et sur celle des kystes, qui semblent, pour la plupart, d'origine ganglionnaire. Si à cela on joint les lipomes, les fibromes, les sarcomes, les lymphomes, les embryomes, les dégénérescences ganglionnaires, cancéreuses et tuberculeuses, on conçoit qu'en présence de néoplasmes aussi variés la symptomatologie générale fût malaisée à tracer. On se fût volontiers laissé aller à écrire une série de petits chapitres séparés sur chacune des tumeurs que nous avons énumérées. M. Augagneur a su se garer de cet écueil, tout en commençant par déclarer qu'il est impossible de trouver un type clinique bien net. Parmi ces symptômes, les plus importants nous ont paru être le début de la tumeur vers la région ombilicale et la mobilité en tous sens; la précocité des troubles digestifs; la fausse fluctuation des lipomes. Il est intéressant aussi de voir les tumeurs histologiquement bénignes causer ici des troubles cachectiques, probablement par gêne de la circulation chylifère. Au reste, et par cela, et par compression, et par péritonite, elles sont à peu près aussi graves que les cancers et il n'est guère possible, d'ailleurs, de faire aujourd'hui un diagnostic exact entre ces variétés. Heureux encore lorsqu'on aura reconnu l'existence d'une tumeur du mésentère; pour cela, M. Augagneur donne quelques règles (chap. IV). Le diagnostic fait, doit-on intervenir? Non pour les tumeurs malignes. Quant aux tumeurs bénignes, on sera autorisé à extirper les kystes après que la ponction aura échoué; on enlèvera de même les lipomes, quoiqu'on ait obtenu 6 morts sur neuf opérations; mais sans cela la mort est certaine.

II. M. Schwartz nous présente une étude clinique précise des tumeurs du larynx, mais c'est surtout la partie thérapeutique qui nous arrêtera. Aujourd'hui, par exemple, il est classique de diviser ces tumeurs en malignes et bénignes, mais c'est la possibilité des interventions chirurgicales qui empêche les néoplasmes bénins de causer à peu près toujours la mort. Nous nous rendons compte de cela par l'historique (ch. I) de la *première partie* (des tumeurs bénignes du larynx) et c'est seulement depuis qu'Ehrmann a régularisé la laryngotomie, que Czermak a inventé le laryngoscope qu'il y a quelque intérêt à étudier l'anatomie pathologique de ces néoplasmes, réunis sous le nom de polypes (ch. II); nous signalerons les passages consacrés aux angiomes, aux kystes des cordes vocales, à la récidive des papillomes. Quant aux tumeurs malignes (*deuxième partie*, nous voyons leurs symptômes ressembler absolument à ceux des tumeurs bénignes, jusqu'au jour où survient la cachexie, et cette cachexie le plus souvent est tardive. Si le pronostic des deux diffère, ce n'est guère, vu les accidents communs de suffocation et d'asphyxie auxquels elles exposent, qu'à cause de la guérison radicale obtenue par le chirurgien pour la plupart des polypes, tandis que, après les ablations de cancer, la récidive semble fatale. Les opérations, d'ailleurs, ne sont pas les mêmes dans les deux cas, et la troisième partie est divisée en deux chapitres, pour le traitement des tumeurs bénignes d'abord, maligues ensuite. Pour les tumeurs bénignes, l'extirpation est maintenant possible par les voies naturelles, et cette méthode, à peu près inoffensive, donne d'excellents résultats. Mais cela n'est possible que depuis l'invention du laryngoscope; auparavant, Ehrmann avait déjà rendu un grand service en régularisant l'emploi de la laryngotomie, devenue de nos jours une opération de nécessité et non plus de choix; ailleurs, enfin, on sera contraint à avoir recours d'urgence au traitement palliatif, à la trachéotomie, trachéotomie, qui, aujourd'hui encore, semble à peu près seule bonne à employer, nous dit M. Schwartz, contre le cancer

du larynx. La méthode endolaryngée est alors tout à fait insuffisante; les laryngotomies de même, malgré quelques bons résultats en cas de sarcome. Reste donc l'extirpation totale ou unilatérale du larynx. Le manuel opératoire en est étudié avec soin. Quant aux résultats, consignés dans des tableaux complets, ils laissent encore assez à désirer, tant par la mortalité que par les récidives, pour qu'on soit autorisé à se demander s'il est bon de pratiquer cette opération.

III. M. Denucé a sans doute fait de la pathologie dans la thèse sur les tumeurs et calculs de la vésicule biliaire, mais c'est surtout aux points de leur histoire qui justifient une intervention chirurgicale qu'il a cru devoir s'attacher. Aussi n'a-t-il fait des néoplasmes de la vésicule qu'une étude assez brève : ils se révèlent par des signes distincts trop tard pour que la chirurgie soit efficace. On trouvera toutefois dans ce chapitre des observations intéressantes au point de vue anatomique. Quant aux tumeurs des conduits excréteurs, elles sont étudiées plus loin parce que la rétention biliaire est leur principal symptôme. Puis viennent les calculs biliaires. Là, l'étiologie, les formes cliniques vulgaires, les fistules cystico-viscérales n'intéressent que le médecin. Mais aussi il est d'autres côtés par lesquels la lithiase biliaire échappe désormais à la pathologie interne : ainsi pour les accumulations de calculs dans la vésicule, capables de causer de la cholécystite, des phlegmons, des fistules cutanées. L'obstruction des canaux excréteurs a surtout occupé M. Denucé, surtout celle du canal cholédoque. La gravité de ce dernier cas, lorque les accidents persistent, est bien connue; la rétention biliaire, la cholémie consécutive sont destinées à faire périr le malade. Aussi ne doit-on plus hésiter à intervenir chirurgicalement, après avoir fait un diagnostic aussi précis que possible, dont l'auteur a exposé les principaux points dans un chapitre spécial. L'étude thérapeutique commence par des considérations historiques intéressantes sur l'évolution de la question depuis J.-L. Petit jusqu'à nos jours. Quant au traitement actuel, il est exposé avec soin et clarté. Pour les phlegmons calculeux de la paroi abdominale, il n'y a pas à hésiter; comme pour tout phlegmon, l'incision antiseptique s'impose d'urgence et il faut se rappeler qu'il persistera une fistule tant qu'il restera des calculs. Pour les fistules, il en sera à peu près de même. Jusque-là, il s'est agi d'opérations où le péritoine n'est pas ouvert. Ailleurs, il faudra faire des opérations intrapéritonéales, dont les succès se multiplient aujourd'hui. Lorsque le canal cholédoque est perméable. on n'est en présence que d'un accident local, d'une tumeur dont la suppression est le but poursuivi par le chirurgien. Pour en arriver là, deux méthodes générales sont possibles. Ou bien on ouvrira la vésicule pour évacuer son contenu (cholécystotomie), ou bien on excisera la vésicule malade (cholécystectomie). Quand le canal cholédoque est obstrué, l'indication la plus pressante est de faire cesser la rétention biliaire. Ici encore on a le choix entre deux méthodes. La cholécystotomie permettra sans doute l'issue de la bile. Mais aussi nous sommes armés maintenant de façon à rétablir le cours de la bile, directement, en supprimant l'obstacle; indirectement en faisant une fistule cystico-intestinale, par l'opération appelée entéro-cholécystotomie ou opération de Winiwarter. Tels sont les procédés auxquels on est en droit d'avoir recours. On conçoit que nous ne suivrons pas M. Denucé dans le chapitre précis où il étudie la technique opératoire, pas plus que dans celui où il analyse, avec grand sens, les indications spéciales fournies par chaque cas pour chaque méthode opératoire.

IV. C'est l'innocuité des opérations aujourd'hui faites sur le péritoine qui nous permet de faire une étude chirurgicale de la lithiase biliaire; c'est elle encore qui a fait passer, pour beaucoup, entre les mains des chirurgiens, le traitement de la péritonite. Nous entrons ici, avec M. Truc, dans le domaine de la thérapeutique pure, et il n'y a pas longtemps qu'on intervient ainsi dans les péritonites généralisées. L'auteur étudie d'abord les aptitudes réactionnelles du péritoine au point de vue chirurgical, puis il divise sa thèse en deux parties, suivant que les péritonites sont traumatiques ou non traumatiques. Même lorsqu'une rupture viscérale ne s'accompagne d'aucune plaie pénétrante, nous pouvons sauver quelques malades en incisant sans crainte la paroi pour aller constater la lésion traumatique dont la réparation est quelquefois possible. Il en est parfois de même pour les perforations viscérales non traumatiques; pour les péritonites causées par certaines tumeurs, pour les péritonites localisées. L'antisepsie permet encore de guérir quelques-uns des cas où la péritonite complique l'étranglement herniaire ou l'occlusion intestinale. Enfin, on intervient aussi, et avec des succès chaque jour croissant, dans les péritonites purulentes simples, puerpérales même. Pour une péritonite pure, Lawson-Tait se préoccupe peu de la nature, et il ouvre largement le ventre. Il va sans dire qu'on ne saurait espérer enrayer ainsi une tuberculose péritonéale. Cette thèse, à laquelle on reprochera peut-être de manquer parfois d'un peu d'ordre, se termine par un chapitre de considérations opératoires générales, parmi lesquelles nous relevons surtout la discussion sur le drainage.

V. Il s'agit encore, pour beaucoup, de chirurgie péritonéale dans la thèse de M. Vautrin.

Le traitement des polypes utérins, chose à peu près jugée, n'y est guère envisagé. Mais, à côté de cela, il est d'autres questions maintenant à l'ordre du jour. Ce n'est pas à dire que tout myôme nécessite une opération chirurgicale, et l'*introduction* est destinée à nous montrer quelles sont les indications générales et du traitement médical et du traitement chirurgical. L'intervention opératoire est un peu différente suivant qu'il s'agit de myômes à évolution vaginale ou abdominale. Parmi les myômes à évolution vaginale (*première partie*) les polypes (ch. Ier), avons-nous dit, n'arrêtent pas M. Vautrin, dont nous signalerons seulement, à ce propos, la répulsion, peut-être un peu exagérée, pour le galvanocautère. Les myômes sessiles (ch. II) étaient bien plus importants. Lorsqu'ils sont développés aux dépens du corps de l'utérus, on a cherché par divers procédés à provoquer les éliminations par gangrène : cela est certes dangereux, en général, et mieux vaut l'énucléation, que parfois les adhérences, le défaut d'encapsulement forceront à laisser incomplète; la *gangrène disséquante* éliminera le reste, mais le mieux est de ne s'y point fier. L'opération est plus facile à faire pour les corps fibreux de la partie sous-vaginale du col, et d'ailleurs ici l'énucléation incomplète est beaucoup moins dangereuse. Pour ceux de la partie sous-vaginale, la question est plus délicate; la myomectomie nécessite alors des décollements pelviens qui la rendent très grave et l'on peut être conduit à lui préférer l'hystérectomie, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. Ces opérations sont surtout étudiées par M. Vautrin à propos des myômes à évolution abdominale (*deuxième partie*), parmi lesquels il y a des distinctions à établir, au point de vue opératoire, entre l'évolution abdominale vraie et l'évolution pelvienne. Dans le premier cas, le danger est souvent moindre, surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs franchement sous-séreuses. Mais, si la myomectomie simple est alors bénigne, l'énucléation d'une tumeur interstitielle devient plus périlleuse; il faudra souvent, plutôt que de la laisser incomplète, la compliquer d'une amputation partielle, ou même la remplacer par l'hystérectomie supra-vaginale, voire l'hystérectomie totale, sans vouloir, avec Barenhæuser, considérer cette dernière opération comme la méthode de choix. En somme, on est alors guidé, chemin faisant, par les indications spéciales qu'on rencontre, et cela est plus vrai encore pour les myômes à évolution pelvienne, dont l'extirpation

présente parfois les plus grands dangers, si bien qu'on a conseillé d'y renoncer pour n'avoir recours qu'à la castration. Cette ablation de l'ovaire, à laquelle Lawson-Tait ajoute celle de la trompe, est étudiée dans le chapitre III. On la pratiquera par la voie abdominale, et là, le traitement intrapéritonéal du pédicule est la méthode de choix. Le traitement du pédicule dans l'hystérectomie avait auparavant fait l'objet du chapitre II, chapitre étudié et intéressant. Cette thèse nous montre, en résumé, combien on est devenu hardi aujourd'hui dans la chirurgie utérine. Si l'on veut se rendre compte des progrès faits depuis quelques années, on n'a qu'à lire les pages consacrées par M. Vautrin au traitement des myômes pendant la grossesse. En 1880, Lefour proscrivait l'opération; elle ne donne plus maintenant que 25 pour 100 de morts et elle peut être suivie d'accouchement normal.

VI. Une dernière thèse enfin a été donnée qui concerne la chirurgie des séreuses. C'est celle de M. Jalaguier sur l'arthrotomie. Nous nous bornons aujourd'hui à mentionner ce travail intéressant et judicieux, qui nous a servi de base dans un article récemment publié par la *Gazette hebdomadaire*.

A. Broca.

L'encéphale. Structure et description iconographique du cerveau, du cervelet et du bulbe, par M. E. Gavoy, médecin principal de l'armée. Avec un atlas de 59 planches en glyptographie. — Paris, J.-B. Baillière, 1886.

Il est difficile d'analyser un ouvrage qui n'est autre qu'un tableau aussi fidèle que bien exécuté de l'anatomie de l'encéphale. Il nous suffira donc de répéter, après M. Vulpian, qu'il faut admirer le talent et la somme prodigieuse du travail dont ce magnifique atlas est la preuve indiscutable. Déjà connu par ses études antérieures sur l'anatomie topographique du cerveau appliquée à l'étude des localisations cérébrales, M. Gavoy s'est proposé dans le livre qu'il vient de faire paraître, de montrer avec la plus minutieuse précision les rapports qui existent, dans l'intérieur de la substance cérébrale, entre la substance blanche et les noyaux de substance grise, et de décrire iconographiquement la structure du système nerveux central. Pour arriver à un résultat certain, notre distingué confrère a pratiqué avec une patience digne des plus grands éloges une série de coupes successives du cerveau dans les trois ordres de plans. Il s'est servi, dans ce but, d'un cérébrotome spécial lui permettant de faire ces coupes à des espaces invariables, méthodiquement et mathématiquement déterminés. Chaque série de coupes provenait d'un seul et même cerveau frais, débité successivement en totalité dans la même séance, dès sa sortie de la boîte crânienne, en coupes de 1 millimètre d'épaisseur.

Point n'est besoin d'insister pour montrer que, grâce à ce procédé, l'unité et l'homogénéité du travail ont pu être assurées. Mais ce qu'il importe de constater, c'est l'art avec lequel les dessins de M. Gavoy ont été reproduits. Les 55 planches de l'ouvrage sont des fac-similé d'une parfaite exactitude et d'une finesse irréprochable faits avec un soin extrême et une grande habileté par M. Silvestre d'après des dessins en grisaille ou à l'aquarelle dus à M. Gavoy. Ce qu'il a fallu à notre confrère de ténacité pour obtenir ce résultat, ceux-là seuls le comprendront qui, pour se perfectionner dans les recherches si minutieuses qu'exige aujourd'hui l'étude anatomique du système nerveux, tiendront à examiner sur les belles planches de cet ouvrage tous les détails de structure qu'il est nécessaire de connaître. Ils verront ainsi que ce beau livre réalise un progrès sérieux et qu'il peut rendre les plus signalés services.

L. L.

Manuel d'embryologie humaine et comparée, par M. le docteur Ch. Debierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — Paris, O. Doin, 1886.

L'embryologie est, parmi les sciences médicales, l'une des plus récentes et cependant l'une de celles qui tend chaque jour à affirmer avec plus d'autorité et le rôle qu'elle est appelée à remplir et les services qu'elle est déjà en mesure de rendre. Alors qu'aucune chaire officielle n'était consacrée en France à son étude, tandis qu'en province seulement et sans encouragements d'aucune sorte, de laborieux savants s'efforçaient d'en enseigner les premiers éléments; en Allemagne, des travaux originaux, des publications illustrées de planches rendaient célèbres les noms de Reichert, Bischoff, Kœlliker, His, Remak, etc., etc., et l'enseignement libre des Universités appelait auprès de ces maîtres un grand nombre de jeunes disciples bientôt à leur tour en état de faire progresser cette science. Aujourd'hui dans toutes nos Écoles de médecine on sait comprendre que « l'anatomie générale ou descriptive d'une part, la morphologie générale de l'autre, ne peuvent faire de nos jours un pas en avant en dehors de la description pure, ni interpréter les formes observées, sans avoir recours à la notion embryologique, puisque celle-ci, dans la grande majorité des cas, est la seule capable de donner, par le développement, la raison d'être des formes elles-mêmes. » C'est, dit encore M. Renaut, dans la préface qu'il a écrite en tête de ce manuel, c'est l'embryologie « qui montre au médecin, avec l'origine blastodermique des organes et des tissus, *ce que valent les éléments* de ces organes et de ces tissus au point de vue réactionnel; ce que, dans un cas donné, ils peuvent faire ou ne pas faire, et quelles limites dans l'organisme ils ne sauraient franchir ». Il convenait de citer ces paroles qui, en montrant tout l'intérêt d'une étude de ce genre, affirment le service qu'a rendu M. Debierre, en écrivant le premier manuel élémentaire d'embryologie que nous ayons en France. Ce livre est un essai et une promesse. Dans les éditions successives qu'il aura certainement, les quelques imperfections qu'il présente encore, et qui tiennent à la difficulté de bien comprendre d'emblée toutes ces questions si complexes et si difficiles à interpréter, pourront s'atténuer, puis disparaître. Il restera à M. Debierre le grand mérite d'avoir mis à la portée de tous et éclairé par de nombreuses figures, aussi bien choisies que bien exécutées, un livre qui manquait à la littérature médicale de notre pays.

L. L.

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. L. de Wecker et E. Landolt, tome II, fascicule 3. — *Maladies du cristallin*, par L. de Wecker. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1880.

Ce nouveau fascicule complète le second volume du *Traité d'ophthalmologie* que MM. de Wecker et Landolt publient en collaboration depuis quelques années. La cataracte étant de toutes les affections morbides du cristallin la plus commune, en même temps que la plus accessible à nos moyens d'action thérapeutique, il est naturel que la presque totalité du volume lui soit consacrée. Après quelques considérations sur les déplacements, les luxations incomplètes ou complètes de la lentille, M. de Wecker aborde l'étude des altérations de nutrition qui conduisent par une sclérose régulière, et plus souvent irrégulière, à l'opacification des fibres cristalliniennes ou à leur dissociation. La diminution de l'eau de constitution semble la cause principale des cataractes, bien qu'à côté de cette véritable *gangrène sèche*, on soit obligé, suivant notre confrère, d'admettre une *gangrène humide* de l'appareil lenticulaire. Mais, quand il faut préciser l'origine

première de ces altérations: troubles circulatoires, altérations du sang, etc., la science doit jusqu'ici se déclarer impuissante.

Laissant de côté la description peut-être trop détaillée, trop minutieuse, des diverses variétés de cataractes (cataractes : molle, liquide, corticale ou nucléolaire, dure ou nucléaire, capsulaire, osseuse, secondaire, zonulaire, etc.), nous voyons qu'en somme les cataractes séniles forment les 5/6 environ du total des opacifications cristalliniennes et 9,9 pour 100 du nombre des maladies oculaires, à la clinique de la rue du Cherche-Midi. Quel est le mode opératoire qui convient le mieux à la généralité des cas? Il s'est fait, depuis quelques années, un tel revirement dans la pratique de nombre d'oculistes, que cette importante question, un instant résolue en apparence, reste toujours d'un grand intérêt. D'un commun accord, l'abaissement est abandonné; la discission simple ou combinée, réservée à des cas spéciaux. De l'extraction, les énormes lambeaux scléro-cornéens, les sections absolument ou presque linéaires, sont également rejetés pour les cataractes ordinaires. Sauf exception, les lambeaux cornéens, périphériques ou rapprochés de la périphérie, sont aujourd'hui les seuls adoptés. Bien plus, brûlant ce qu'ils ont jadis adoré, repoussant l'iridectomie comme une mutilation inutile et nuisible, comme une source de dangers, d'infections, d'ophthalmies sympathiques, de cicatrices *à migration*, les opérateurs en renom en sont revenus à l'extraction simple. C'est cette méthode d'extraction à petit lambeau, comprenant le tiers supérieur de la cornée, que M. de Wecker emploie dans les conditions ordinaires, dans les 4/5 des cas environ; réservant l'excision de l'iris aux malades indociles et incapables d'un repos complet pendant deux jours, aux cataractes non mûres où le nettoyage est toujours un peu laborieux.

Inutile d'insister sur les raisons théoriques et surtout pratiques, qui ont conduit notre distingué confrère à revenir aux sections planes. Tous aujourd'hui sont d'accord pour reconnaître que la facilité de sortie de la cataracte est la première condition du succès, et qu'une large porte est plus favorable qu'une étroite ouverture. Si M. de Wecker fut un des premiers à rentrer dans cette voie, s'il ne craignit pas, même du vivant de A. Græfe, de signaler les dangers de ses sections linéaires, il est juste de reconnaître que certains chirurgiens français, parmi lesquels mon excellent maître, M. le médecin-inspecteur Maurice Perrin, avaient su résister à l'entraînement général, et par la défense des procédés à petit lambeau cornéen, dit médian, préparer le retour aux méthodes actuellement en honneur.

Nous ne pouvons, au reste, que nous ranger à l'opinion de M. de Wecker; l'iridectomie doit être une exception dans l'extraction de la cataracte. Nous aurions cependant à discuter quelques-unes des thèses soutenues par notre confrère, en particulier celle des cicatrices à migration et du rôle joué par les micro-organismes dans le développement de l'ophthalmie sympathique; mais l'espace nous fait défaut. En terminant cette rapide analyse, qu'il nous soit permis de louer l'exactitude des descriptions, le soin avec lequel est relevée une bibliographie, qui ne compte pas moins de soixante pages.

J. CHAUVEL.

Leçons sur l'accouchement comparé dans les races humaines, par le docteur VERRIER. — Paris, F. Savy, 1886.

Le docteur Verrier a fait, à l'École pratique de la Faculté, une série de leçons qui viennent d'être publiées sous ce titre. Il a abordé successivement, en anatomie, les variétés ethniques concernant les parties molles de la génération, puis le bassin, la tête du fœtus à terme et, en physiologie, les différences de menstruation, les signes de grossesse. Les moyens divers d'examen, les annexes du fœtus et leurs anomalies sont l'objet d'une étude spéciale. Mais la partie de ce travail qui mérite plus particulièrement l'attention concerne l'accouchement proprement dit. La classification et l'ordre de fréquence des présentations et positions dans les différentes races, notion utile à leur diagnostic, est le sujet d'une leçon entière. La comparaison des phénomènes mécaniques d'expulsion qui en sont la suite, ne fait que mieux ressortir le point dominant, c'est-à-dire l'*accommodation*. Une série de leçons est consacrée aux différentes *positions* ou *attitudes* de la parturiente, positions que l'auteur désigne justement par le nom distinctif et précis de *posture*.

Après en avoir fait une description détaillée, M. Verrier, se résumant, les classe en *perpendiculaire*, *inclinée en avant* ou *en arrière* et *horizontale*.

Voici ses conclusions : « Dans la première période du travail, on peut laisser la femme debout et prendre à chaque douleur la position inclinée en avant (premier degré). Une fois l'engagement accompli, il est mieux de placer la parturiente sur un lit incliné à 45 degrés environ (méthode franco-canadienne) ou dans le décubitus latéral des Anglais. Dans le cas de dystocie, employer, suivant le cas, soit la position génu-cubitale ou faciale, soit telle ou telle autre; l'expérience prouve qu'il a souvent suffi d'un changement de position, même involontaire, pour éviter une application de forceps devenue indispensable et favoriser une prompte délivrance.

» Enfin, étant donnée la nécessité de l'intervention, mettre la femme au bord du lit, dans le *décubitus dorsal* et presque *horizontal*, en soutenant cependant le haut du tronc par des oreillers et maintenant les jambes sur les genoux des aides, avant de procéder à la version ou à l'application du forceps. »

L'ouvrage se termine par la description des soins donnés à l'enfant.

Ces leçons, on vient de le voir, portant sur les pratiques variées en usage, aussi bien en Europe que dans les peuplades sauvages des autres parties du monde, on les lira avec plaisir et profit.

AUVARD.

RECHERCHES SUR LE CHOLÉRA, par MM. NICATI et RIETSCH. — Paris, 1886. Félix Alcan.

Ce livre est une intéressante étude du choléra au point de vue bactériologique; c'est donc une question toute moderne, traitée par la méthode expérimentale. Les recherches auxquelles se sont livrés les auteurs de ce mémoire ont été entreprises, en 1884, à Marseille, dans le laboratoire du Pharo, et poursuivies pendant l'épidémie de 1885. Ils ont tout d'abord déterminé avec rigueur les caractères du bacille-virgule cholérique, et décrit avec détails les procédés de culture et de coloration de ce micro-organisme; ils ont eu soin, dans un appendice à ce chapitre de technique bactériologique, de différencier du bacille-virgule les autres bacilles plus ou moins analogues, qui pourraient être confondus avec lui, tels que ceux de la leucorrhée, et ceux de Héricourt, de Finkler et Prior. Dans un second chapitre, ils ont étudié la présence et la distribution du bacille-virgule dans l'intestin et dans les divers organes des cholériques, signalant chemin faisant les autres bactéries que l'on rencontre également en pareil cas. En dehors du tube intestinal, le foie et les voies biliaires sont les seuls organes dans lesquels ils aient pu déterminer l'existence du parasite cholérique; le sang n'en renferme pas. Ils ont d'ailleurs procédé à un certain nombre d'expériences d'inoculation des cultures pures, et ont réussi, dans plusieurs cas, à déterminer la mort en deux, cinq ou dix jours, avec des lésions intestinales et rénales analogues à celles des cholériques : l'inoculation a été pratiquée dans le canal cholédoque. L'injection intravasculaire et sous-cutanée du liquide de culture fait périr les animaux en expérience quand elle est faite en très grande quantité; mais la mort, dans ce cas, doit être considérée comme une septicémie

fort distincte du choléra. Les auteurs ont encore étudié la ptomaïne extraite du cadavre des cholériques, et l'ont trouvée identique à celle que renferment les cultures pures du bacille-virgule: l'injection de cette ptomaïne détermine la mort avec conservation de la sensibilité jusqu'à la fin, et, dans les cas où la terminaison n'a pas été trop rapide, avec injection de la substance corticale du rein et vacuité de la vessie. On peut résumer ainsi le mode d'action du bacille-virgule sur l'organisme: ce parasite pénètre par la bouche et se développe dans l'intestin; tardivement et par exception il se développe aussi dans les voies biliaires. Il produit dans l'intestin un poison qui est résorbé; c'est ce poison qui cause la mort (choléra simple, typhoïde). D'autre part les lésions intestinales peuvent servir de porte d'entrée à d'autres microbes pathogènes dont l'action intervient, pour chacun d'eux, suivant le mode qui lui est propre: abcès, parotides, pneumonies, méningite, etc. Enfin, il sera fort intéressant de lire les pages consacrées à la vitalité du bacille-virgule dans les différents milieux, et aux conséquences prophylactiques qui résultent des données fournies par l'expérimentation.

La digestion stomacale. Étude physiologique et hygiénique, par A. Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne.

L'ouvrage du professeur Herzen se divise en trois parties: la première est consacrée à l'histoire de la digestion stomacale et à la critique des théories successivement émises au sujet des phénomènes mécaniques et chimiques de la digestion. Une large part est réservée aux expériences et aux enseignements du professeur Schiff, et en particulier à la théorie de la peptogénie et de l'action des substances peptogènes; si l'interprétation des faits peut prêter à discussion, il est du moins incontestable que certaines substances présentes dans la plupart de nos aliments ont la propriété, dès qu'elles pénètrent dans le sang par une voie quelconque, sauf l'intestin grêle, de provoquer de la part de la muqueuse stomacale une sécrétion abondante de pepsine. Parmi ces substances, les plus efficaces sont l'extrait aqueux de la décoction de certains aliments, les albuminoïdes de la viande solubles à froid et incoagulables par l'ébullition, les peptones, la dextrine: et par suite le bouillon et l'eau panée. Dans une seconde partie, l'auteur fait connaître les résultats de ses expériences personnelles sur un homme de vingt-huit ans, porteur d'une fistule stomacale pratiquée pour remédier à un rétrécissement infranchissable du cardia. Enfin la troisième partie comprend les applications hygiéniques et thérapeutiques que comportent les principes de physiologie précédemment exposés. C'est d'abord un moyen simple et efficace de s'opposer à l'indigestion par ingestion alimentaire disproportionnée avec le pouvoir digestif de l'estomac: il suffit d'administrer du bouillon, de l'eau panée, ou même parfois de l'eau simple, pour voir les phénomènes de la digestion reprendre une activité nouvelle et la peptonisation des aliments s'effectuer complètement. C'est ensuite l'emploi de moyens analogues pour parer à la dyspepsie des enfants en bas âge et assurer la digestion parfaite du lait qui compose leur nourriture exclusive. Enfin, ce sont des règles de même ordre applicables à l'alimentation des malades et des convalescents. On ne peut que renvoyer le lecteur à ces conseils pratiques, dont la connaissance lui sera fort utile dans une foule de circonstances.

Étude critique sur l'opération césarienne, par M. Boudon. Thèse de Paris, 1880.

L'auteur enregistre les opinions et les travaux des accoucheurs, qui semblent revenir un peu de l'engouement général au sujet de l'opération de Porro. Il pense que les succès de cette opération appartiennent surtout à l'introduction en chirurgie des pansements antiseptiques. Il n'est pas convaincu que la section utéro-ovarienne soit la cause incontestable des succès que cette opération a enregistrés. Il donne à l'appui un cas d'opération de Porro terminée par la mort. Suivant lui, des modifications à l'opération césarienne dans l'incision de l'utérus, et surtout dans la suture de la plaie, suivant la méthode de Sänger, dans l'emploi rigoureux du traitement antiseptique, sont de nature à réhabiliter l'opération césarienne ancienne, qui d'ailleurs devra toujours rester une opération d'exception.

Permanent drainage for ascites, par M. Augustus Caillé. New-York, in-8°. (Extrait du *New-York medical Journal*, 27 février 1886.)

L'ascite, entre autres symptômes, provoque de la dyspnée, de la flatulence, de la constipation, et toutes sortes d'accidents, par suite de la compression des viscères de l'abdomen et le refoulement du diaphragme. Dans la cirrhose du foie, en particulier, ce danger se présente; la nature obvie à une partie de ces inconvénients par l'établissement d'une circulation collatérale, qui porte directement le sang de la veine porte dans la veine cave. Pour remédier aux dangers de la pression intra-abdominale prolongée, l'auteur propose le drainage permanent de l'abdomen, en prenant les précautions antiseptiques nécessaires; la technique éminemment perfectible de cette opération est rapidement indiquée. L'auteur recommande sa méthode dans tous les cas où l'épanchement se reproduit rapidement après la ponction, contre les ascites provoquées par une affection du foie, du rein ou du cœur, par le cancer ou la tuberculose du péritoine, dans les cas d'ascite dite idiopathique ou celle qui se présente dans l'intoxication malarienne.

Des coliques hépatiques, par le docteur Willemin (de Vichy). 4e édition. — Paris, 1886. Félix Alcan.

L'ouvrage de M. Willemin est si connu et le succès de ses éditions successives s'est affirmé depuis tant d'années, qu'il nous suffira de mentionner ici cette quatrième édition, sans insister sur les nombreuses observations qu'elle renferme, non plus que sur les conclusions que l'auteur en a déduites. Il s'agit tout à la fois, dans ce livre, des résultats que peut donner une cure balnéaire bien dirigée, et d'une étude très complète de la symptomatologie, de l'étiologie et du diagnostic de la colique hépatique. On remarquera principalement les chapitres qui ont trait aux relations qui existent entre la lithiase et l'affection goutteuse, et ceux qui ont pour objet le diagnostic différentiel de l'affection calculeuse du foie. La grande expérience de l'auteur donne à tous ses conseils une réelle autorité.

Guide pratique de l'analyse des urines, par M. S. Laache, médecin de l'hôpital de Christiania, traduit de l'allemand par M. Francotte, assistant de l'Université de Liège. Paris, G. Carré. Bruxelles, A. Manceaux.

Modeste par son format, ce petit livre est rédigé avec soin, renferme un grand nombre de notions utiles, et mérite de prendre place à côté des nombreux ouvrages du même genre destinés à rendre plus facile aux praticiens l'analyse des urines normales et pathologiques. La partie chimique y est aussi complètement traitée que la partie clinique.

Au Tonkin, par le docteur Challan de Belval, médecin principal d'armée. Paris, 1886. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Dans une première partie se trouve exposée une intéressante étude géographique, climatologique et ethnologique du Tonkin; les habitudes, les mœurs, le genre de vie des indigènes y sont successivement passés en revue, et le lecteur acquiert des notions assez précises sur les conditions d'hygiène au milieu desquelles vivent les habitants, et seraient appelés à vivre les colons étrangers. Dans la seconde partie, l'auteur traite des principales maladies sévissant au Tonkin par suite des particularités de son climat ou du mode spécial d'existence de ses habitants; c'est là le côté vraiment médical de l'ouvrage. En résumé, d'après l'auteur, le Tonkin est malsain, ses ressources agricoles sont limitées, ses richesses minières problématiques, mais cependant, avec de la persévérance et une judicieuse organisation, on pourrait arriver à fonder dans ce pays une colonie aussi salubre et meilleure encore que la Cochinchine.

VARIÉTÉS

LA RAGE EN HOLLANDE.

Voici, d'après M. Scheltma Beduin, le nombre des cas de rage relevés de 1869 à 1884 dans les comptes rendus de l'inspection médicale d'Etat :

1869. Plusieurs cas : En janvier un homme meurt à Gouda, il a été atteint de la maladie dix jours après la morsure. — Le 2 août, un homme de trente-cinq ans meurt à Winschoten, son chien était mort enragé le 26 juin après avoir été mordu peu de temps auparavant : il avait couché sur le lit de son maître et l'avait léché dans le cours de la maladie comme il en avait l'habitude. (Observation rapportée par le docteur Haakma Tresting, *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1869, I, p. 461.)

1870. A Kampen, mort d'une enfant de six ans, mordue par un chat. Les symptômes se montrèrent au bout de trente jours; elle succomba le lendemain. La petite malade avait été cautérisée plusieurs fois de suite pendant deux ou trois jours; afin que la plaie suppurât à fond, elle prit un breuvage regardé comme souverain et préparé par une personne de Gueldre.

1871. Un homme meurt à Huissen (Gueldre), un autre à Workems (Frise), tous deux à la suite de morsures de chat.

1872. Mort, quatre semaines après la morsure, d'un paysan de Barneveld. Deux autres cas à Amsterdam, dont un du mois de janvier, à la suite d'une morsure de chat datant du mois de novembre 1871.

1873. Un homme meurt à Halder.

1874. Trois cas de mort à Amsterdam. Au mois de janvier un enfant de dix ans meurt à Boschkapelle en Zélande; un homme de vingt-six ans meurt à Groningue au commencement de juin.

1875. A Cromovoit (Brabant septentrional), un chien enragé mord deux enfants et une vache; un enfant et la vache succombèrent, l'autre guérit. Un cas de mort à Amsterdam.

1876. Un cas à l'hôpital de Hertogembosch, au mois de mai. Mort d'une femme à Helvoirt (Brabant septentrional). Mordue en janvier, vers la fin d'une grossesse, accouche en février, la rage se déclare en mai; l'enfant bien portant après l'accouchement a survécu et n'a présenté aucun accident. — Une femme de cinquante-huit ans meurt dans la Hollande septentrionale.

1877. Le 28 juillet, meurt à Quilutres (Gueldre), une personne mordue au mois de décembre 1876.

1878. Pas de cas.

1879. D'après la déclaration du médecin, un jeune homme de Qualuwe (Brabant septentrional), serait mort d'hydrophobie. « *Il aurait été mordu en* 1877 *par un chien reconnu enragé et abattu.* » (?)

1880-84. Pas de cas.

En tout 22 cas : 12 hommes, 4 femmes et 6 enfants; dont 8 dans la Hollande septentrionale, 4 dans le Brabant septentrional, 3 dans le Gueldre, 2 pour Groningue et l'Over Issel, 1 seul pour la Hollande méridionale, la Zélande et la Frise. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 27, 3 juillet 1886, p. 8.)

Association française pour l'avancement des sciences. — La quinzième session de l'Association française s'ouvrira à Nancy, le 12 août 1886. Elle se composera : 1° d'une séance d'ouverture; 2° de séances de sections et de groupes; 3° de conférences publiques; 4° de séances générales; 5° de visites scientifiques et industrielles; 6° d'excursions.

Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme général suivant :

Jeudi 12 août. — 2 heures 1/2, séance d'ouverture; le soir réception à l'Hôtel de Ville.

Vendredi 13 août. — Le matin, séances de sections; après-midi, visites scientifiques et industrielles.

Samedi 14 août. — Le matin, séances de sections; après-midi, séance générale; le soir, conférence par M. le docteur A.-J. Martin sur la salubrité des habitations,

Dimanche 15 août. — Excursion.

Lundi 16 août. — Le matin, séances de sections; après-midi, visites scientifiques et industrielles; le soir, conférence par M. le docteur Grancher sur la prophylaxie de la rage.

Mardi 17 août. — Excursion générale.

Mercredi 18 août. — Le matin, séances de sections.

Jeudi 19 août. — Le matin, séances de sections; après-midi, séance de clôture.

Vendredi 20 août et jours suivants. — Excursions finales.

Corps de santé de la marine. — Par décrets, en date des 15 et 18 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : MM. Galliot, Danguy-Desdéserts et Jacquemin.

Au grade de médecin de première classe : MM. Pichon et Touchet.

Au grade de médecin de deuxième classe. : MM. les docteurs Chastang et Calmette.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : MM. le docteur Blanc, médecin sanitaire de France à Suez et le docteur T. David, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, des médailles d'honneur en or et en argent ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-1886 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bernard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier; Michel (d'Annecy); Salvan, aux Mées; Fabre, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier; Barlhes, à Marseille; Boulian, à Salon; Corsy, à Aubagne; Eyriès, à Marseille; Fauré, à Marseille; Félix, à Mallemort; Flaissières, à Marseille; Giraud fils, à Marseille; Honorat, à Marseille; Mascle, à Chateaurenard; Maurin, à Marseille, Rouquette, à Marseille; Sicre, à Saint-Marcel; Charrin, chef du laboratoire de pathologie, à la Faculté de médecine de Paris; Galzain, à Concarneau; Hébert, à Audierne; Le Tersec, médecin de la marine; Charvet, à Rochesadoule; Hermantier (du Gard); Camino, à Hendaye.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Rouquette, à Olonzac; Adoul, à Saint-Louis, près Marseille; Amic, André, Aurigo, Balata, Bastide, Batigne, Baudoin, Benet, Blitz, Bouisson, Burlot, Cambon, de Capdeville, Cassius, Cavaillié, Chabert, Chancol, Chatelain, Chevillon, Clément, Coulonne, Courbassier, Courreau, Cousin, Dalmas, Ferrand, Fioupe, Flavart, Froment, Gallerand, Garnier, Giraud, Gourrier, Goy, Graugnard, Inglessi, Jauffret, Lachaux, Larche, Marnac, Maunier, Maurel, Mérentié, Payan, Pourrière, Raynaud, Robiolis, Roméo, E. Rossi, J.-B. Rossi, Rostan, Roubaud, Rouit, Savornin, Sicard, Sollier, à Marseille; Roque, Valérion, à Salon; Roudard, à Grans; Bizien, à Douarnenez; Coffec, à Quimper; Cosmao, à Pont-Labbé; Gouzien, médecin-major; L'Helgouac'h, médecin de la marine; Néis, à Pont-Croix; Nicolas, à Douarnez; MM. Aubin, Cotte, Dalmas, Galibert, Imbert, Jacques, Laplane, Pagliano, Rossano, Schenel, Wallich, internes des hôpitaux de Marseille; Archigoni, Augias, Bar, Battini, Bonnefoi, Costa, Gil, Icard, Swende, Tassot, externes des hôpitaux de Marseille; Delpech, interne à l'asile d'aliénés de Saint-Lizier; Nogués, interne à l'asile d'aliénés d'Aix; Lange, Rancourel, étudiants en médecine; Capdeville, pharmacien à Aix; Maurin, pharmacien à Marseille; Bec, élève en pharmacie à Marseille; Borel, étudiant en pharmacie à Salon.

— Des médailles d'honneur en bronze ont été décernées aux personnes ci-après désignées en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et de 1885-1886 :

MM. les docteurs Gay de Tarodel, Sicard, à Marseille; MM. Ma-

gnan, élève en pharmacie à Marseille; Guégan, élève en pharmacie à Concarneau.

— Par arrêté ministériel en date du 12 juillet 1886, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Souloumiac, à Cousances, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde.

Concours des hôpitaux. — Le concours pour la nomination à deux places de médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Hirtz (Edgard) et Gaucher.

Concours. — A la suite de trois épreuves éliminatoires du concours ouvert le 31 mai dernier pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, les huit candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont, classés par ordre alphabétique, MM. les docteurs Barette, Bazy, Jarjavay, Marchand, Michaux, Petit-Vendol, Poirier et Ramonède.

Hôpital Saint-Louis. — Dans sa séance de vendredi 16 juillet 1886, le Conseil municipal a voté: 1° l'allocation d'une somme de 14 565 francs pour la création d'un service de teigneux à l'hôpital Saint-Louis; 2° une somme de 25 625 francs pour l'organisation de services nouveaux, et notamment de services d'isolement pour les expectants et les douteux à l'hôpital des Enfants-Assistés; 3° une somme de 12 000 francs pour la réorganisation du service d'électrothérapie, confié aux soins du docteur Vigouroux à l'hospice de la Salpêtrière; 4° la création à l'hospice Saint-Louis d'un laboratoire pour M. le docteur Quinquaud; 5° une somme de 12 950 francs pour les services de l'isolement de l'hospice de Bicêtre; 6° enfin une somme de 2000 francs pour le laboratoire d'hygiène de M. le docteur Proust, à l'hôpital Lariboisière.

Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Par décision ministérielle en date du 16 juillet 1886, un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin en second de la clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice des Quinze-Vingts. Les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Ils remettront à l'appui de leur demande leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 16 août 1886 inclusivement.

Société médicale d'Aix-les-Bains. — Nous recevons avec prière de l'insérer, la lettre suivante :

« Par suite d'une erreur inconcevable le docteur Demeaux, médecin d'Aix-les-Bains, a été porté, dans l'annuaire de l'Association des médecins de France, pour 1885, au nombre des membres décédés. La Société médicale d'Aix-les-Bains se fait un devoir de démentir cette nouvelle, qui pourrait être préjudiciable au sympathique et distingué confrère, qu'elle s'honore de compter parmi ses membres. »

Souscription pour un monument commémoratif A.-P.-L. Panum. — Une souscription est ouverte depuis l'année dernière à Copenhague pour élever un monument à l'illustre physiologiste danois. *La Revue internationale des sciences médicales* pense qu'il est du devoir de la presse médicale française de s'associer à cet hommage rendu à un savant. Les médecins français qui se souviennent du Congrès médical de Copenhague doivent profiter de cette occasion pour témoigner une fois de plus leur sympathie à leurs confrères du Danemarck. Les souscriptions sont reçues chez M. le professeur Carl Lange, 22, Kronprinssessegrade, à Copenhague. *La Revue internationale des sciences médicales* se charge de transmettre au comité de Copenhague les souscriptions qui pourraient lui être adressées, 21 boulevard Saint-Germain.

(*Progrès médical.*)

Nécrologie. — Le corps des internes des hôpitaux vient d'être douloureusement éprouvé. M. Jean Dussaud, interne provisoire, a succombé à une diphthérite infectieuse. Attaché depuis quelques jours seulement à l'hôpital des Enfants-Assistés, il avait tout récemment, et avec un plein succès, opéré trois petits malades atteints du croup. Le lendemain, il ressentait les premières atteintes du mal qui l'a emporté à l'âge de vingt-quatre ans.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Cayrade, ancien député; de M. le docteur Josse, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Amiens, et de M. le docteur Charles Copin (d'Escaudin).

Mortalité a Paris (28e semaine, du 11 au 17 juillet 1886). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 3. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 16. — Diphthérie, croup, 21. — Choléra, 0. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 55. — Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 24. — Autres affections générales, 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes, 33. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 78; au sein et mixte, 42; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; de l'appareil circulatoire, 48; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 14. — Total : 979.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des tumeurs du larynx, par M. Ch.-Ed. Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 294 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

De la grossesse compliquée de kyste ovarique, par M. le docteur S. Remy, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Nancy. 1 vol. grand in-8 de 240 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

De l'ostéoclasie, par M. le docteur A. Pousson, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Bordeaux (Prix Delord). 1 vol. grand in-8 de 262 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

La digestion stomacale, étude physiologique et hygiénique, par M. A. Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. 1 vol. in-18 de 145 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Du traitement chirurgical des myômes utérins, par M. le docteur A. Vautrin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. In-8 de 360 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Manipulations de physique à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie, par M. le docteur Th. Malosse, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, directeur des travaux pratiques de physique de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. 1 vol. in-8 de 172 pages avec 107 gravures. Paris, F. Savy. 4 fr. 50

Recherches sur le choléra, par MM. Nicati et Rietsch. 1 vol. in-8 avec 2 planches hors texte. Paris, F. Alcan. 5 fr.

Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et dans l'histologie pathologique des maladies infectieuses, par MM. Cornil et Babès. 2e édition. L'atlas de la première édition a été supprimé; toutes les figures en noir et en couleurs ont été imprimées dans le texte, ce qui en rend la lecture plus facile, et constitue un très grand progrès dans l'illustration des livres de médecine. 1 fort volume grand in-8 de 850 pages avec 348 figures en noir et en couleurs dans le texte, et 4 planches hors texte. Paris, F. Alcan. 30 fr.

Kystes hydatiques des os (thèse d'agrégation, 1886), par M. le docteur Gangolphe. Grand in-8 de 200 pages avec 4 planches. Paris, O. Doin. 4 fr.

Note sur l'hémirhumatisme ou la prédominance hémilatérale des manifestations du rhumatisme chronique, par M. le docteur Cazalis (d'Aix-les-Bains). Brochure in-8 de 16 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Manuel pratique de vaccination animale, technique — procédé de conservation du vaccin (mémoire couronné par l'Académie de médecine), par M. L. Vaillard, médecin-major, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Petit volume in-18 cartonné toile avec figures dans le texte et 2 planches en couleur hors texte. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia (thèse d'agrégation, 1886), par M. le docteur Auvard. 1 vol. in-16 de 240 pages avec 14 figures. Paris, O. Doin. 4 fr.

Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine (thèse d'agrégation, 1886), par M. le docteur Ch. Maygrier, accoucheur des hôpitaux. Grand in-8 de 200 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Des attentats à la pudeur sur les petites filles, par M. le docteur Paul Bernard, préparateur au laboratoire de médecine légale de Lyon. 1 vol. grand in-8 de 150 pages avec 2 planches hors texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

6190. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

MM. les Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. Lereboullet, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Alcoolisation des vins.

Les trois discours, également remarquables quoique à divers titres, que l'Académie a entendus dans sa dernière séance, ne laissent aucun doute sur l'issue du débat; les conclusions proposées par la Commission, il y a trois semaines, seront votées sinon dans leur forme, au moins dans leur esprit; elles seront toutefois modifiées heureusement par quelques-uns des amendements et changements qui viennent d'être proposés.

M. Bergeron était tout particulièrement autorisé pour insister, avec sa netteté et sa précision habituelles, sur les dangers de plus en plus grands de l'alcoolisme, sur la substitution de l'ivrognerie brutale et féroce d'aujourd'hui à l'ivresse joyeuse et bruyante d'autrefois; le gai vin de France que nos vieux poètes nationaux chantaient avec tant d'entrain a fait place à ces boissons frelatées, obtenues à l'aide d'alcools industriels de basse qualité et dont M. Brouardel vient de rappeler les effets si funestes dans un exposé d'une clarté parfaite. En 1850, on fabriquait, en France, 891 500 hectolitres d'alcool pur, dont 815 000 provenaient des vins, cidres, marcs, lies et fruits, tandis qu'on n'en retirait que 76 500 de la pomme de terre, de la mélasse et des betteraves; aujourd'hui la proportion est complètement renversée; en 1881, on a fabriqué 1 821 287 hectolitres d'alcool pur; les vins, cidres, lies n'en ont formé que 61 839, tout le reste, soit 1 759 448, est venu de la betterave, de la mélasse et de la pomme de terre. 1 759 448 hectolitres de cet alcool toxique ont été mis en circulation; si l'on fait abstraction de la partie qui est dénaturée pour servir à l'éclairage, si l'on fait la balance des exportations et des importations, on trouve que la quantité soumise aux droits et, par conséquent, consommée en France, a été, en 1881, de 1 444 156 hectolitres, ce qui, pour une population de 37 672 048 qu'accuse le recensement de cette même année, donne 3 litres 80 par an et par tête. Et M. Rochard, à un mémoire, duquel nous empruntons ces renseignements, a calculé que le nombre de journées de travail perdues par suite de l'ivresse alcoolique s'était élevé à 481 385 500, soit, à 2 francs la journée au minimum, une somme de 962 771 000 francs. Ces chiffres doivent encore

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Comment on juge les médecins dans les classes populaires anglaises. Quantité ou qualité. — Echos du Sud de l'Afrique. — Les mesures prises au commencement du siècle envers les aliénés. — La diffusion des maladies vénériennes dans la colonie du Cap. — Dangers de propagation des maladies contagieuses dans l'armée par suite du mode de fabrication des effets d'équipement militaire. — Les règlements et leur application. — Un deuil récent du Collège des chirurgiens : la maladie et la mort de M. Francis Mason.

Malgré les différences nationales si tranchées que présentent les peuples d'Europe, il existe, relativement aux choses de la médecine, un fond commun de superstitions et de préjugés dont il serait difficile de retrouver l'origine. Un médecin suédois, le docteur Broberg, a publié, il y a quelques années, un travail rempli de données curieuses sur les pratiques courantes parmi ses compatriotes ; il voit dans beaucoup d'entre elles des restes de cérémonies liturgiques du paganisme.

Il n'est pas nécessaire d'aller jusque-là pour trouver dans les conceptions populaires de l'art de guérir des ressemblances frappantes à tous les points de vue. « Les pauvres, dit un journal de Londres, ont une confiance sans bornes aux médicaments, et jugent leur médecin d'après la longueur de ses ordonnances. » Je connais, poursuit l'auteur, une bonne qui ne manque jamais d'aller chercher ses remèdes à un dispensaire privé très éloigné de son domicile, parce qu'on lui donne deux grandes bouteilles pour un shilling. Les établissements analogues sont assiégés le samedi soir, et font une consommation à peine croyable de pilules et de potions. Un clergymann de l'East-End rapporte qu'un de ses paroissiens suit en même temps les prescriptions de trois médecins, dans l'espoir que si l'un échoue, l'autre réussira. Un autre atteint d'une pneumonie grave se fit soigner par deux : un venait le

être augmentés du prix de l'alcool consommé, des frais de traitement et de chômage des alcooliques, des aliénés à la suite d'alcoolisme, des suicides que ce vice a causés et des frais de répression pour les criminels dont le crime est dû à l'alcool; on arrive ainsi à reconnaître que l'alcool coûte plus de 1100 millions par an au pays. Il faut à tout prix se soustraire à un tribut aussi dégradant; et puisque les conseils n'y suffisent pas, c'est à la loi et à la répression qu'il faut demander remède. La tâche en doit être d'autant plus aisée que la France est encore l'un des pays où l'alcoolisme fait relativement le moins de ravages parmi ceux qui sont infestés aujourd'hui par ce fléau et que, si comme l'a dit M. Rochard, nos provinces du Nord se ressentent du voisinage des contrées septentrionales, celles du Midi confinent à l'Espagne et à l'Italie et s'en rapprochent par le type physique et les habitudes de sobriété de leurs habitants.

La Suisse s'est décidée récemment à autoriser les autorités cantonales à diminuer le nombre des débits et à frapper d'un impôt presque prohibitif les eaux-de-vie malsaines à leur entrée; elle en a également imposé la fabrication et la vente. La France peut-elle agir de même? Car il est assez curieux de constater que la majeure partie des produits alcooliques les plus toxiques proviennent toujours, dans un pays donné, d'importations étrangères. M. Brouardel le faisait observer avant-hier : les vins entrés d'Espagne en France se sont élevés en quantité de 946 000 hectolitres en 1878 à 6 500 000 hectolitres en 1882 et les importations d'alcool allemand se sont en même temps élevées, en Espagne, de 71 000 hectolitres en 1878 à 333 000 hectolitres en 1882. Aussi M. Léon Le Fort a-t-il demandé, parmi les diverses propositions de son substantiel et important discours, que des laboratoires de vérification soient établis en certaines localités-frontières, exclusivement ouvertes à l'importation des vins étrangers, de manière à pouvoir repousser tout vin suralcoolisé, falsifié par l'addition d'alcools de mauvaise nature ou coloré artificiellement. Que ces laboratoires soient à la frontière ou que des échantillons des vins soumis à la douane soient envoyés à des laboratoires placés plus au centre du territoire, cela importe peu; l'administration des douanes retirerait assurément de très grands avantages de l'institution de semblables établissements, analogues à ceux qui rendent tant de services à Paris et dans certaines villes; les dépenses qui en résulteraient seraient bien minimes en regard du but à atteindre, d'autant que la plupart des frais pourraient être directement prélevés sur les importateurs.

MM. Brouardel et Léon Le Fort se sont rencontrés dans l'expression d'une opinion qui a vivement frappé l'Académie, à savoir que les alcools entrant dans la consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs doivent être absolument purs. La Commission avait admis une tolérance de 1 pour 1000 au maximum d'alcools supérieurs, qui paraît incompatible avec la préoccupation si nécessaire d'assurer aux opérations du commerce des vins toutes les garanties qu'exige la santé publique. Il convient, il est vrai, de reconnaître que les conclusions de la Commission ne tiennent peut-être pas assez compte des conditions que doit subir ce commerce, lorsqu'il est pratiqué honnêtement; s'il importe de s'opposer rigoureusement au vinage, au mouillage et au coupage, pratiqués à l'aide de matériaux dangereux, il n'est ni sans logique ni sans habileté de dire en même temps, comme le propose M. Le Fort, comment ces opérations peuvent demeurer compatibles avec le souci bien entendu de la santé publique. On n'en est alors que plus fort pour affirmer, ainsi que l'a si bien fait M. Brouardel, les dangers que présente l'addition forcée ou exagérée, dans tout vin modifié à l'aide des procédés que l'Académie n'a cessé de condamner, de ces alcools dont le moindre défaut n'est pas de diminuer corrélativement l'extrait et l'acidité dans le rapport normal des constituants du vin. Il faut d'ailleurs des années, a dit Dumas, pour que l'alcool surajouté au vin s'y incorpore et l'on boit ainsi chaque jour sur sa table, sous le nom de vin, du jus de raisins fermenté, plus de l'alcool. Un tel mélange, de plus en plus répandu, explique la fréquence de ces affections stomacales, intestinales et rénales qui ont enrichi la nosographie depuis quelques années. De même pour la bière et le cidre, contre l'alcoolisation desquels M. Ernest Besnier a très justement demandé de semblables précautions sanitaires.

— A la Société médicale des hôpitaux a lieu en ce moment une importante discussion sur la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique. Nos lecteurs trouveront, au compte rendu de la Société (p. 511), un résumé de cette discussion; nous croyons devoir appeler plus particulièrement leur attention sur l'intéressante communication faite, à cette occasion, par notre collaborateur M. Dieulafoy.

---

matin, l'autre l'après-midi. Inutile de dire que ni l'un ni l'autre n'était prévenu. A un certain moment, le malade fut sur le point de faire un choix : la visite du matin ne lui coûtait qu'un shilling et six pence, et le médecin prescrivait plus de médicaments que son confrère de l'après-midi, qui demandait une demi-couronne. Après avoir mûrement délibéré avec ses proches, notre homme finit par continuer son traitement en partie double. Il réfléchit qu'en accordant exclusivement sa confiance au praticien du matin, en lui demandant deux visites, il payerait en réalité plus cher qu'avec son système actuel, à cause de la quantité des drogues prescrites et de leur prix. Malgré l'habileté du procédé, le pauvre homme succomba : c'était chose normale. »

— Les feuilles publiques du Cap renfermaient dernièrement des récits capables d'exercer longtemps la sagacité des commentateurs d'histoires horribles. Des ouvriers travaillant à la construction d'un temple réformé à Graaf-Reinet, découvrirent tout à coup, en creusant pour les fondations de la portion occidentale du transept, une série d'anciens tombeaux. En essayant de mettre dans un cercueil les ossements qu'ils renfermaient, les fossoyeurs s'aperçurent non sans effroi que les tibias étaient passés dans des anneaux de fer réunis par une barre d'un pied de long, et pesant treize livres et demie. A l'extrémité opposée du tombeau se trouvait un second anneau de fer, un collier, et une barre de dix-huit pouces de long le réunissant à d'autres plus petits destinés aux bras. On se demandait quel genre de supplice avaient subi ces malheureux, lorsqu'une vieille dame du pays donna le mot de l'énigme. Les enchaînés n'étaient ni des prisonniers, ni des criminels, mais de pauvres fous. Cette personne se rappelait parfaitement avoir vu les Boers appliquer aux aliénés ces procédés barbares de contrainte physique. Un jour, dans le cours de l'année 1809, elle avait alors treize ans, elle vit un maniaque mendier en rampant sous ses en-

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des accidents provoqués par les antiseptiques.

Le temps est loin où l'on menait grand bruit pour quelques cas de mort provoqués par l'acide phénique. Les défenseurs ordinaires des vieilles méthodes et des « pansements sales » les compulsaient avec fracas pour condamner l'antisepsie. Mais comme on préfère un empoisonnement par le Lister à cent infections purulentes, en moins de cinq ans la chirurgie était conquise par les idées nouvelles. Il n'en est que plus indispensable, d'ailleurs, de connaître, — pour les atténuer ou les prévenir, — *les accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques*, et, nous ne saurions prendre un meilleur guide que notre collègue et ami le docteur Félix Brun, dont la récente thèse d'agrégation sur ce sujet nous semble un modèle d'exposé précis, de discussion serrée et d'intelligente analyse.

I

Les antiseptiques connus sont presque innombrables; mais une dizaine seulement sont de pratique courante : le chlorure de zinc, l'iode, le chloral, l'alcool, l'acide salicylique, l'acide borique, le sous-nitrate de bismuth, le biiodure de mercure, le sublimé corrosif, l'iodoforme et l'acide phénique. Encore M. Brun ne fait-il qu'énumérer en moins de vingt pages les faits épars çà et là, où les accidents étaient dus à celles de ces substances qu'on manie le plus rarement, et son étude porte sur l'acide phénique, l'iodoforme et le sublimé, qui se partagent à des degrés divers les faveurs de la chirurgie contemporaine.

L'acide phénique, introduit dans la chirurgie par Lemaire en 1860, est devenu, après le long retentissement des travaux de Lister, l'antiseptique le plus employé; pendant dix ans son triomphe fut incontesté. Cependant on signala bientôt des cas malheureux : Langenbuch et Sonnenbuch, puis Billroth, Nussbaum, Kocher, Rouge, Konig, Lucke, surtout Kuster, rassemblèrent des observations, et, grâce à eux, on connaît assez bien les accidents provoqués par l'emploi de cette substance. En France, les travaux originaux manquent sur cette question; à la date de 1878, nous ne trouvons qu'une savante analyse des mémoires allemands faite par Gabriel Maunoury. Deux raisons nous expliquent cette pénurie : la première, toute à notre honte, est que le pansement de Lister ne s'était pas généralisé encore; la seconde, tout à notre honneur, est que les chirurgiens maniaient l'acide phénique avec la plus extrême prudence: aussi observait-on exceptionnellement chez nous les accidents locaux et généraux que nous allons étudier.

Les accidents locaux sont les moins rares; nous ne parlerons pas de quelques cas de gangrène limitée, dus sans doute à l'emploi de solutions trop fortes. L'acide joue alors le rôle d'un caustique. Mais nous avons tous vu, sur les malades roux, à peau fine, se développer autour de la mamelle, sur le cou, à la face interne de la cuisse ou du bras, un érythème particulier que caractérisent sa teinte vive, une légère chaleur, de la cuisson, l'absence de bourrelet à ses confins et sa courte durée; parfois il se complique d'inappétence, d'insomnie, d'élévation de température, et l'on craint un érysipèle. Nous avions enlevé un épithélioma leucoplasique de la face interne de la joue; le lendemain nous trouvons une immense plaque rouge-feu, parsemée de vésicules sur la face, le cou et la poitrine, régions qu'avait abstergées notre éponge au cours de l'opération. Nous fûmes rassurés par l'absence de bourrelet, la faible ascension thermométrique, et surtout par le contraste entre l'étendue de l'érysipèle supposé et la bénignité des symptômes généraux.

L'acide phénique peut encore, chez un sujet prédisposé, provoquer une éruption d'eczéma. Brun en cite un cas que nous connaissons bien : un de nos collègues, arthritique avéré, nous aide dans une ovariotomie et se lave avec une solution forte; le soir même, les mains sont le siège d'une rougeur intense, de cuisson et de démangeaisons vives. « Cet érythème s'améliorait lorsqu'un nouveau contact, cette fois-ci d'une solution faible, détermine une poussée nouvelle; des vésicules fines et confluentes communiquent à la lésion le caractère ordinaire des eczémas superficiels. » Plusieurs mois après, pendant les fatigues et les préoccupations d'un concours, troisième éruption à l'occasion d'une simple pulvérisation phéniquée. Elle n'avait pas plutôt disparu qu'il s'en développait une quatrième, et notre ami expire à cette heure, par un séjour à Vichy, l'exceptionnelle susceptibilité de sa peau.

Les accidents généraux ont une autre importance : l'absorption de l'acide phénique par la plaie provoque une intoxication dont l'allure est aiguë ou chronique. Mais, dans les deux cas, les phénomènes morbides sont précédés ou accompagnés d'un signe dont on a sans doute exagéré l'importance : la coloration foncée des urines signalée par Nicholls, Patchett et Sonnenburg. L'urine, trois ou quatre

---

traves dans une ville où elle s'était rendue avec ses parents. Malgré sa douceur et l'impossibilité de nuire où il se trouvait, il était l'objet d'une telle terreur pour les enfants, qu'ils fuyaient à toutes jambes lorsqu'ils l'apercevaient; souvent ils n'osaient sortir par crainte de le rencontrer. Quelquefois, probablement lors de ses périodes d'excitation, il était tenu accroupi par une chaîne supplémentaire; d'autres fois il pouvait marcher un peu plus librement.

« On se demandera peut-être, dit le journal qui rapporte le fait, s'il est bien possible d'admettre qu'on ait enterré les cadavres de ces malheureux sans les débarrasser de leurs fers. L'administration qui les traitait de cette manière durant leur vie devait éprouver peu de scrupules sur le mode de sépulture. » Il faut dire qu'à cette époque les moyens employés dans la plus grande partie des asiles d'Europe n'étaient guère plus doux.

Si l'humanité et la raison se substituant de tous côtés à l'ancienne rudesse des mesures prises contre les aliénés, sous d'autres rapports, on abuse un peu des considérations sentimentales. Le fou a perdu les plus précieuses de ses facultés, la conception exacte des choses et le libre arbitre, c'est bien le moins qu'on ménage celles qui lui restent, qu'on lui épargne les tortures physiques. Il nous paraît difficile d'assimiler son état aux professions dangereuses librement choisies et volontairement exercées. Un marchand de vin qui déterminerait des accidents saturnins débitant un liquide surchargé de litharge, serait poursuivi sans que personne ne songeât à s'apitoyer sur son sort, à déclarer tracassières ou nuisibles les mesures de surveillance et de contrôle exercées à son égard. Il existe, probablement depuis l'origine du monde, une autre industrie qu'on hésite à appeler de son vrai nom; qu'on a toujours regardée comme inavouable, même dans les contrées où la famille était constituée sur des bases différentes de celle des pays civilisés modernes : elle est dangereuse au premier chef, car elle peut introduire dans l'économie un virus bien

heures après son émission, est d'un vert-olive, d'un brun noirâtre ou tout à fait noire, et, d'après Falkson, la teinte est d'autant plus foncée qu'elle contient en plus grande abondance des dérivés du phénol. En même temps sa quantité décroît et le poids spécifique augmente. Ces trois facteurs : densité plus forte, quantité moindre, couleur brune, ont une valeur telle que leur constatation impliquerait l'apparition prochaine ou l'existence actuelle d'un empoisonnement,

L'intoxication est grave ou légère : légère, elle se manifeste par de la lourdeur de tête, de la céphalalgie frontale, du dégoût pour les aliments ; grave, on voit, peu après l'opération ou à l'occasion d'un pansement renouvelé, la face devenir pâle et se couvrir d'une sueur visqueuse ; les extrémités se refroidissent ; la sensibilité est éteinte ou très affaiblie ; l'iris est immobile ; le pouls est petit, filiforme, très fréquent, et sa rapidité contraste avec l'abaissement de la température qui descend à 36, 35, 34, même 31 degrés. La respiration est hâlive, laborieuse, irrégulière ; il y a des vomissements bilieux et verdâtres, une diarrhée abondante et fétide ; le malade tombe dans le collapsus, et ce coma est parfois précédé d'une courte agitation ou interrompu par des convulsions le plus souvent partielles. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, la mort survient si le pansement n'est pas supprimé. Dans les cas heureux, les phénomènes s'atténuent, la température remonte, le pouls et la respiration se régularisent, la sensibilité reparaît, les troubles gastriques s'apaisent, et au bout de huit à dix jours la guérison s'affirme. Mais le pronostic est grave, puisque, sur un relevé de 52 observations, Brun constate 25 fois une terminaison fatale.

L'intoxication chronique ou lente est « le résultat de l'usage prolongé de l'acide phénique employé à dose faible, et non, comme l'intoxication aiguë, de l'absorption rapide et massive de cette substance ». Elle débute chez les enfants, par des troubles cérébraux, de l'agitation, du délire ou de la somnolence ; chez les adultes, on note des phénomènes gastriques, inappétence, nausées, vomissements rebelles ; la température s'élève de 1 à 2 degrés ; si l'on supprime le pansement, les symptômes s'apaisent ; si l'on renouvelle les applications phéniquées, ils s'aggravent. En tous cas, il faudrait une étrange persistance de la part du chirurgien pour provoquer des accidents plus graves, et Brun, malgré des recherches nombreuses, n'a relevé qu'un cas de mort par intoxication chronique.

Ces intoxications aiguës ou chroniques semblent frapper en aveugle et le plus souvent on ne saurait dire pourquoi un individu est atteint plutôt qu'un autre. Brun, qui a recherché les conditions favorables à l'empoisonnement, pense que les plaies récentes, larges, anfractueuses, celles qui s'ouvrent dans une séreuse articulaire ou viscérale ou bien dans les espaces médullaires des os, lorsqu'elles sont lavées à grande eau, avec des solutions fortes, sous un spray intense et recouvertes de topiques chargés d'acide phénique, exposent le plus à l'invasion des accidents. Ils sont surtout à redouter, comme l'a bien montré Jeannel, dans les plaies cavitaires où stagne le liquide ; cette rétention, que la solution soit forte ou faible, est très dangereuse. Les enfants sont plus prédisposés, puis les anémiés, les cachectiques, ceux dont les viscères présentent quelques tares ; les reins malades créent surtout un danger. Brun, par l'analyse d'un grand nombre d'observations, nous montre l'exactitude de la phrase de Bouchard : « Les altérations des reins rendent toxiques les médicaments actifs même administrés à faible dose. »

Aussi, pour éviter les accidents, le chirurgien préfèrera chez les enfants, les solutions d'acide borique aux solutions phéniquées ; chez les adultes, lorsqu'il opère sur de vastes surfaces, qu'il ouvre une grande séreuse, le canal médullaire d'un os, surtout chez un cachectique ou un rénal, il évitera les grands lavages, les inondations de la plaie ; il assurera le facile retour, l'écoulement parfait du liquide antiseptique. Si, malgré ces précautions, l'intoxication survient, il supprimera d'abord toute préparation au phénol, puis il combattra les phénomènes nerveux, l'extrême dépression par les frictions sèches et les injections d'éther ; il hâtera l'élimination du poison par des boissons abondantes ; il activera la sécrétion rénale. Dans les cas très graves, Kocher a pratiqué la transfusion du sang. On ne risquera rien d'ailleurs de recourir à la médication alcaline, dont Sonnenburg dit merveille : on administrera, dès le début, une solution de sulfate de soude à 5 pour 100.

II

L'iodoforme, préconisé par Laillier, Besnier et Féréol, pour les plaies atones, les chancres mous et certaines syphilides ulcéreuses, n'est entré dans la chirurgie courante qu'en 1880, après les travaux de Mosetig-Moorhof. Il est, à cette heure, l'antiseptique le plus employé. Un an à peine après sa vulgarisation, Mikulicz signalait des accidents provoqués par son usage et bientôt König relevait 58 cas d'intoxication pour la plupart fort graves. Depuis, Le Dentu,

---

autrement difficile à en chasser, bien autrement dangereux que le plomb, et c'est pour cette industrie-là que des philanthropes d'une nouvelle école recommandent le laissez-faire, laissez-passer.

Que signifient, dans l'espèce, les grands mots qui tiennent si souvent lieu d'arguments, liberté humaine, sensibilité, etc. ? L'administration a le devoir de surveiller une profession capable de nuire à la santé publique. Si la susceptibilité des intéressées est blessée par les mesures qu'elle prend dans ce but, elles n'ont qu'à abandonner leur état pour d'autres moins lucratifs peut-être, mais plus honorables ! Avant de réclamer la liberté de la prostitution et la suppression de la police des mœurs dans les grandes villes, il serait utile de méditer un peu sur ce qui se passe dans les pays où elle n'existe qu'à l'état rudimentaire ; c'est le cas dans la colonie du Cap. Le Directeur général du département médical de la marine d'Angleterre a été prévenu récemment par un de ses subordonnés, M. Henry Hallone, que la syphilis augmente dans des proportions formidables. Il y a onze ans, on proposa à la législature locale un règlement sur la prophylaxie des maladies contagieuses qui fut rejeté. Depuis lors, les affections vénériennes se sont tellement répandues dans le pays que le pouvoir s'en est ému. Le développement a été pour ainsi dire proportionnel à celui des chemins de fer ; c'est surtout dans les localités civilisées ou les tribus sauvages du voisinage des lignes qu'elles exercent leurs ravages. Les naturels cachent leur état, et meurent très souvent d'accidents tertiaires. Dans un district, les statistiques officielles démontrent que le cinquième de la population nègre est syphilitique. Et le nombre de cas que l'on ne connait pas ! Les hésitations de l'Assemblée locale ont été vaincues par la dissémination de la maladie chez les enfants de race blanche. Grâce aux nourrices indigènes ; il faut dire que les ouvriers noirs employés par les fermiers commencent à se rendre mieux compte de leur état et à demander des secours ; mais beaucoup, leur engagement fini,

Ricklin, Paul Berger, ont publié, en France, des analyses, des leçons et des mémoires fort remarquables, où ils dressent le bilan des méfaits imputables à cette substance.

Les accidents locaux sont sans importance : on a signalé des eczémas et des érythèmes. Nous venons, avec le docteur Paquelin, d'en observer un cas sur un genou atteint d'arthrite chronique et recouvert d'iodoforme après une ignipuncture. On a vu encore des cristaux d'iodoforme interposés aux surfaces cruentées, mettre obstacle à la réunion primitive et devenir l'origine d'un phlegmon. Cette complication, contestée par Mosetig, est affirmée par Falckson, à juste titre, selon nous, car cette année même nous avons incisé un abcès de la joue au centre duquel se trouvaient des grumeaux d'iodoforme. Or, quelques jours auparavant, nous avions, avec le docteur Féréol, fendu cette joue pour atteindre plus facilement une tumeur volumineuse du maxillaire supérieur; l'extirpation achevée, nous avions suturé les deux lèvres de la plaie jugale, saupoudrée d'iodoforme, dont quelques parcelles avaient déterminé la formation d'une petite collection purulente.

Les accidents généraux, dus à l'absorption directe de l'iodoforme par les surfaces cruentées, éclatent à des époques assez irrégulières après le premier emploi du médicament. Dans 71 cas relevés par Brun, l'intoxication se déclare 29 fois avant le cinquième jour, 22 fois avant le dixième, 11 fois avant le septième et 9 fois après le vingtième. Il faut admettre, dans ces cas tardifs, que la substance nocive s'accumule dans l'économie, sans doute grâce à quelque insuffisance du filtre rénal. Dans les formes légères, les troubles gastriques ouvrent la scène : inappétence, dégoût complet des aliments, saveur insupportable d'iodoforme, augmentée par l'usage des cuillers d'argent, selon la remarque d'Antonin Poncet; nausées, vomissements, puis insomnie, agitation, parfois délire nocturne ou bien apathie, tristesse, mélancolie profonde, longs accès de larmes; le pouls diminue de force et augmente de fréquence; il bat 110 à 120, tandis que la température reste normale. Ces symptômes, qu'entrecoupe parfois un retour complet à l'état de santé, s'atténuent peu à peu, mais la guérison n'est que progressive, grâce à la lenteur de l'élimination de l'iodoforme par les urines.

Il est une forme plus grave : tout à coup, ou bien au milieu des symptômes d'une intoxication légère, éclatent, pendant la nuit, un délire bruyant, des hallucinations; l'opéré pousse des cris, profère des injures, fuit ou attaque un ennemi invisible. Au matin, ces manifestations tumultueuses font place à un abattement profond, à une torpeur extrême; il y a des troubles de la mémoire et comme un semblant d'aphasie. L'estomac se refuse au moindre aliment, qu'il rejetterait dans un effort de vomissement. Le pouls, faible et dépressible, est à 130 ou 140 pulsations, parfois d'une rapidité telle qu'il en devient incomptable. D'habitude il n'y a pas de fièvre; on a noté cependant des températures de 38, 39 et même 40 degrés. L'urine, chargée d'iodures organiques, est souvent albumineuse et remplie de cylindres épithéliaux, qui dénotent l'existence d'une néphrite parenchymateuse. La marche de l'affection est variable. L'excitation et la dépression peuvent alterner ou se succéder, puis s'aggraver et se terminer par la mort; la rapidité et la faiblesse du pouls est alors activée, la respiration se trouble et le malade tombe dans le coma; lorsqu'il doit y avoir guérison, les symptômes s'amendent, peu à peu ou brusquement, et l'organisme ne conserve de ce rude assaut qu'un amaigrissement considérable, ou, parfois, quelques lacunes dans la mémoire ou dans l'intelligence.

Brun a relevé 84 cas d'intoxication : 11 ont été légers; 37 graves, mais non mortels; 36 se sont terminés par la mort. Mais l'auteur fait de justes réserves; et, pour lui, cette statistique n'est pas irréprochable; car, « sur les 36 cas mortels, 8 fois l'autopsie n'a pas été pratiquée, et 11 fois elle a révélé des lésions suffisantes pour rendre compte à elles seules de la terminaison fatale. » Or si quelques-unes, la dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins, les noyaux apoplectiques du poumon et la bronchite mucopurulente sont peut-être dus à l'action nocive de l'iodoforme, d'autres étaient le fait d'une maladie indépendante.

L'intoxication est souvent due aux doses exagérées employées par certains chirurgiens. Brun, dans un relevé de 21 empoisonnements, a vu que 2 fois la dose d'iodoforme était de 10 grammes; 4 fois, de 10 à 20 grammes; 8 fois, de 20 à 50 grammes; et 7 fois supérieure à 50 grammes. Ces chiffres nous épouvantent, nous, Français, qui ne dépassons guère 4 à 5 grammes, et nous contentons, le plus souvent, d'un léger nuage jaune soufflé sur les surfaces cruentées. Les accidents sont plus fréquents chez les vieillards, sans doute à cause des altérations fréquentes du filtre rénal. Aussi ressort-il de ces notions étiologiques qu'on emploiera l'iodoforme à faible dose surtout après la soixantaine, et chez les cachectiques. Lorsque les accidents éclatent, on supprime le pansement, on lave la plaie pour en-

---

émigrent vers les villes : les résultats sont désastreux. « Il y a huit jours environ, dit le chirurgien du district de Caledon, je fus consulté par un fermier pour sa petite fille, âgée de deux ans; elle présentait des accidents secondaires caractéristiques; des dames ont été contaminées en donnant le sein à leurs enfants allaités en même temps ou auparavant par une nourrice cafre. » Le bon sens l'a emporté sur les traditions; les rapports des chirurgiens de district ont pesé d'un poids sérieux sur les délibérations de l'Assemblée, et la colonie du Cap a une loi destinée à prévenir la diffusion des maladies contagieuses.

— Dans la métropole il s'est produit quelque chose d'analogue, non plus à propos de la syphilis, mais des maladies fébriles infectieuses. Les uniformes de l'armée anglaise sont confectionnés à l'entreprise en dehors de la surveillance de l'autorité militaire; il y a quelques années, celle-ci faisait, avant de distribuer les commandes et de les recevoir, une enquête destinée à démontrer qu'ils ne provenaient point de milieux suspects au point de vue sanitaire, qu'il n'y avait ni varioles ni scarlatines, etc., dans les familles des ouvriers qui les livraient. Peu à peu cette coutume est tombée en désuétude. Qu'est-il arrivé? plusieurs inspecteurs chargés de la réception des commandes ont été pris de la petite vérole. On en vint à diminuer peu à peu le nombre des articles donnés au dehors; l'Etat fit fabriquer lui-même; cette règle ne souffrait d'exceptions qu'en faveur des quelques veuves de sous-officiers et soldats sans ressources et méritantes; tout paraissait pour le mieux. Les effets d'équipement militaire étaient faits dans des ateliers irréprochables au point de vue hygiénique, et sous la surveillance même de l'autorité. On a trouvé moyen d'éluder ces dispositions. Les ouvrières travaillant à la tâche reçoivent des prix si minimes qu'elles sont obligées, pour réaliser un salaire de 15 à 16 francs par semaine, de travailler une partie de la nuit, elles emportent des vêtements chez elles,

lever jusqu'aux dernières parcelles de la poudre; on hâte l'élimination du poison par des frictions sèches de la peau et par des boissons abondantes qui consistent en solution aqueuse de 5 à 10 pour 100 de bicarbonate de potasse, selon les préceptes de Binz et de Harnack.

III

Le sublimé corrosif, introduit dans la chirurgie par Tarnier, a presque dépossédé l'acide phénique, et on se louait encore de son prix modique, de son absence d'odeur et de sa remarquable efficacité, lorsque, en 1883, Stadfeldt, de Copenhague, publia une observation, d'ailleurs discutable, d'intoxication mortelle par cette substance. Depuis, les faits se sont multipliés, et Frænkel, Max Schede, Prévost, Butte, ont, dans des mémoires d'importance inégale, étudié les accidents locaux et généraux imputables au bichlorure de mercure.

Les accidents locaux ne nous occuperont guère; ce sont des irritations de la plaie dont les lèvres s'épaississent et se dessèchent; des érythèmes pâles, des exanthèmes scarlatiniformes. Nous avons observé, depuis deux ans que nous nous servons presque exclusivement de l'iodoforme et du sublimé, deux de ces éruptions cutanées. Dans un premier cas, il s'agissait d'uue fille sur la jambe de laquelle nous avons appliqué des compresses imbibées de liqueur de Van Swieten. Le lendemain, il existait, autour de la plaie, une douleur assez vive, de la démangeaison, et, sur un fond rose, s'élevaient une multitude de vésicules transparentes. Nous venons d'observer le second: un eczémateux, déjà traité comme tel à Saint-Louis, est opéré par nous d'une tumeur mélanique de la région claviculaire. Au bout de huit jours, il éprouve, sous un pansement au bichlorure, de fortes démangeaisons; la peau est rose pâle avec des plaques de coloration plus vive; quelques vésicules se recouvrent d'une croûte brunâtre; l'épiderme se soulève; il est fendillé et comme vernissé. Un bain d'amidon, la substitution de l'iodoforme à la liqueur de Van Swieten ont suffi pour faire disparaître ces légers accidents.

Les accidents généraux se caractérisent d'abord par des coliques violentes, une diarrhée verdâtre, d'une odeur infecte, du ténesme, une dysenterie tenace que ne peut vaincre la médication opiacée; la muqueuse buccale est rouge, sèche, tuméfiée, douloureuse; la salivation s'exagère et le liséré gingival apparaît; mais cette stomatite est parfois légère, et n'occupe que le second rang dans le tableau symptomatique occupé surtout par les phénomènes intestinaux; il semble même qu'elle soit en raison inverse de la gravité de l'intoxication : dans les cas mortels, les lésions se traduisent par quelques exulcérations, un peu de gingivite, un liséré métallique, une faible salivation, tandis que dans les empoisonnements légers on a noté un ptyalisme énorme, un gonflement extrême de la muqueuse, des ulcérations et des plaques de gangrène sur les gencives. Les urines sont albumineuses dans nombre de cas, troublées par des cylindres hyalins; la sécrétion est diminuée; elle peut être tarie; mais cette anurie est exceptionnelle, et la miction donne liquide d'un rose particulier, et qui, d'après Brun, répondrait à ce que Verneuil a décrit sous le nom d'urines rosaciques.

Ajoutons, pour compléter le tableau de l'intoxication par le sublimé, de la céphalalgie, une hyperesthésie générale, de l'insomnie, des troubles de l'intelligence, de l'abattement, de la paresse intellectuelle; le pouls est petit, rapide, irrégulier; la température est normale: il y a même de l'hypothermie. Mais il est une autre forme moins grave que caractérisent certaines éruptions, tantôt peu étendues, parfois généralisées; l'appareil fébrile est souvent intense. Cet exanthème se dissipe lorsqu'on cesse l'usage des préparations hydrargyriques. La mort est exceptionnelle, tandis qu'elle ne l'est pas dans la première variété d'intoxication; des autopsies ont été pratiquées, et l'on a trouvé des lésions constantes du tube digestif et des reins; la muqueuse du côlon — rarement l'intestin grêle est atteint — se nécrose; elle est parsemée de plaques gangreneuses; les reins offrent les altérations de la néphrite parenchymateuse aiguë; ils sont gros, pâles, anémiés; la substance corticale est hypertrophiée; d'un jaune gris par place, d'un blanc opaque en d'autres points. Mais ces altérations préexisteraient souvent à l'intoxication, et de l'analyse exacte de nombreuses observations, Brun conclut « que l'empoisonnement par l'usage externe du sublimé, bien qu'indéniable, n'a joué qu'un rôle secondaire dans la production du mal. Lorsqu'il a été mortel par lui-même, il n'a acquis cette gravité qu'en raison de lésions rénales antérieures. »

L'intoxication ne semble pas plus fréquente chez les enfants que chez les adultes; peut-être atteint-elle plus souvent les vieillards. En tous cas, elle frappe de préférence les faibles, les anémiés, les cachectiques, ceux qu'une maladie longue et grave a mis en état de misère physiologique avancée. Des solutions fortes, à 2 pour 1000, inondant une

---

et l'état de choses auquel on a voulu remédier existe comme auparavant.

— Des notices nécrologiques que renferment les journaux anglais du dernier semestre, une des plus émouvantes est celle de M. Francis Mason, chirurgien des dispensaires de Saint-Pancrace et du Nord, de Kings's College hospital, de Saint-Thomas, etc., honorablement connu chez nous par ses travaux sur le bec-de-lièvre, les divisions de la voûte palatine, etc.

« La rapidité de sa mort, dit la *Lancet*, a causé parmi ses amis et ses confrères la douleur et la consternation la plus vives. Sa maladie était un érysipèle de la partie supérieure du larynx avec inflammation diffuse des tissus du cou. La tuméfaction siégeait sur le côté droit de cette région, au niveau du cartilage thyroïde. On trouvait en même temps du gonflement et de la douleur du pharynx juste au-dessous de l'amygdale droite. Au bout de quelques heures, toute la partie supérieure du larynx était le siège d'une congestion œdémateuse intense; les deux côtés du cou étaient profondément infiltrés. La maladie avait commencé le jeudi matin; les inhalations le soulagèrent peu, et le même jour, à sept heures et demie du soir, le docteur Semon dut faire des scarifications sur l'épiglotte : une amélioration de quelques heures les suivit; mais, dans la nuit, à deux heures et demie du matin, le malade cessa brusquement de respirer. M. Pitts, qui le veillait, dut faire la trachéotomie sans autre assistance que Mme Mason. Le passage de la canule fut suivi d'une attaque de convulsions épileptiformes; elles cessèrent assez vite, le malade reprit connaissance et parut sensiblement mieux; mais on s'aperçut vite qu'il y avait dans l'espèce quelque chose de bien plus grave que l'état local; le pouls était à 160; la respiration irrégulière, ataxique, pour ainsi dire : c'était une des formes de la respiration de Cheynes-Stokes. Le vendredi matin, le pouls était moins fréquent et plus fort, mais le rythme respiratoire ne devint jamais tout

plaie large, anfractueuse, irrégulière, et où l'écoulement est difficile, sont alors dangereuses Nous retrouvons ici les conditions pathogéniques indiquées déjà pour le phénol et l'iodoforme; aussi pouvons-nous tirer, avec Brun, une conclusion générale, applicable aux trois principaux antiseptiques et dire : Ce n'est pas la substance même, mais la manière dont on l'emploie, qu'il faut incriminer; l'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme, s'éliminent par le filtre rénal : on ne saurait donc être trop prudent dans leur emploi chez les sujets dont les reins sont malades.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Deux cas de pneumothorax chez des enfants de seize mois. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 juillet 1886, par M. le docteur Sevestre, médecin de l'hospice des Enfants assistés.

J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer, à huit jours de distance, deux cas de pneumothorax chez des enfants de seize mois, et j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à vous soumettre ces observations.

Si l'on consulte les traités de pathologie infantile, on constate en effet que, dans la plupart d'entre eux, la question n'est pas traitée du tout ou ne l'est que d'une façon très sommaire. Barrier, d'une part, Rilliet et Barthez de l'autre, sont les seuls qui lui consacrent une description de quelque importance; encore cette description s'applique-t-elle surtout à des enfants au-dessus de deux ans. Les observations que j'ai l'honneur de vous présenter ont été prises avec beaucoup de soin par mon excellent interne M. Louis Guinon.

Obs. I. *Syphilis et tuberculose chez un enfant de seize mois. Pneumothorax du côté gauche consécutif à la rupture dans la plèvre d'une caverne tuberculeuse.* — Berard (René), âgé de seize mois, est admis le 16 juin dans le service de médecine pour une éruption papulo-squameuse généralisée. Très rare sur le corps, cette éruption prédomine sur la région frontale et pariétale, où elle est constituée par de larges squames brunâtres très adhérentes et qui dépassent à peine le niveau de l'épiderme.

Dans les sillons post-auriculaires, ulcérations grisâtres, sécrétant un liquide séreux et ressemblant à des plaques muqueuses.

Lèvres fissurées profondément; leur bord libre, épaissi, manque de souplesse et est recouvert de squames épaisses. Les conjonctives sont rouges, injectées; les angles palpébraux laissent écouler un liquide muco-purulent. Ecoulement nasal purulent, produisant une exulcération légère du bord des narines. Sur l'abdomen, au niveau et à droite de l'ombilic, ulcération ovalaire, à bords épaissis, grisâtres, à fond creux, rose pâle, presque sèche, ou ne donnant qu'un liquide rare non purulent, rapppelant un peu l'aspect d'un chancre induré.

Sur les yeux rien de caractéristique.

Le petit malade a un aspect profondément cachectique, misérable, il est d'une pâleur extrême, les membres sont grêles, il n'y a cependant pas de malformation crânienne ou diaphysaire remarquable. Le nez n'est pas enfoncé à sa base; la langue est normale, les membres sont droits, le thorax très amaigri n'a pas de chapelet exagéré. Le ventre est un peu gros.

L'enfant tousse un peu, et présente dans la poitrine quelques râles; cette bronchite, légère, paraît presque négligeable, et l'attention se porte surtout sur les manifestations cutanées qui paraissent devoir être rattachées à une *syphilis*, probablement *héréditaire*. Le traitement est institué dans ce sens (frictions mercurielles, bains de sublimé, liqueur de Van Swieten). L'ulcération adombilicale est pansée à l'iodoforme.

Malgré ce traitement, l'éruption ne se modifie pas d'une façon appréciable, l'enfant s'amaigrit et en outre l'état pulmonaire s'aggrave, et le 23 juin on constate non plus seulement des signes de bronchite, mais une bronchopneumonie bien caractérisée.

Le 26 juin, le petit malade paraît à peu près dans le même état, mais avec une oppression un peu plus marquée. Rien ne pourrait faire soupçonner cependant la modification survenue depuis la veille, et consistant dans la production d'un pneumothorax du côté gauche. Les signes de cette lésion existent cependant au grand complet : absence du murmure respiratoire dans toute l'étendue du côté gauche de la poitrine, sauf tout à fait au sommet; souffle amphorique faible, mais très net, et devenant surtout évident dans les inspirations qui suivent la toux; la toux elle-même et la voix ont un timbre amphorique. Par moments on entend quelques bruits rappelant le tintement métallique, mais d'une façon très fugace. Sonorité exagérée de tout le côté de la poitrine, surtout en arrière. Voussure apparente, et la mensuration donne en effet une différence de 1 centimètre et demi en faveur de ce côté. Bruit d'airain obtenu par la percussion d'une pièce de monnaie à la partie antérieure de la poitrine, pendant qu'on ausculte en arrière. Pas de bruit de succussion.

Quant aux troubles fonctionnels, le seul appréciable est l'exagération de la dyspnée; encore ne présente-t-elle rien de plus que ce qui s'observe habituellement dans la pneumonie. La température, qui depuis plusieurs jours oscillait autour de 38 degrés, après avoir atteint 39°,4 le 20 et le 22, était hier matin à 38°,8 et le soir à 38°,2. Le matin il y a 39°,4. Le soir elle tombe à 37°,6.

Le 27 juin, exagération des troubles respiratoires; dyspnée très intense; cyanose. Tirage sous-costal périthoracique.

Même signes sthétoscopiques, mais exagérés.

Diarrhée. Enfant d'une grande faiblesse, ne peut plus rester assis sans soutien. Température : 39°,4.

Le soir, cet état est encore aggravé. Température : 38°,8. Menaces de suffocation; on donne de temps en temps du sirop d'éther que l'enfant prend avidement.

à fait naturel. Le mieux cessa le vendredi soir, et le délire arriva : il y eut un peu d'amélioration le samedi matin; le malade put prendre des aliments liquides et des stimulants; mais cette accalmie fut passagère; les forces déclinèrent, et il mourut au moment même où plusieurs médecins étaient réunis en consultation. La maladie était, selon toute apparence, de nature septique. L'urine examinée dans la nuit du jeudi au vendredi était chargée d'albumine et de sucre, et ne renfermait presque plus de chlorures. Au microscope, on trouvait des cylindres granuleux hyalins et quelques globules sanguins. Il est possible qu'il existât auparavant de la néphrite interstitielle; mais probablement la plus grande partie de l'albumine et du sucre résultait d'une poussée aiguë intense. »

M. Francis Mason n'était âgé que de quarante-neuf ans.

Dr L. Thomas.

Legs a la Société d'anthropologie. — Le président de la Société d'anthropologie de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Société, aux clauses et conditions imposées, la donation d'une somme de 5000 francs que lui ont faite MM. Jacques, Alphonse et Georges Bertillon.

Cette somme sera employée, au nom de la Société d'anthropologie de Paris, à l'achat d'un titre de rente 3 pour 100 sur l'État français, avec mention de son affectation spéciale. Les revenus de cette rente seront affectés à la fondation d'un prix triennal qui, sous le nom de « Prix Bertillon », et suivant le règlement arrêté par l'acte de donation, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anthropologie.

Le lendemain matin 28 juin, nous sommes étonnés de trouver l'enfant encore vivant. Il semble avoir encore maigri depuis la veille, la dyspnée est très intense, malgré la position assise dans laquelle on maintient constamment le petit malade; il ne peut dormir un instant; ses narines battent avec violence; ses mouvements inspiratoires sont très profonds; la toux est très rare. En découvrant la paroi antérieure du thorax on est frappé par trois phénomènes :

La dépression inspiratoire profonde qui se produit au-dessous des fausses côtes (véritable tirage abdominal);

L'immobilité de la paroi costale gauche : tandis qu'à droite, les côtes s'écartent et se rapprochent dans des limites étendues, à gauche les espaces intercostaux restent distendus;

L'ampleur évidente de ce même côté; et en effet, la mensuration, avec le ruban métrique, à deux centimètres au-dessous des mamelons donne à droite, 22 centimètres; à gauche, 24 centimètres (différence énorme).

Les signes physiques sont d'ailleurs à peu près les mêmes, mais plus accentués : tympanisme généralisé, sans que nulle part on trouve de matité ni même la sonorité normale; absence de bruit respiratoire, bruit d'airain; le souffle amphorique n'est perçu que dans les grandes inspirations. Pas de bruit de succussion. L'enfant ne prend plus rien; la diarrhée a cessé. Température : 39°,8. Le soir, 40 degrés.

29 juin. Hier soir l'état s'est aggravé, si c'était possible. L'enfant a succombé dans la nuit à l'asphyxie progressive.

Autopsie. — Rien de remarquable dans le péritoine, ni à la surface de l'intestin.

Plèvre droite. Saine, sans épanchement ni fausses membranes.

Poumon droit. Congestion et broncho-pneumonie presque pseudo-lobaire. Nodules blancs caséeux à la surface et dans la profondeur, du volume d'un gros grain de millet.

Plèvre gauche. Amas purulent et pseudo-membraneux à la fois, à la partie postérieure du sillon costodiaphragmatique formant une masse blanc grisâtre, très mobile, et qu'on enlève facilement à la pointe du scalpel. Cette masse paraît provenir de la caverne pulmonaire ouverte dans la plèvre. Parois pleurales blanches, un peu épaissies, humides, *mais pas de fausses membranes ni de liquide*. En somme *aucune réaction inflammatoire*.

Poumon droit. Refoulé en dedans mais maintenu à sa partie inférieure par une légère adhérence, il est réduit à un prisme triangulaire à face postérieure convexe; le feuillet viscéral est gris nacré, mais encore transparent. En l'examinant sur tous les points on arrive à découvrir sur la face *diaphragmatique* du poumon, à peu près au centre, une plaque blanc jaunâtre, et à l'une des extrémités de cette plaque, un *orifice* linéaire de 4 à 5 millimètres de long. En tiraillant un peu, on écarte les lèvres de l'orifice, et on en fait sourdre un pus de matière caséeuse. L'insufflation pratiquée sous l'eau fait sortir des bulles d'air par cet orifice.

A la coupe, le tissu pulmonaire est dur, carnifié, non crépitant; sur le bord antérieur, moins malade, on note de la broncho-pneumonie. Çà et là dans toute l'étendue de ce poumon, mais isolées et distantes les unes des autres, se trouvent de petites masses blanches, grosses comme un grain de chénevis, d'apparence caséeuse. Enfin dans le *lobe inférieur*, petite *caverne* des dimensions d'un haricot, allongée à peu près verticalement, à parois très irrégulières, pleine de matière caséeuse; elle s'étend jusqu'à la plèvre qui recouvre la base du poumon et est limitée en ce point par la plaque blanche déjà signalée qui n'est autre que la plèvre épaissie; elle s'ouvre dans la séreuse par l'orifice linéaire déjà décrit.

Ganglions bronchiques très volumineux et transformés absolument en matière caséeuse.

Cœur. Rien à noter.

Foie. Congestionné. A la coupe on trouve disséminés dans son tissu cinq ou six nodules *blanc verdâtre*, un peu mous, variant du volume d'une grosse tête d'épingle à celui d'un gros grain de chènevis. Le plus gros est transformé en une véritable caverne sphérique, située à 5 millimètres de la capsule. Les parois ont une épaisseur d'un demi-millimètre; quant au contenu, c'est un liquide fluide au centre, plus dense à la périphérie, et de couleur vert trouble. Par leur seul aspect ces néoplasmes paraissent s'être développés aux dépens de canalicules biliaires. Leur éloignement de la surface du foie porte à penser que ce sont des gommes.

Rate. Rien de notable.

Reins. Dilatation des vaisseaux, mais tissu pâle.

En somme, l'examen du poumon montrait des lésions dont l'apparence microscopique autorisait le doute entre la syphilis et la tuberculose, quoiqu'elle n'ait rien de l'aspect de la pneumonie syphilitique. Les cavernes cependant avaient absolument l'aspect d'une cavité tuberculeuse du poumon.

L'*examen histologique* nous a montré les lésions de la broncho-pneumonie, caractérisées par des amas de leucocytes et de cellules épithéliales dégénérées dans les alvéoles et dans les bronches, par l'accumulation de leucocytes autour de celles-ci; et montré la présence non douteuse de nodules tuberculeux à point de départ bronchique, présentant un centre caséeux, des cellules géantes en nombre important, et une zone externe d'éléments embryonnaires.

La recherche des bacilles par la méthode d'Erlich n'a pas fait constater de bacilles, mais les résultats de l'examen histologique sont suffisamment nets pour qu'on ne puisse douter de la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires.

Dans le *foie* nous avons constaté une prolifération conjonctive dans les espaces portes avec dilatation et congestion des vaisseaux, en somme, une sorte d'hépatite interstitielle au début.

Quant aux nodules verdâtres, ils étaient constitués à la périphérie par un tissu conjonctif jeune envahissant irrégulièrement les lobules; au centre, les cellules dégénérées formaient un amas caséiforme.

Ce cas de pneumothorax se rapproche beaucoup de ceux qu'on observe chez l'adulte aussi bien au point de vue du mécanisme que des signes physiques. La condition déterminante a été la rupture, dans la plèvre, d'une petite caverne située dans la partie inférieure du poumon. Si l'on s'en rapportait à ce qui existe habituellement chez l'adulte, on pourrait douter de la nature tuberculeuse d'une caverne occupant ce siège; mais on sait que chez l'enfant la tuberculose ne doit pas être cherchée seulement au sommet du poumon et que les parties inférieures peuvent être atteintes. D'autre part l'examen histologique a montré dans différents points du poumon et spécialement autour de la caverne les lésions propres à la tuberculose; il n'est donc pas douteux qu'il s'agisse d'une caverne tuberculeuse. L'examen histologique avait ici d'autant plus d'importance, qu'il s'agissait d'un enfant syphilitique présentant dans le foie des lésions qui ressemblent à celles de la syphilis, et l'on pouvait se demander si l'on n'avait pas affaire à des gommes du poumon.

L'examen à l'œil nu ne permettait pas de décider la question, qui n'a été tranchée que par l'examen histologique.

Je dois noter ici une particularité assez curieuse, qui a été fournie par M. Richardière : la mère de ce petit malade, en ce moment à la Pitié dans le service de M. Brouardel, est tuberculeuse au troisième degré et a été elle-même, dernièrement, atteinte de pneumothorax.

Quant aux symptômes, on sait que le pneumothorax chez l'adulte est souvent annoncé par une douleur parfois très vive, et par une oppression plus ou moins marquée, douleur et oppression survenant en général brusquement. Chez le jeune enfant ces symptômes font défaut; il n'y a pas à compter sur la manifestation de la douleur chez un enfant de seize mois, et quant à la dyspnée, elle s'explique suffisamment par la lésion pulmonaire qui précède le pneumothorax : aussi est-ce à juste raison qu'on a dit que chez les jeunes enfants le pneumothorax est insidieux. L'examen physique seul permet d'en constater l'existence.

Les signes physiques sont d'ailleurs les mêmes que chez l'adulte, mais il faut qu'on les trouve réunis pour affirmer le pneumothorax. Le tympanisme exagéré a beaucoup moins de valeur chez l'enfant, dont le thorax résonne si facilement, et chez lequel d'ailleurs il peut être dû à l'emphysème accompagnant la broncho-pneumonie. Le souffle amphorique peut aussi passer inaperçu si l'enfant respire faiblement; mais à part ces réserves, on peut dire que le pneumothorax même chez le jeune enfant se manifeste par les mêmes signes que chez l'adulte, et qu'un examen attentif en fera facilement constater l'existence.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

DÉTERMINATION DE L'ACIDITÉ ABSOLUE DES LIQUIDES DE L'ORGANISME; PHÉNOMÈNES RELATIFS A LA SATURATION DE L'ACIDE ORTHOPHOSPHORIQUE. Note de M. *Blarez*. — L'auteur a poursuivi les recherches, dont il avait fait connaître les premiers résultats, l'an dernier, lors du Congrès de l'Association française tenu à Grenoble. Aujourd'hui il communique à l'Académie les conclusions auxquelles de nouvelles expériences l'ont conduit :

1° La détermination exacte de la basicité absolue de l'acide phosphorique n'est pas possible, puisque cette basicité n'a rien d'absolu, qu'une molécule d'acide peut s'unir, suivant les circonstances, non seulement à un ou deux équivalents de base pour former des sels définis, mais encore à une plus grande quantité, laquelle varie avec les circonstances de milieu.

2° Ces expériences vérifient aussi exactement que possible ce qui a été dit par M. Berthelot à propos de l'acide phosphorique, à la suite de ses recherches calorimétriques sur ce corps.

3° L'acide phosphorique et les phosphates faisant partie des principes constitutifs des liquides animaux, il est impossible d'arriver rigoureusement à déterminer l'acidité absolue de ces liquides en présence de corps prenant, selon les conditions du milieu, une quantité variable de base pour une neutralisation théorique.

DU RÔLE PHYSIOLOGIQUE DU TISSU PULMONAIRE DANS L'EXHALATION DE L'ACIDE CARBONIQUE. Note de M. *L. Garnier*. — Les recherches auxquelles l'auteur vient de se livrer lui ont donné les résultats suivants :

1° Le tissu pulmonaire des bœufs et des moutons, haché avec de l'eau froide, donne, par expression, un liquide qui, bien que mélangé au sang alcalin, est toujours faiblement, mais nettement, acide.

2° Le tissu pulmonaire rendu exsangue par une injection d'eau distillée dans les vaisseaux, sur des chiens chloroformés, est encore faiblement acide et cette acidité n'est pas due à l'acide carbonique.

3° L'outremer bleu, injecté en pulvérisations dans les poumons de cobayes vivants, se décolore après un certain temps de séjour (vingt-six jours) dans le parenchyme, qui retient les éléments minéraux de la matière colorante, silice et alumine. Cette décoloration ne peut se produire qu'au contact d'un acide fort. La taurine, l'acide carbonique et les bases sont sans action.

D'où M. Garnier conclut ainsi : Il existe dans le tissu pulmonaire un corps à fonction acide, différent de la taurine, auquel doit être attribuée l'action de ce parenchyme sur les réactifs de coloration qu'il a mentionnés. Que ce corps soit ou non l'acide pneumonique de Verdeil, le fait de l'acidité du poumon a en lui-même une grande importance physiologique.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Boell* envoie une *Note* manuscrite sur Colon et Panama au point de vue de l'hygiène publique. (Commission : MM. *Rochard* et *Le Roy de Méricourt*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Saint-Philippe* (de Bordeaux) une *Note* imprimée sur *un cas de convulsion épileptiforme survenue pendant un lavage de la plèvre;* 2° un ouvrage de M. le docteur *Margulius* (de Bucharest) sur *le traitement du tétanos par le chloral hydraté*.

M. *Armand Gautier* présente : 1° la thèse d'agrégation de M. *Lambling*, sur *les origines de la chaleur et de la force chez les êtres vivants ;* 2° la thèse d'agrégation de M. *Hugonnencq*, sur *les alcaloïdes d'origine animale*.

M. *Cornil* dépose plusieurs monographies de M. le docteur *Nicolas* sur les eaux du Mont-Dore, notamment sur l'innocuité de l'air des salles d'inhalation au point de vue de la transmission de la tuberculose.

M. *Vidal* fait hommage des *Leçons sur la syphilis*, professées à Lille par M. le docteur *Leloir*.

ALCOOLISME. — M. *Bergeron* vient appuyer les observations présentées à la dernière séance par M. Dujardin-Beaumetz en réponse à M. Gallard. Il se déclare tout d'abord hostile en principe et d'une manière absolue au vinage, ou plutôt, car l'expression est devenue tout à fait impropre, à l'alcoolisation des vins. C'était d'ailleurs l'opinion qu'il avait soutenue en 1870 devant l'Académie et que celle-ci n'accepta pas aussi complètement à cette époque. Quant au mouillage, il le considère comme une pratique frauduleuse et fait observer qu'elle a pour conséquence inévitable la suralcoolisation des vins. De plus, il n'est pas douteux que l'addition d'alcool dans le vin trouble l'harmonie des combinaisons nombreuses du vin ; cette substance ne s'y mêle pas intimement avec lui. M. Gallard objecte, il est vrai, que le personnel de la Compagnie des chemins de fer de Paris-Orléans fait usage pendant tout l'été d'une boisson alcoolisée sans en éprouver d'inconvénients, cela prouve seulement que 2,40 d'alcool, délayés avec des principes amers dans 1 litre d'eau, consommés en vingt-quatre heures par des manœuvres voués aux travaux les plus pénibles et exigeant de leur part une énorme dépense de force, sont insuffisants pour produire l'alcoolisme, surtout si cet alcool provient des premières marques. On prétend, en effet, d'autre part, que l'industrie parvient aujourd'hui à rectifier suffisamment les alcools pour les rendre inoffensifs ; mais ces alcools surfins sont à un prix tel que les négociants sont enclins à ne pas s'en servir dans la pratique. C'est aux alcools impurs, insuffisamment rectifiés, qu'on livre aujourd'hui à la consommation, incorporés au vin, aux liqueurs, etc., que l'on doit ces symptômes si graves de l'alcoolisme observé actuellement, de cette ivrognerie brutale et féroce qui a fait place à l'ivrognerie joyeuse et bruyante d'autrefois ; d'où la déchéance physique et morale, si manifeste, des générations nouvelles. C'est par horreur pour cette déchéance, dont l'alcool est l'agent le plus puissant, que M. Bergeron se déclare l'ennemi du vinage, aujourd'hui comme en 1870. Il adjure l'Académie de dégager, en adoptant cette manière de voir et en prévision de l'avenir, la part de responsabilité qui lui incombe en tant que gardienne de l'hygiène publique et morale des populations.

L'opposition si tranchée entre l'ivresse produite par le vin naturel et l'alcoolisme produit par les alcools de mauvaise nature n'a pas été, suivant M. *Léon Le Fort*, suffisamment indiquée par la Commission dans les conclusions qu'elle soumet à l'Académie ; il voudrait, puisque ces conclusions sont destinées à être transmises au Sénat, qu'il en fût fait mention d'une manière très nette, suivant une rédaction analogue à celle-ci, par exemple : l'abus fréquent du vin pur et naturel amène l'ivrognerie, l'abus de l'alcool, du vin suralcoolisé ou viné avec des alcools de mauvaise nature a de plus pour conséquence un empoisonnement chronique, qui se traduit par une maladie constitutionnelle, l'alcoolisme, capable de se transmettre héréditairement sous forme de maladies diverses.

Passant ensuite à la question du vinage, M. Le Fort approuve l'esprit, mais non la lettre de la première conclusion de la Commission, car il ne lui paraît ni juste, ni utile de présenter l'influence nuisible de l'alcoolisation des vins sous une forme aussi concise que celle qu'elle a adoptée. Nul n'ignore que les vins de l'est et du centre de la France doivent être additionnés d'alcool ; d'autre part, est-il possible de soutenir que 3 pour 100 d'eau-de-vie de vin les rendent toxiques, et si un viticulteur, dont le vin contient une

quantité insuffisante d'alcool, consent à en distiller la moitié pour alcooliser la seconde, aura-t-il donc fait une opération contraire à l'hygiène? Sans doute l'alcool se mélange plus qu'il ne se combine avec le vin; sans doute il serait préférable, si cela était possible, d'exiger, comme le voudrait M. Dujardin-Beaumetz, que le vin soit toujours naturel. Mais la Commission ne va pas si loin, puisqu'elle admet le sucrage des moûts, qui aboutit à l'alcoolisation des vins; d'un autre côté, l'introduction des raisins secs dans la fabrication des vins a bien aussi à ce point de vue des analogies avec le sucrage. La vérité est que la consommation du vin excède aujourd'hui la production de 10 519 957 hectolitres et que, l'alcoolisation des vins devenant souvent une nécessité, il serait plus conforme à la réalité et plus logique de rédiger comme suit la déclaration demandée à l'Académie: Au point de vue exclusif de l'hygiène, le vinage des vins insuffisamment alcooliques, dans le but de permettre leur transport et leur conservation, ne saurait être considéré comme nuisible lorsqu'il est fait avec de l'eau-de-vie de vin; malheureusement on est obligé de reconnaître que le vinage ne se pratique guère aujourd'hui qu'avec des alcools autres que ceux du vin; qu'il devient dès lors une véritable falsification dont le résultat est trop souvent de compromettre la santé publique et de provoquer l'alcoolisme. L'Académie croit donc qu'il serait prudent de ne tolérer aujourd'hui que le sucrage des moûts par l'adjonction des raisins secs ou de sucre cristallisé. Quant au mouillage, M. Le Fort fait remarquer que, bien qu'il puisse être considéré comme un excellent moyen pour prévenir l'alcoolisme, il ne sert dans la pratique qu'à pallier le vinage à l'aide d'alcools de mauvaise nature; aussi doit-il être proscrit.

Bien que la Commission ait déclaré dans le rapport de M. Rochard que l'Académie n'avait pas à se préoccuper du côté fiscal de la question, elle n'en propose pas moins, par la troisième conclusion, d'abaisser de 15 à 12 degrés la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe. C'est là une mesure fiscale au premier chef, dont M. Léon Le Fort tient à montrer les inconvénients et le danger; car il serait faux de prétendre que tous les vins qui ont plus de 12 pour 100 sont des vins suralcoolisés et, par suite, mauvais au point de vue de l'hygiène. Or, tous nos grands crus de Bourgogne contiennent dans les bonnes années plus de 12 pour 100 d'alcool, et M. Boussingault, dans ses analyses des échantillons de vins envoyés à l'Exposition de 1878, a trouvé chez la plupart de ces vins, d'excellente qualité, un titre alcoolique supérieur à 12 degrés. Une telle surtaxe frapperait non seulement les vins de haut prix, mais encore indirectement les vins moyens des départements du Midi, qu'il faut additionner d'alcool. Il est trois moyens pour y arriver, le vinage, le coupage et le sucrage des moûts; or on ne saurait condamner le second au nom de l'hygiène, car l'Assistance publique dans le vin très présentable qu'elle fournit à ses malades, tolère jusqu'à 25 pour 100 de vin d'Espagne; et si l'on surtaxe, on n'aura fait que substituer le vinage au coupage. On diminuera de 3 pour 100 l'alcool introduit en franchise; mais l'alcool surajouté sera toujours de l'alcool américain, allemand; on mouillera, on vinera avec l'alcool allemand à 15 au lieu de 12. Ce qu'il faut, c'est viser la qualité de l'alcool introduit et consommé plutôt que sa quantité; surtaxer dans de telles conditions, ce serait porter atteinte à la vente et à l'exportation des meilleurs crus; aussi la conclusion de la Commission est-elle insuffisante pour l'interdiction des vins falsifiés et elle n'est pas justifiée par l'hygiène. M. Le Fort demande donc que des laboratoires de vérification soient installés à la frontière en des points de pénétration assignés aux vins étrangers et que ces laboratoires soient chargés de repousser l'admission sur notre territoire des vins suralcoolisés, falsifiés par l'addition d'alcools de mauvaise nature ou colorés artificiellement.

M. *Brouardel* fait observer que le vin est le produit de la fermentation alcoolique du jus de raisins frais, qu'il a la composition et tous les avantages d'un aliment vivant, si bien que l'adjonction brusque de quelques degrés d'alcool le trouble aussitôt; la matière colorante se précipite, ainsi qu'une partie de l'extrait, du tanin, du tartre, etc.; d'où la diminution des matières extractives sous l'influence du vinage. On sait d'ailleurs qu'il existe des rapports presque constants entre l'extrait, l'alcool et l'acidité; la somme de l'alcool et de l'acidité donne un poids qui atteint toujours au moins 13 ou 14 pour 100; de sorte que si l'alcool augmente, c'est aux dépens de l'extrait et de l'acidité. Dumas disait qu'il faut des années pour que l'alcool surajouté au vin s'y incorpore. Jusque-là la bouteille de vin viné que l'on boit peut être considérée comme contenant du vin plus un petit verre d'eau-de-vie apporté clandestinement sur la table. D'autre part, on l'a déjà dit à la tribune du Parlement, une telle pratique a pour conséquence directe la dépréciation de nos vins de qualité qui ne peuvent généralement pas supporter le vinage et l'un des partisans avérés de celui-ci reconnaissait qu'il était inutile de viner à plus de 3 pour 100 dans l'intérêt même de la conservation du vin. Cependant les traités qui lient la France autorisent l'entrée à 15°,9; aussi n'achète-t-on plus aujourd'hui le vin selon ses qualités, selon son goût, mais bien plutôt suivant son degré alcoolique, quoique le vin à 16 degrés ne soit pas buvable. Il en résulte qu'on le dédouble avec l'eau. Mais en saturant le vin par ses carbonates terreux, en oxydant les matières astringentes par son oxygène, l'eau altère le goût du vin qui devient plat, l'acidité diminue, la conservation est rendue difficile, et il est transformé en un liquide s'altérant assez rapidement s'il n'est pas immédiatement consommé, sans compter l'influence des germes d'altération ou ferments qu'apportent avec elles la plupart des eaux. En outre, les vins ainsi traités manquent de couleur, on leur ajoute alors des colorants, qui le plus souvent sont artificiels et toxiques. Ainsi grâce au vinage, au coupage, au mouillage, pratiques qui s'enchaînent, le vin entre en fermentation avec une extrême facilité; il subit dans l'estomac la fermentation acétique; c'est là qu'il faut voir la cause de ces dyspepsies flatulentes, de ces affections du foie, de ces dilatations de l'estomac, de ces néphrites interstitielles, si fréquentes aujourd'hui.

Il est facile de se rendre compte de l'importance du vinage sur nos vins: en 1878, il entrait d'Espagne en France, 94600 hectolitres; en 1882, il en entre 6 500 000 hectolitres; d'autre part, l'importation d'alcool allemand en Espagne, qui était en 1878 de 71 000 hectolitres, s'est élevée en 1882 à 333 000 hectolitres, en corrélation exacte avec les oscillations de l'importation des vins d'Espagne en France. Et tous ces alcools sont nuisibles; on sait toute l'impureté des alcools du commerce, mais les eaux-de-vie mêmes qu'on destine au vinage, on les fait exclusivement aujourd'hui avec de mauvais vins, malades, passés ou en fermentation secondaire, contenant par suite de mauvais alcools provenant de ces fermentations. Ainsi que le disait M. Berthelot à la Commission du ministère de l'agriculture, il faudrait au moins exiger que l'alcool consommé soit absolument pur. Remarquons aussi que s'il n'est pas difficile de reconnaître qu'un vin ou un alcool contient des produits impurs, il est actuellement impossible de reconnaître pratiquement et rapidement la quantité et la nature de ces produits; pour les déterminer, il faudrait 20 litres d'alcool à un chimiste expérimenté; aucune tolérance ne doit donc être acceptée, pas même celle d'un millième que demande la Commission, sans quoi toute surveillance deviendrait impossible. Ce qu'il convient aujourd'hui d'obtenir, c'est que le vin ne puisse exposer ceux qui le consomment à cette intoxication lente, par petites doses, que déterminent les alcools de mauvaise qualité si communément employés, grâce au vinage, que le sucrage des moûts

si mal pratiqué d'ordinaire se fasse dans d'excellentes conditions et ne soit plus une opération suspecte, que le mouillage n'entraîne pas fatalement à des pratiques funestes. Aussi, M. Brouardel votera-t-il les deux premières conclusions proposées par la Commission, de même que la troisième et la cinquième; mais il propose, en ce qui concerne la quatrième, qu'aucune tolérance ne soit accordée et que l'Académie déclare que les alcools entrant dans la consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs doivent être absolument purs. En prohibant d'une façon complète l'entrée dans la consommation d'alcools impurs, on écarterait certainement l'une des causes les mieux démontrées des lésions d'origine alcoolique. Serait-il à craindre, comme le croit M. Le Fort, qu'en abaissant la surtaxe à 12 degrés, ceux de nos vins naturels, plus alcoolisés, soient soumis à des droits complémentaires ou reconnus dangereux? nullement, car le gouvernement a maintes fois déclaré que de tels vins seraient toujours, par un règlement d'administration publique, exempts du droit de surtaxe.

M. *Ernest Besnier* demande que l'alcoolisation du cidre et de la bière soit soumise aux mêmes restrictions que celles qui sont demandées pour le vin. — La discussion continuera dans une séance ultérieure.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT

Epidémie de rubéole, par M. Desplats (de Lille) : M. Desnos. — A propos de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose : MM. Troisier, Ferréol, Legroux, Dieulafoy, Letulle. — Pneumothorax chez des enfants du premier âge : M. Sevestre. — Paraplégie du mal de Pott guérie. Eventration consécutive à l'opération d'un kyste hydatique du foie (présentation de malades) : M. Gérin-Roze.

M. *Desnos* donne lecture, au nom de M. Desplats (de Lille), d'une note sur une épidémie de *rubéole*. Cette maladie, importée de Douai à Lille par une jeune fille, le 12 mai, a évolué sous forme épidémique, se montrant transmissible et contagieuse à la façon des autres fièvres éruptives ; son incubation a varié de quinze à vingt jours ; elle a frappé surtout les sujets de dix à quinze ans ; elle s'est montrée cependant à six mois et à vingt ans. Son apparition est brusque et n'est précédée ou accompagnée d'aucun malaise ; à peine existe-t-il un peu de chaleur et de démangeaison à la face ; pas de catarrhe oculo-nasal ou bronchique. Ordinairement, elle ne s'accompagne pas de fièvre ; dans quelques cas, on observe un très léger mouvement fébrile pendant deux ou trois jours. L'éruption se montre d'abord sur la face, qui est le siège d'un gonflement de moyenne intensité, assez rapide ; ce sont des taches très analogues à celles de la rougeole ; on en voit aussi sur le cou, le tronc, et quelques-unes sur les membres. On observe toujours une adénopathie mastoïdienne, qui précède même l'éruption ; fréquemment, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont également atteints ; quelquefois même, les ganglions axillaires et inguinaux. On trouve dans ce fait le cachet d'une maladie infectieuse. L'éruption, qui dure au plus deux ou trois jours, est suivie d'une desquamation furfuracée plus ou moins apparente ; l'engorgement ganglionnaire disparaît lentement. C'est une maladie spécifique, que l'on ne doit pas confondre avec la rougeole ou la scarlatine.

— M. *Desnos* donne connaissance d'une lettre de M. Leudet (de Rouen), qui adresse à la Société ses travaux sur *la curabilité de l'ascite des alcooliques*, et insiste sur ce fait que l'ascite paraît, en pareil cas, devoir être rapportée à l'irritation péritonéale consécutive à une inflammation subaiguë des voies digestives.

M. *Troisier* a reçu, depuis la séance dernière, deux observations relatives à la disparition de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique. L'une, communiquée par le docteur Descouts, est celle d'un homme de quarante ans, alcoolique, présentant un épanchement ascitique considérable, avec œdème des membres inférieurs, ictère, urines rares et foncées ; M. Vulpian, appelé en consultation, diagnostiqua une cirrhose atrophique, bien que le volume du foie fût masqué par l'abondance de l'épanchement, et porta un pronostic grave. M. Descouts ne put suivre le malade ; mais il eut occasion de constater, dix-huit mois plus tard, sa guérison. Des accidents analogues, suivis également de la disparition de l'ascite, se seraient montrés quatre ans auparavant chez ce même malade. La seconde observation, recueillie par le docteur Demontporcelet, est celle d'un homme qui souffrait, depuis quatre à cinq ans environ, de douleurs abdominales, et chez lequel M. Siredey avait porté le diagnostic de cirrhose alcoolique. Il présentait de l'ascite avec œdème des jambes, urines rougeâtres, épistaxis ; le foie était petit. Sous l'influence du régime lacté et des purgatifs répétés, l'ascite disparut et la guérison sembla complète. Depuis lors, sont apparus des signes de tuberculose pulmonaire non douteuse ; aussi, pourrait-on se demander s'il ne s'est point agi, dans ce cas, de la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse, terminée par la guérison. Pour interpréter les faits de ce genre, il faut tout d'abord déterminer l'origine de l'ascite ; or Lancereaux a décrit une péritonite alcoolique chronique, et Leudet a émis la même opinion ; M. Dieulafoy a également attribué l'ascite, du moins en partie, à une lésion des origines périphériques de la veine porte. On pourrait, dès lors, expliquer la disparition de l'ascite chez les alcooliques par la guérison de l'irritation péritonéale, indépendamment de la marche des lésions de cirrhose hépatique. M. Troisier serait tenté, pour sa part, d'admettre la rétrocession de l'exsudation subaiguë périlobulaire formée dans le foie, et la disparition corrélative de l'ascite dont cet exsudat avait été la cause productrice directe. Quoi qu'il en soit, on est conduit par les faits à regarder comme un peu moins sombre le pronostic de la cirrhose alcoolique.

M. *Féréol* rappelle que le malade dont il a parlé présentait tous les symptômes de la cirrhose atrophique : ascite, dilatation veineuse des parois abdominales, qui disparut après la ponction, foie petit, urines foncées. Il s'agissait d'un alcoolique, faisant presque parade de ses habitudes d'intempérance.

M. *Legroux* revient sur l'observation du malade diabétique et cirrhotique qu'il a communiquée dans la dernière séance. Il a été obligé de pratiquer, il y a six jours, une nouvelle ponction, qui a donné issue à seize litres d'épanchement ; il a pu, aussitôt après, constater très nettement que le foie présente à peine huit centimètres de hauteur chez cet individu de grande taille. L'ascite s'est donc, dans ce cas, reproduite lentement, pour arriver à un volume considérable.

M. *Dieulafoy* a recueilli trois observations analogues. La première est celle d'une femme qui présentait les signes d'une cirrhose de Laennec vulgaire ; son ascite, qui avait acquis en deux mois et demi un volume notable rendant la paracentèse imminente, rétrocéda rapidement à la suite d'un flux diarrhéique spontané, très intense ; l'épanchement disparut en huit ou dix jours. La malade ayant succombé peu de mois après à la tuberculose, l'autopsie permit de constater une cirrhose atrophique des plus évidentes. La seconde observation a trait à un malade, ponctionné deux ans auparavant à l'hôpital Tenon ; c'était un alcoolique offrant un épanchement abdominal abondant ; le foie ne semblait pas modifié dans son volume ; il n'y avait pas de dilatation veineuse cutanée. Le diagnostic de cirrhose de Laennec paraissait vraisemblable : la ponction fut pratiquée et le liquide ne se reproduisit pas. L'ascite essentielle est

tellement exceptionnelle que l'on est en droit d'admettre une cirrhose atrophique chez ce malade, bien qu'il n'ait pu être suivi davantage. Dans la troisième observation, il s'agit d'un brightique atteint de cirrhose au cours du mal de Bright. Le foie tout d'abord augmenta de volume, se rétracta bientôt, et l'ascite se développa lentement, mais acquit un volume considérable. La ponction fut faite et le liquide ne reparut pas : le malade mourut deux ans plus tard d'accidents brightiques épileptiformes. Pour fixer la valeur de faits semblables, il faut déterminer le mécanisme de l'ascite dans la cirrhose du foie. Certes, on doit tenir grand compte de l'obstacle mécanique à la circulation porte : les notions de physiologie pathologique et la dilatation supplémentaire des veines cutanées plaident dans ce sens ; mais il faut aussi admettre d'autres causes. En effet, on voit parfois l'ascite se montrer comme premier symptôme d'une cirrhose atrophique, alors que l'obstacle mécanique au niveau du foie est absolument insuffisant pour en expliquer la production. D'autre part, cet obstacle peut exister, très marqué, sans entraîner l'ascite. Lécorché a constaté, à l'autopsie d'un cirrhotique sans ascite, une sclérose type du foie. Dans un autre cas, chez une femme cirrhotique, sans ascite ni dilatation veineuse, qui succomba à un érysipèle, on reconnut la sclérose avancée du foie et l'absence de tout liquide intrapéritonéal. — Il existe donc, en pareil cas, des causes d'ascite autres que l'obstacle mécanique à la circulation veineuse. Ce sont d'abord les lésions de péritonite localisée, de périhépatite, ou même de péritonite subaiguë plus ou moins diffuse ; ce sont enfin des altérations des rameaux d'origine de la veine porte. Il s'agit d'une périphlébite, analogue à celle qui existe dans le foie ; elle a été constatée par M. Dieulafoy et M. Giraudeau dans quatre cas où il n'existait pas de péritonite. Les parois des racines de la veine porte sont doublées ou triplées de volume, par suite de la sclérose de la tunique externe, les autres tuniques ont disparu ; dans quelques points, on voit des prolongements fibreux, vestiges de la veine, unis à d'autres prolongements voisins et enserrant l'artériole et le rameau nerveux. Peut-être des lésions semblables pourraient-elles expliquer aussi les hémorrhagies du tube digestif qui surviennent souvent au début de la cirrhose du foie. On est dès lors amené à se demander si la disparition de l'ascite au cours de la cirrhose n'est pas un indice de lésion intra-hépatique encore peu avancée et de rétrocession des lésions péritonéales ou veineuses extrahépatiques.

M. *Letulle* rapporte deux observations dans lesquelles l'ascite a disparu chez des cirrhotiques, à la suite d'une ponction dans le premier cas, et d'un purgatif drastique dans le second. Il a fait analyser le liquide ascitique extrait par la ponction chez une femme alcoolique atteinte de cirrhose du foie ; ce liquide renfermait 51 pour 100 de matières solides, 50 à 60 de substances albuminoïdes, 5,25 de sels et 0,25 de fibrine. Or, ces chiffres, comparés à ceux que Frerichs a établis pour la péritonite simple ou la péritonite compliquant la cirrhose, et, rapprochés d'autre part de ceux qu'a fournis l'analyse de l'ascite œdémateuse des cardiaques cachectiques, montrent nettement que la composition de l'épanchement des cirrhotiques est très voisine de celle de l'exsudat péritonitique. Aussi M. Letulle est-il conduit à considérer l'ascite, en pareil cas, comme le résultat d'une hydropéritonite séreuse subaiguë.

— M. *Vidal* donne lecture de son rapport sur la candidature du docteur Fredet (de Clermont-Ferrand). La commission conclut à l'inscription de M. Fredet sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

— M. *Sevestre* donne lecture d'un mémoire sur le *pneumothorax chez les enfants du premier âge*. (Voy. p. 507.)

— M. *Gérin-Roze* présente le malade atteint de mal de Pott avec paraplégie, dont il a donné l'observation dans la séance du 11 juin. Aujourd'hui, la guérison est presque complète et le malade marche assez bien en s'appuyant sur une canne. — Il présente également le malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique du foie par la méthode de Récamier modifiée (séance du 26 février). Il s'est produit une éventration et une hernie au niveau de la cicatrice abdominale, le foie s'étant rétracté sous les côtes.

M. *Féréol* est d'avis que ce fait plaide en faveur de l'emploi de la laparotomie pour la cure de ces kystes volumineux. Ici les adhérences ont été évidemment insuffisantes et se sont rompues lorsque le kyste, en se rétractant, a exercé sur elles une traction énergique. Lorsqu'on pratique la laparotomie, on unit solidement par une suture les lèvres de l'incision du kyste et celles de l'incision abdominale ; l'adhérence demeure intime par la suite, et les intestins ne peuvent venir presser sur la cicatrice de la paroi et la distendre ; il ne peut donc y avoir d'éventration consécutive en pareil cas.

— La séance est levée à cinq heures.

André PETIT.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Observation de strongle géant chez l'homme : M. R. Blanchard. — Sur l'emploi local des préparations mercurielles dans le traitement des syphilides : M. Hallopeau. — Sur les phénomènes de sensibilité récurrente : M. Laborde. — Résultats de l'ablation des centres psycho-moteurs chez le chien : M. Dupuy. — De l'odeur de la punaise de lit : M. Kunckel d'Herculais. — Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire : M. Galippe.

M. *R. Blanchard* apporte une observation authentique de strongle géant chez l'homme. Le parasite a été trouvé dans la vessie, à une autopsie faite à la Faculté de Bucharest ; le ver est conservé au musée d'anatomie de la même ville, où M. Blanchard a pu l'étudier. C'est bien d'un strongle géant femelle qu'il s'agit, et cette observation a son importance, étant données les contestations actuelles sur la présence de ce parasite chez l'homme. Malheureusement, M. Blanchard n'a pu recueillir de renseignements sur l'histoire clinique de l'individu porteur de ce parasite.

— M. *Hallopeau* constate, à propos de la communication faite par M. Gilles de la Tourette dans la dernière séance, que M. Diday a indiqué avec détails le procédé de traitement des syphilides par les bains locaux de sublimé. De même, dès 1884, M. Doutrelepont a employé le même moyen contre le lupus. Enfin, M. Hallopeau lui-même s'est servi, depuis quinze mois, de ce mode de traitement contre les syphilides et le lupus.

— M. *Laborde* a eu l'occasion, depuis longtemps déjà, de faire diverses séries d'expériences relatives à la sensibilité récurrente. Il ne veut qu'établir aujourd'hui la généralité du phénomène : quand un tronc nerveux est sectionné, il y a toujours dans le bout périphérique des fibres non dégénérées. Ce sont des fibres récurrentes, venues des racines postérieures et passant par un autre tronc nerveux. Lorsque le chirurgien réunit les deux bouts du nerf sectionné, ces fibres se réunissent aux fibres non dégénérées du bout central. Ainsi s'explique le retour presque immédiat de la sensibilité après cette opération.

— M. *Dupuy* présente un chien auquel il a enlevé les centres psycho-moteurs, il y a quelque temps. Ce chien a complètement recouvré la vue ; les autres formes de sensibilité paraissent également normales. D'après M. Dupuy, il n'offrirait pas non plus de troubles moteurs caractéristiques.

— M. *Künckel d'Herculais* a étudié l'appareil odoriférant de la punaise de lit. Cet appareil est constitué par des glandes cutanées, formées par un repli de la peau et se compose d'une paire de bourses allongées, appendiculées, d'égale longueur, symétriquement disposées de part et d'autre de la ligne médiane, thoracique et sternale. La présence de ces glandes en cet endroit est le criterium du développement complet de l'animal.

— M. *Galippe* a analysé un calcul salivaire provenant de la glande sous-maxillaire d'un homme. L'intérêt de ce fait, c'est que dans des liquides appropriés, ensemencés avec des fragments de ce calcul, M. Galippe a pu recueillir un parasite, qu'il a ensuite cultivé et isolé. Il a pu aussi faire la même expérience avec des calculs rénaux. Ces recherches, rapprochées de ses recherches antérieures et dont M. Galippe a déjà communiqué les résultats à la Société, semblent donc démontrer que ces parasites paraissent être les agents de la formation des calculs.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1886.— PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU, VICE-PRÉSIDENT.

Effets dynamogènes des excitations visuelles : M. Féré. — De l'inhibition en général : M. Brown-Sequard. — Influence de la lumière solaire sur les matières organiques : M. Duclaux. — Système dentaire du daman : M. Lataste.— Rôle du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique : M. L. Garnier. — De la dyspnée thermique : M. Ch. Richet.

M. *Féré*, poursuivant ses études sur les effets dynamiques des excitations sensitives et sensorielles, expose aujourd'hui les résultats des recherches qu'il a faites à ce point de vue sur l'action des excitations visuelles. On sait que, par l'exercice d'un sens, on arrive très bien à développer la sensibilité propre, spéciale, de ce sens. Or il est des hystériques qui sont privés de la notion de certaines couleurs, qui n'ont jamais vu telle ou telle couleur. D'autre part, M. Féré a déjà établi que la couleur la plus excitante, la plus dynamogène, est la couleur rouge. Il s'est donc demandé si, en soumettant un sujet donné à l'influence excitante du rouge, il ne développerait pas chez lui la sensibilité à d'autres couleurs. Ces expériences, réalisées sur un certain nombre de sujets, ont fourni des résultats très démonstratifs. Les sujets, après avoir regardé pendant plusieurs minutes à travers des carreaux rouges, arrivaient à distinguer les nuances diverses d'une même couleur et même des couleurs qu'ils n'avaient jamais vues auparavant. Le résultat est identique, si on se contente de suggérer aux sujets en expérience qu'ils regardent à travers des carreaux rouges.

— M. *Dumontpallier* lit une note de M. *Brown-Sequard* sur l'inhibition en général. On a admis pendant longtemps, quand on observait la suppression d'une fonction à la suite de la destruction d'une partie du système nerveux, que le siège de cette fonction se trouvait dans cette partie lésée. Aujourd'hui, depuis les recherches faites sur les phénomènes inhibitoires, il faut se demander toujours si l'effet observé n'est pas dû à une action inhibitoire tenant à l'irritation des parties lésées. C'est ainsi que M. Brown-Sequard a pu expliquer l'anesthésie et l'hyperesthésie, consécutives aux hémisections de la moelle.

— M. *Duclaux* signale une relation intéressante qu'il croit avoir observée entre les phénomènes biologiques et l'action de la lumière solaire. On connaît l'action dépressive, puis rapidement mortelle de cette lumière sur les microbes. Or, elle agit sur les matières organiques en général, à la manière des ferments. Ainsi la saccharose, même en solution légèrement acide, est intervertie, puis donne de l'acide acétique, de l'acide carbonique, etc., et donne enfin des qualités appréciables d'alcool.

— M. *Lataste* communique les résultats de ses recherches sur le système dentaire du daman.

— M. *Gley* expose, au nom de M. Léon Garnier (de Nancy), ses expériences sur le rôle du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique. On sait que l'oxygénation du sang veineux dans les poumons, sa transformation en sang artériel, se comprend très facilement, étant données la tension du gaz dans l'air alvéolaire et l'affinité de l'hémoglobine pour ce gaz. Il n'en est pas de même du dégagement de l'acide carbonique du sang veineux. Outre que sa tension dans l'air du poumon est assez forte, il résulterait des recherches de Wolffberg et Nussbaum que la tension du gaz carbonique dans le sang venant du cœur serait à peu près la même que celle du gaz libre dans les alvéoles; d'ailleurs M. P. Bert a démontré que, même au contact de l'air pur, le sang veineux ne perd que très lentement son acide carbonique et que l'influence du vide n'accélère le dégagement qu'à de basses pressions. Il s'ensuit que le départ de CO^2 se trouve soumis aux conditions physiques les plus défavorables et qu'il y a lieu de chercher si une action chimique n'intervient pas pour provoquer ce dégagement au contact de l'air des alvéoles. Les recherches de M. Léon Garnier l'ont conduit aux résultats suivants : 1° Si l'analyse chimique du poumon ne lui a pas permis d'en extraire un acide déterminé, il a du moins constaté sur trois poumons de bœuf et de mouton très frais, que le tissu pulmonaire, haché avec de l'eau froide, donne, par expression, un liquide qui, bien que mélangé au sang alcalin, est toujours faiblement mais nettement acide. 2° Le tissu pulmonaire, rendu exsangue par une injection d'eau distillée dans les vaisseaux, sur des chiens chloroformés, est encore faiblement acide et cette acidité n'est pas due à l'acide carbonique. 3° L'outremer bleu, injecté en pulvérisations dans le poumon de cobayes vivants, se décolore après un certain temps de séjour dans le parenchyme, qui retient les éléments minéraux de la matière colorante, silice et alumine. Cette décoloration, déjà indiquée par Dressler, ne peut se produire qu'au contact d'un acide fort; la taurine du poumon, l'acide carbonique et les bases sont sans action.

La conclusion de M. Garnier est la suivante : il existe dans le tissu pulmonaire un corps à fonction acide, différent de la taurine, auquel doit être attribuée l'action de ce parenchyme sur les réactifs de coloration mentionnés. Que ce corps soit ou non l'*acide pneumique* de Robin et Verdeil, le fait de l'acidité du poumon a en lui-même une grande importance physiologique. En un mot, s'il est difficile d'expliquer par une simple action physique le passage de l'acide carbonique du sang veineux dans l'atmosphère des alvéoles, la tension de dissociation de ce gaz étant contre-balancée en partie, sinon même totalement, par la tension propre à CO^2 qui existe déjà dans les alvéoles, cette difficulté disparaît, si le tissu pulmonaire est acide. Dans ce cas, une réaction doit se produire entre cet acide et les combinaisons carboniques du sang veineux (bicarbonate de soude et phosphocarbonate de soude), réaction qui aboutit à la mise en liberté du gaz carbonique qui acquiert ainsi une tension de beaucoup supérieure à la simple tension de dissociation qu'il possède dans les combinaisons mentionnées.

— M. *Ch. Richet* a fait de nouvelles expériences qui confirment les résultats de ses recherches précédentes sur la dyspnée thermique. En exposant deux chiens au grand soleil, le premier étant libre de respirer à sa guise, le second ayant été fortement muselé, il a vu la température de ce dernier s'élever à 44°,75, tandis que celle du premier ne s'élevait, en trois heures de temps, qu'à 41°,7. En même temps survenaient chez le chien muselé de graves accidents hémorrhagiques; il s'est remis cependant, grâce à une série d'immersions dans l'eau froide. Ainsi on voit bien le rôle du refroidissement pulmonaire, de l'évaporation rapide résul-

tant de cette anhélation qui peut s'élever jusqu'à 250 respirations par minute chez les chiens respirant librement; dans ce cas, l'animal peut lutter contre l'hyperthermie; mais cette accélération de la respiration ne peut se produire que si l'orifice de la glotte est largement ouvert. L'influence de la muselière, dans les expériences de M. Richet, est toute mécanique.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la névrite segmentaire (*altérations des nerfs dans un cas de paralysie diphthéritique*), par MM. A. PITRES, professeur à la Faculté de Bordeaux, et L. VAILLARD, professeur au Val-de-Grâce. — A côté de la névrite parenchymateuse ordinaire, analogue à la dégénérescence wallérienne étudiée par Ranvier sur les nerfs sectionnés et qui se produit sur toute la longueur de la fibre nerveuse avec disparition de la myéline et du cylindre-axe, Gombault a décrit la névrite segmentaire péri-axile chez les cobayes intoxiqués par le plomb, dans l'atrophie musculaire protopathique, la sclérose latérale amyotrophique, la névrite traumatique, dans un cas de paralysie diphthéritique et un cas de paralysie ascendante aiguë. Elle a été également signalée par P. Meyer dans la paralysie diphthéritique.

Elle consiste en une véritable inflammation parenchymateuse localisée à un segment du nerf, ou même à plusieurs segments plus ou moins distants sur le même nerf, sans altération du reste de la fibre nerveuse au-dessus, au-dessous ou dans l'intervalle des segments atteints. L'altération porte sur la myéline et le protoplasma seuls; elle procède des extrémités et de la surface du segment vers sa profondeur; la myéline se résout en fines granulations émulsionnées dans un protoplasma abondant renfermant parfois de nombreux noyaux; enfin la myéline disparaît progressivement, mais le *cylindre-axe n'est jamais détruit*.

MM. Pitres et Vaillard rapportent une observation de paralysie diphthéritique généralisée, chez un tuberculeux, avec troubles sensitifs et douloureux, atrophie musculaire, diminution de l'excitabilité faradique. Ils ont constaté l'intégrité des centres nerveux, et l'association, sur les nerfs périphériques, de la névrite dégénérative banale et d'une névrite segmentaire particulière. La myéline se désorganise, comme l'a dit Gombault, par la périphérie du segment, en fines granulations, ordinairement réunies en amas arrondis contenant souvent au centre un noyau, et assez analogues aux corps granuleux de Glüge; elle disparaît progressivement, et il ne reste que la gaine de Schwann renfermant des noyaux ovoïdes, car *le cylindre-axe est détruit*.

On voit aussi dans la continuité de certaines fibres, normales par ailleurs, un ou plusieurs segments dégénérés comme le bout périphérique d'un nerf sectionné. Ainsi, toujours le cylindre-axe est détruit, sans que les segments situés au-dessus ou au-dessous paraissent en rien altérés; ce fait semble affirmer l'individualité anatomique et pathologique du segment nerveux.

Les lésions nerveuses périphériques dans la diphthérie sont, pour Déjerine, consécutives aux altérations premières des cellules des cornes antérieures de la moelle. Gombault les rapporte à la névrite segmentaire primitive, qui tantôt resterait péri-axile, tantôt détruirait le cylindre-axe et entraînerait des altérations sous-jacentes analogues à celles qui suivent la section d'un nerf. MM. Pitres et Vaillard sont d'avis que, si l'on rencontre ordinairement des névrites primitives diffuses, tout analogues à la dégénérescence wallérienne, dans d'autres cas, la diphthérie en particulier, on trouve sur certaines fibres la dégénérescence wallérienne sous forme segmentaire, et, sur certaines autres, cette névrite segmentaire spéciale qui n'en diffère que par le mode d'altération de la myéline: ce sont deux manifestations simultanées d'un même travail pathologique.

Il faut avoir soin de rechercher ces lésions sur toute la longueur du nerf, leur localisation en des points restreints les faisant souvent passer inaperçues à un examen trop superficiel. (*Archives de neurologie*, vol. XI, mai 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE.

(Troisième et dernier article.)

I. **Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques**, par M. le docteur F. BRUN, chirurgien des hôpitaux. Paris, 1886. G. Steinheil.

II. **Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques**, par M. Charles NÉLATON, chirurgien des hôpitaux. Paris, 1886. G. Masson.

III. **De l'ostéoclasie**, par M. le docteur Alfred POUSSON, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Bordeaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté de Paris. Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

I. Si la méthode antiseptique autorise des hardiesses considérables, elle n'est cependant pas indemne de tout inconvénient et M. Brun nous en donne la preuve. Tous les agents employés aux pansements actuels ont engendré des accidents. Tous sans doute ont parfois servi à masquer des revers dont ils ne sont pas toujours responsables; mais les faits sont toutefois réels. Leur importance est restreinte et contestée pour les substances peu employées encore, telles que le bi-iodure de mercure, le sous-nitrate de bismuth, les acides borique et salicylique, le chloral, l'iode, le chlorure de zinc (chap. IV, V et VI). Il n'en est pas de même pour l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé, et c'est d'eux surtout que s'occupe M. Brun dans trois chapitres successifs. Tous trois peuvent engendrer des accidents locaux, d'irritation simple (érythème, phlyctènes); plus spéciaux chez quelques sujets prédisposés (eczéma localisé ou même généralisé). A cette uniformité des accidents locaux on peut opposer la diversité, on dirait volontiers la spécificité des accidents généraux. Pour l'acide phénique, l'intoxication est aiguë ou chronique et aggravée à chaque pansement; pour en saisir les premières atteintes, Kuester insiste avec raison sur l'examen des urines. Les formes aiguës sont légères ou graves, foudroyantes même, le collapsus en hypothermie en est le phénomène capital. Au total M. Brun relève 50 pour 100 de morts, tout en reconnaissant que les cas graves sont publiés de préférence. Les formes chroniques sont fréquentes et bénignes. L'innocuité de l'iodoforme a d'abord été opposée à la nocuité de l'acide phénique; puis les accidents sont venus se mettre en série. Brun conteste leur division en aigus et chroniques, et n'admet que celle en légers et graves. Les phénomènes d'excitation cérébrale y précèdent le coma dans les cas mortels; l'apyrexie semble la règle; les troubles digestifs (inappétence, goût d'iodoforme dans la bouche) sont accentués; le rétablissement est toujours lent et est suivi d'un amaigrissement parfois excessif. Pour le sublimé, enfin, les avantages seuls furent connus jusqu'en 1883; puis les faits défavorables ont été observés. Dans une forme, on observe une éruption généralisée identique aux éruptions hydrargyriques décrites par Bazin. Dans l'autre forme, les accidents de stomatite, de diarrhée sont les principaux; associés à de l'agitation, puis au collapsus en même temps qu'à de l'oligurie avec albuminurie. Pour tous ces accidents, le chirurgien en est souvent la cause pour la véritable « débauche » qu'il fait du produit employé. Mais aussi il faut tenir compte et grand compte de l'état antérieur du patient. Ceux-là supportent mal les substances toxiques, dont les viscères sont déjà malades; le rein surtout, vu son rôle dans l'élimination, doit être considéré avec grand soin. Une observation particulièrement remarquable est celle où M. Brun nous montre un vieillard, déjà quelque peu lypémaniaque, atteint d'accidents cérébraux intenses dès qu'on le pansait à l'iodoforme.

II. C'est que, pour subir un traumatisme, mieux vaut être bien portant que malade, nous dit M. Nélaton, et il nous le prouve dans une classe de maladies pour lesquelles la tâche était difficile. Les travaux sont jusqu'ici peu nombreux, en effet, sur les connexions des maladies de cœur et des traumatismes. Lorsque le cœur est malade (première partie), il y a à étudier l'action du traumatisme sur le cœur et inversement. Pour cela, il faut avant tout savoir à quelle période en est la cardiopathie. D'abord elle est bien compensée (phase physique); puis le myocarde faiblit un peu et l'hémostase commence à devenir défectueuse (phase chimique); puis vient l'asynergie générale de la phase dynamique. Y a-t-il des phénomènes spéciaux chez les mitraux? La mort subite est-elle plus fréquente chez les aortiques? M. Nélaton ne se prononce pas. Mais il nous montre que, d'une manière générale, les traumatismes sont sans influence sur les maladies de cœur pendant les deux premières périodes; l'aggravent au contraire le plus souvent lors de la troisième, faisant naître des accès d'asystolie dont l'éventualité ne semblait guère redoutable auparavant. Pour cela, l'ébranlement nerveux surtout est intéressant, et les accidents réflexes ainsi produits sont disposés par M. Nélaton en quatre séries ingénieuses : pulmonaire (point de départ abdominal); cardiaque d'emblée (syncopes); cardio-pulmonaire; accidents inhibitoires nous conduisant au shok traumatique. Les hémorrhagies sont moins importantes. Quant aux intoxications chirurgicales, elles ont une tendance bien connue à produire de l'endocardite ulcéreuse sur des valvules déjà malades auparavant. A côté de cela, la lésion cardiaque est susceptible d'aggraver le traumatisme, en général par l'intermédiaire de l'œdème (scarifications des jambes et gangrène); ailleurs par la production d'hémorrhagies, dans lesquelles la crase sanguine joue sans conteste un rôle. Ces dernières complications survenant surtout chez les cardiaques cachectique ou asystolique ont peu d'intérêt au point de vue chirurgical, car on se borne alors aux opérations d'urgence; la question est plus importante pour les indications de l'anesthésie. M. Nélaton, s'appuyant sur de nombreuses expériences, dues surtout à M. Franck, la repousse lorsque le myocarde faiblit; pour s'en rendre compte, l'irrégularité des pulsations est un des meilleurs symptômes. La deuxième partie (traumatisme agissant directement ou indirectement sur un cœur sain et produisant une affection cardiaque secondaire) comporte moins de développements. Nous y voyons les lésions cardiaques définitives établies à la suite de plaies de cœur, de contusion thoracique avec ruptures partielles. Nous signalerons surtout le passage consacré aux cardiopathies réflexes d'origine périphérique après traumatisme du membre supérieur gauche.

III. Les thèses de MM. Brun et Nélaton nous sont une preuve qu'il ne faut prendre le bistouri que lorsqu'on ne peut pas obtenir la guérison par la méthode non sanglante. On a souvent la tendance, aujourd'hui, à ne plus guère perfectionner celle-ci et parfois l'on a tort. L'histoire récente de l'ostéoclasie et de l'ostéotomie le démontre et M. Pousson expose, avec une critique judicieuse, les pièces du procès. L'ostéotomie linéaire par la méthode de Macewen triomphait jusqu'au jour où Robin (de Lyon), bientôt suivi par Colin, nous a mis entre les mains un ostéoclaste dont nous pouvons diriger à notre gré les effets. L'ostéoclasie se fait suivant quatre principes, nous dit M. Pousson : pression verticale, flexion, traction, torsion. Ces quatre efforts sont diversement associés dans les différents procédés d'ostéoclasie tant manuelle qu'instrumentale, et l'auteur nous décrit en détails les appareils aujourd'hui employés. Ce n'est pas l'autopsie qui permet de vérifier leurs effets, mais l'expérimentation : elle prouve que nous agissons avec précision et que nous produisons des fractures nettes; M. Pousson a vérifié cela, à l'aide d'expériences personnelles, et pour l'appareil de Robin et pour celui de Colin. Il étudie ensuite les soins consécutifs (redressement immédiat ou tardif; immobilisation) et nous montre enfin que les accidents locaux et généraux sont à peu près nuls. Aussi l'ostéotomie n'est-elle plus toujours une méthode de choix, et certes c'est quelque chose que de voir Demons (de Bordeaux) converti à l'ostéoclasie. Telle est l'idée générale qui a guidé M. Pousson dans la première partie de sa thèse, où il envisage l'ostéoclasie en général. La seconde partie étudie les cas particuliers où le chirurgien a à interrompre la continuité du squelette. Nous sommes là en présence de faits multiples qui concernent les cals vicieux, les courbures rachitiques, les déviations latérales du genou, les ankyloses, les luxations irréductibles. Chacun de ces chapitres est construit sur un plan uniforme : 1° historique; 2° analyse des faits; 3° indications et contre-indication; 4° parallèle entre l'ostéotomie et l'ostéoclasie; le tout avec des tableaux consciencieux. On lira, avec fruit, pour les courbures rachitiques, les considérations sur le moment où il faut intervenir; pour le genu valgum, l'étude de l'effet sur l'articulation du genou. Peut-être, dans tout cela, l'auteur prend-il un peu trop parti pour l'ostéoclasie; il nous dit cependant, à propos du genu valgum, que pour l'ostéotomie la mortalité est à peu près nulle aujourd'hui; que par conséquent « les circonstances et aussi le tempérament chirurgical doivent dicter le choix à faire de l'une ou de l'autre méthode ». Tel est le résumé rapide de ce travail; conçu par un esprit méthodique : c'est à peine si nous avons besoin de le dire aux lecteurs de la *Gazette*, car M. Pousson leur est depuis longtemps connu.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Congrès français de chirurgie (2e session. — Paris, 1886).

La deuxième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, cette année, du 18 au 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine. Le succès du premier Congrès, malgré les lacunes inhérentes aux débuts d'une pareille entreprise, permet d'espérer de cette seconde réunion des chirurgiens français les plus heureux résultats pour les progrès de la chirurgie dans notre pays. En outre, la collaboration de plusieurs savants étrangers de langue française est déjà assurée et sera particulièrement précieuse.

Quatre séances seront consacrées à des *questions mises à l'ordre du jour*, trois au moins aux *questions diverses*.

Le Comité permanent a décidé que les mémoires dont les conclusions n'auraient pas été ainsi communiquées ne pourraient être lus qu'après les autres, et si le temps le permet seulement.

Tout mémoire n'ayant pas été lu ne sera pas publié.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux questions mises à l'ordre du jour ou faire toute autre communication sont priés d'en aviser le secrétaire général, M. le docteur Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris, avant le 15 août, *dernier délai*. Ils devront donner le titre de leur communication, et si possible *les conclusions*.

Les membres du Congrès obtiendront très probablement des Compagnies de chemins de fer une réduction de 50 pour 100 sur le prix de leur voyage à Paris. Un avis ultérieur leur fera connaître les formalités à remplir. Nous reproduisons ci-dessous la liste des principales communications qui seront faites au Congrès de 1886.

Première question : Nature, pathogénie et traitement du tétanos. — Docteur Vaslin (d'Angers), docteur Balestreri (de Gênes), docteur Thiriar (de Bruxelles), discussion. — Professeur A. Socin (de Bâle), discussion. Observations sur l'étiologie du tétanos tendant à donner les preuves que le tétanos est une maladie parasitaire.—Docteur Maunoury (de Chartres), discussion.

Deuxième question : De la néphrotomie et de la néphrectomie. — Docteur Jeannel (de Toulouse). Observation de néphrec-

tomie suivie de mort, où la tumeur rénale ne fut reconnue qu'au cours d'une laparotomie pratiquée pour une obstruction intestinale. — Docteur Péan (de Paris). Communication au sujet de la méthode relative à la néphrectomie et à la néphrotomie. — Docteur Jules Bœckel (de Strasbourg). Néphrectomie transpéritonéale pour kyste hydatique du rein. — Docteur Le Dentu (de Paris), docteur L. Championnière (de Paris), discussion. — Docteur Bouilly (de Paris). Trois observations de néphrotomie.

Troisième question : Des résections orthopédiques. — Docteur Mollière (de Lyon), docteur Vaslin (d'Angers), professeur Ollier (de Lyon), discussion.

Quatrième question : De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — Docteur Lagrange (de Bordeaux), discussion. Observation : arthrite traumatique du coude chez un homme de trente-cinq ans; résection sous-périostée; néoformation de l'olécrane; retour presque complet des mouvements normaux et de la force du bras. — Docteur Mollière (de Lyon), docteur J. Reverdin (de Genève), docteur Polaillon (de Paris), discussion.

Questions diverses. — Docteur Chénieux (de Limoges). Le drainage et la réunion primitive.

Docteur Terrillon (de Paris). De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire; conséquences au point de vue du kyste lui-même et des résultats opératoires.

Docteur Richelot (de Paris). De l'hystérectomie vaginale; indication et manuel opératoire.

Docteur Chaumier (Indre-et-Loire). La pseudo-scrofule au point de vue chirurgical.

Docteur Poncet (de Lyon). Des greffes osseuses dans les pertes des substances étendues du squelette.

Docteur Jules Hue (de Rouen). Rupture du périnée : de ses causes, de ses effets, des moyens de la prévenir.

Docteur Desnos (de Paris). Extirpation d'un papillome de la vessie par la voie hypogastrique.

Docteur Abadie (de Paris). Des procédés actuels de l'opération de la cataracte.

Docteur Galezowski (de Paris). De l'ophthalmotomie postérieure dans les épanchements sanguins et séreux intra-oculaires. — De l'emploi du thermocautère dans la chirurgie oculaire.

Docteur Chalot (de Montpellier). Sur la maladie de Paget : faux eczéma de l'aréole du sein. — Sur l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate : technique, indications et résultats.

Docteur J. Reverdin (de Genève). Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde.

Docteur Le Dentu (de Paris). Examen des procédés d'opération du varicocèle, d'après des observations personnelles.

Docteur Thiriar (de Bruxelles). Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale. — Présentation d'un individu opéré *in extremis* de colotomie.

Docteur Vaslin (d'Angers). Des modifications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, fractures et contusions. — Etude clinique sur l'ostéomyélite et son traitement.

Docteur Leriche (de Lyon). Tumeur coccygène congénitale.

Docteur Terrier (de Paris). De la cure radicale des hernies épigastriques non étranglées.

Docteur L. Championnière (de Paris). De la résection du genou. — De la trépanation des os atteints d'ostéite simple et tuberculeuse.

Docteur P. Reclus (de Paris). Sur une opération nouvelle de fistule recto-vaginale.

Docteur S. Pozzi (de Paris). Sur le diagnostic et le traitement des kystes du vagin.

Docteur A. Marchand (de Paris). Traitement chirurgical du prolapsus utérin.

Docteur Maunoury (de Chartres). De la température dans les maladies charbonneuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le ministre de l'instruction publique vient de décider la mise à la retraite par limite d'âge de MM. les professeurs Hardy, Sappey et Gavarret.

CONCOURS D'AGRÉGATION (PHYSIQUE, CHIMIE ET PHARMACIE). — Ce concours s'est terminé mercredi 21 juillet 1886, à six heures et demie du soir. Les candidats dont les noms suivent ont été proclamés agrégés des Facultés de médecine ci-après dénommées :

Physique. — Faculté de Lyon : M. Malosse. — Faculté de Montpellier : M. Diddlot.

Chimie. — Faculté de Paris : M. Villejean. — Faculté de Lille : 1. M. Lambling; 2. M. Morelle. — Faculté de Lyon : M. Hugounenq. — Faculté de Nancy : M. Guérin.

Pharmacie. — Faculté de Lille : M. Thibaut. — Faculté de Lyon : M. Florence.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Les médecins et les hommes de science que peuvent intéresser un Congrès d'hydrologie ou une visite des Pyrénées sont invités à se faire inscrire chez M. Laugier, au secrétariat général, hôtel des Ambassadeurs, rue Gambetta, à Biarritz, en envoyant la cotisation de 12 francs en bon sur la poste. Pour obtenir en temps opportun des cartes de circulation à 50 pour 100 de rabais sur le prix du chemin de fer, il est nécessaire de se faire inscrire avant le 1er septembre.

Le programme de l'exposition peut être réclamé à M. le docteur Delvaille, commissaire général, à Bayonne.

Pour les renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès, docteur F. Garrigou, à Luchon (Haute-Garonne), et au bureau du secrétariat général du Congrès, à Biarritz (Basses-Pyrénées).

Pour ce qui est des mémoires à présenter au Congrès, il est indispensable d'envoyer le titre et les conclusions au secrétaire général, docteur F. Garrigou, à Luchon, avant le 1er septembre, afin qu'il puisse être procédé par le Comité d'organisation au classement pour l'ordre de lecture.

NÉCROLOGIE. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort imprévue et prématurée de M. le docteur Estor, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier. Notre confrère était l'un des maîtres les plus aimés de notre Faculté méridionale. On n'a pas oublié le dévouement dont il a fait preuve lors de la dernière épidémie cholérique, non plus que la manifestation qu'a provoquée à l'Ecole l'injustice dont il avait été victime. Honnête homme et homme de bien, fidèle à ses convictions, courageux lorsqu'il s'agissait de les affirmer, M. Estor sera profondément regretté de tous ceux qui l'ont connu.

MORTALITÉ A PARIS (29e semaine, du 18 au 24 juillet 1886). — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 1. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 49. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 30. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 27. — Broncho-pneumonie, 0. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 105; au sein et mixte, 45; inconnu, 12. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 50; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 15. — Total : 1010.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des migraines, par M. le docteur Sarda. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De l'involution sénile (des modifications organiques et fonctionnelles dans la vieillesse), par M. le docteur Brousse. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur les méningo-myélites chroniques, par M. le docteur Béhier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

6330. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Le microbisme latent.

Il y a quelque vingt ans, aux premiers énoncés de la doctrine de Pasteur, les cliniciens semblèrent croire qu'il suffit aux germes pathogènes de pénétrer dans l'organisme pour éveiller la maladie. L'observation démontra bien vite que des graines sont infertiles et des terrains impropres à la culture. Plus tard, lorsqu'on reconnut l'origine microbienne de certaines lésions profondes, on se demanda comment, par exemple, le bacille de la tuberculose et le staphylococcus de l'ostéomyélite s'infiltraient dans les viscères les mieux protégés et jusque dans la moelle des os. La « fissure » fut découverte et l'on sut que les éraillures de l'épiderme et des glandules de la peau, les desquamations épithéliales des muqueuses et des cryptes toujours ouvertes des amygdales sont autant de portes d'entrée pour les schizophytes, que les lymphatiques et les vaisseaux sanguins se chargent alors d'introduire au sein des tissus.

Ce n'est pas tout : il est des cas où la maladie n'éclate qu'un long temps après l'époque de l'ensemencement. Dans une maison isolée, loin de toute contagion, un érysipèle survient ; on apprend que quelques mois, un an auparavant, l'individu atteint avait eu un premier exanthème ; n'est-il pas admissible que le microbe pathogène ne soit pas importé du dehors, mais qu'il se soit perpétué en un point quelconque de l'économie, d'où il a pris essor pour envahir de nouveau l'organisme? L'hypothèse de spores dormantes dans nos tissus jusqu'à ce qu'une condition particulière les réveille et hâte leur évolution, n'est-elle pas la seule qui nous donne la clef de certaines agressions naguère inexplicables? Le professeur Verneuil, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, s'est fait, au nom de la clinique, l'habile défenseur de cette doctrine soutenue déjà, avec moins de mesure, mais non sans talent, par son élève le docteur Léon Jaubert.

Un premier fait hors de conteste est que, à l'état normal, nous portons, sur nous et en nous, une foule de germes, bactéries de tous genres et de toutes formes, micrococques, bacilles, vibrions et spirilles. Non seulement la bouche, l'estomac, l'intestin en sont, pour ainsi dire, recouverts, mais Cuningham, Lewis, Beal, Hoffman, nombre d'autres bactériologistes, les ont retrouvés dans la profondeur de nos tissus et jusque dans le sang. Ils joueraient même un rôle capital dans les phénomènes biologiques, et les ptomaïnes et les leucomaïnes, ces alcaloïdes isolés récemment, seraient parfois le produit de leur active nutrition. Mais, si la plupart sont ainsi nos auxiliaires, d'autres peuvent être nuisibles ; parmi les microbes du tube digestif n'a-t-on pas reconnu le vibrion septique, le plus redoutable de tous?

L'épiderme, l'épithélium du tégument interne forment une barrière qui s'oppose à la pénétration de ces germes dans l'épaisseur de nos tissus, districts fermés à l'état sain. Lorsque quelque excoriation ou quelque déchirure a détruit cet obstacle, l'organisme n'est point encore à la merci des microbes ; il se défend d'une manière victorieuse ; les globules rouges du sang brûlent les germes, les globules blancs les digèrent et d'habitude l'agression passe inaperçue. Peut-être cependant que certaines fièvres éphémères n'ont d'autre cause qu'une irruption soudaine de germes, terminée par la victoire définitive de nos éléments normaux sur les envahisseurs.

Cette destruction des microbes par le sang doit être assez rapide, car dans leurs nombreux examens les bactériologistes n'ont rencontré des germes, dans les vaisseaux, que d'une façon tout exceptionnelle. Il faudrait craindre néanmoins les apports abondants et incessants de bactéries, surtout lorsque surviennent des troubles circulatoires particuliers. On connaît la célèbre expérience de Max Schüller : une articulation est contusionnée et l'on injecte dans le sang les bacilles de Koch ; la jointure inflammée se tuberculise. C'est dire que les globules blancs, chargés de schizophytes, sont arrivés dans le territoire congestionné où le courant sanguin est ralenti ; ils ont traîné le long des parois des capillaires, y ont formé des embolies au sein desquelles ont évolué les germes qui, par diapédèse, ont gagné les interstices conjonctifs qu'ils ont peuplés de leurs colonies.

Ici la « latence » des microbes n'a pas été de longue durée, mais il est des cas où les bactéries, tout en ayant pénétré dans les tissus, y séjournent sans révéler leur présence par des symptômes appréciables. M. Verneuil en a multiplié les

exemples, mais nous ne citerons que le plus probant, les noyaux tuberculeux vieux de plusieurs années, perdus dans un viscère profond et trouvés aux hasards d'une autopsie; or aucune réaction, aucun signe n'avaient fait soupçonner leur existence. Les bacilles sont alors séparés des tissus sains par une membrane fibreuse de formation nouvelle; si d'ailleurs ils franchissent cette barrière, ils peuvent avoir affaire à des éléments bien organisés pour la défense et qui détruisent ces agresseurs. Aussi la colonie précaire et peu bruyante vivra obscurément dans l'économie et l'individu atteint conservera toutes les apparences de la santé.

Ces microbes latents ont d'ailleurs un minimum d'activité et leurs échanges nutritifs comme leur prolifération doivent être insignifiants. Jaubert, pour expliquer cette innocuité temporaire, pense qu'ils existent dans les tissus, non sous forme de bactéries, mais le plus souvent à l'état de spores ou de graines inertes dont la résistance est considérable à tous les agents de destruction. Les « spores dormantes » oubliées dans quelques lacunes conjonctives, au sein d'un parenchyme, n'ont rien à redouter des cellules vivantes qui les entourent; elles sont là, d'autre part, prêtes à devenir adultes, à se multiplier, à envahir l'organisme; à la première occasion, dès qu'une condition favorable à leur développement se montrera, les spores dormantes devenues bactéries actives revêtiront leur rôle pathogène. Un traumatisme y suffira et n'avons-nous pas ici toute l'histoire des rappels de diathèse?

Ces retours offensifs ne sont plus à démontrer; M. Verneuil a pour ainsi dire épuisé ce sujet dans une précédente communication à l'Académie; on se rappelle ces individus une fois pris d'érysipèle et qui, sans s'exposer à une nouvelle contagion, subissent quatre, dix, cent assauts de cette maladie. Les germes assoupis un instant reprennent à toute occasion leur activité pathogène. Ne sait-on pas que, lorsque le staphylococcus de l'ostéomyélite est une fois dans nos tissus, on l'en déloge difficilement, et Lannelongue ne nous a-t-il pas appris que ces suppurations tardives, ces abcès des os, ces hyperostoses survenus chez des adultes ou même chez des vieillards ne sont souvent que la répercussion d'une médullite diffuse de l'enfance ou de l'adolescence?

Nous ne sommes pas « habités » par les microbes d'une manière toujours identique, et M. Verneuil étudie avec soin leur condition de domicile. Il distingue plusieurs catégories d'individus : d'abord les sujets *sains* qui, sans rien perdre de leur intégrité anatomique et physiologique, portent sur eux et dans leurs districts ouverts des bactéries en plus ou moins grand nombre. Celles-ci n'ont pas franchi la barrière épidermique ou épithéliale des téguments; elles sont à la surface du tube digestif, des bronches, dans les cryptes de l'amygdale, dans les follicules de la peau, dans un foyer pathologique, abcès, clapier ou fistules, tapissés par des bourgeons impénétrables. Ce microbisme latent ne crée pas la maladie, il constitue seulement un danger permanent et une imminence morbide.

La deuxième catégorie comprend les individus dans les tissus desquels habitent les microbes; la barrière épithéliale est franchie et les bactéries logent dans les districts fermés. La latence peut être de courte durée comme dans les fièvres éruptives où, lorsque la pénétration efficace, l'ensemencement en terrain fertile a eu lieu, la période d'incubation correspond justement à l'intégrité apparente du « microbifère », tandis que les germes ont déjà commencé leur œuvre. Mais cette latence peut être longue comme dans la syphilis, et indéterminée comme dans la rage, où les accidents n'ont parfois éclaté que plus d'un an après la morsure. Elle peut enfin persister sans symptôme, et aucun signe en aucun moment, ne révèle la présence des germes. N'est-ce pas ce qui se passe chez les « réfractaires » de la syphilis, de la rage, du virus-vaccin?

Dans une troisième catégorie M. Verneuil range les individus qui peuvent tenir leurs microbes de leurs parents contaminés. Un phthisique engendre parfois un tuberculeux et la filiation est indiscutable lorsque l'enfant, au moment de la naissance, est la proie du bacille de Koch; mais, lorsque plusieurs mois ou plusieurs années s'écoulent, on se demande, tant sont banals et répandus partout les germes de la tuberculose, si l'infection n'a pas été postérieure à la naissance, et de fait c'est sans doute du dehors que l'enfant ou l'adolescent reçoit le bacille qui se développe à l'aise dans un terrain tout préparé par la débilité des procréateurs. La difficulté d'interprétation est plus grande encore pour la syphilis héréditaire, si elle survient chez un adulte et si elle débute par des accidents tertiaires non transmissibles et non contagieux. Peut-on y voir avec M. Verneuil un fait de microbisme latent? L'hypothèse nous semble hasardée.

La quatrième catégorie ne prête pas aux mêmes réserves; elle comprend les individus antérieurement frappés d'une « microbopathie », et qui conservent dans leurs tissus des spores dormantes susceptibles de se réveiller à la première occasion. Toutes les maladies infectieuses qui, par une seule atteinte, ne confèrent pas l'immunité, nous fournissent des exemples de ce microbisme latent. Ce groupe renferme deux genres distincts : dans le premier — syphilis, malaria, tuberculose, ostéomyélite — l'affection semble guérie, mais elle n'abandonne pas l'organisme, et après des entr'actes de durée variable elle reparaît, sans contagion nouvelle, en divers points et sous différentes formes; dans le second — septicémie, érysipèle, furonculose, blennorrhagie — lorsque la guérison semble complète, l'invasion nouvelle peut bien être le fait d'une nouvelle infection; mais la clinique nous montre qu'il est plus simple souvent d'invoquer le retour offensif de bactéries laissées dans nos tissus lors de la première agression.

La cinquième catégorie renferme les sujets « en convalescence de microbopathie ». Il est difficile d'admettre que les bactéries disparaissent avec les symptômes de la maladie : les récidives et les rechutes pendant la convalescence même prouvent la persistance des germes, et, bien qu'on ne puisse déterminer à quel moment précis l'organisme est débarrassé de ses microbes, il faut admettre, avec M. Verneuil, « un parasitisme latent postmorbide en regard du parasitisme latent prémorbide ». Quant à la sixième catégorie, elle renferme les individus actuellement atteints de « microbopathie », les syphilitiques, les tuberculeux, les varioleux, les typhiques, et chez lesquels peuvent s'insinuer ou sommeiller les germes d'une autre maladie infectieuse, coqueluche, rougeole, scarlatine, malaria, ostéomyélite. Ces hybrides sont fréquents, mais encore mal connus, et nous ne faisons que signaler leur existence.

« Le microbisme latent, nous dit M. Verneuil, nous explique à merveille la durée illimitée, les récidives, les rechutes, les contagions inattendues et invraisemblables des maladies infectieuses, ainsi que leur apparition ou leur réapparition sous l'influence de causes banales. Elle simplifie notablement

leur étiologie et leur pathogénie, en permettant d'affirmer l'existence de leur agent spécial, si caché qu'il soit, et en indiquant qu'il faut chercher cet agent, non seulement dans le milieu extérieur où vit le patient, mais encore en lui-même, dans tous les districts et dans tous les milieux partiels de son corps. Depuis qu'on a introduit, en clinique, les procédés d'enquête bactériologique, les examens microscopiques particuliers, les colorations, les cultures, on est parvenu à démontrer la présence des microbes pathogènes là où les anciennes méthodes d'exploration étaient impuissantes. Est-il nécessaire de rappeler la constatation des bacilles tuberculeux dans les crachats, dans l'urine, dans le pus des fistules et des ulcères chez les scrofuleux? A-t-on oublié qu'en examinant le sang pendant l'accès paludique, à certaines heures, en cas d'urine chyleuse et à certains jours, dans la fièvre récurrente, on a trouvé des corps de Laveran, les oscillaires et les spirilles?

« La même théorie conduit à des applications pratiques nombreuses : sur le terrain chirurgical, elle dicte une série d'actes locaux et généraux d'une importance égale pour l'opérateur et pour le thérapeute. Elle commande au premier de stériliser les foyers morbides; de purifier les régions exposées et les cavités où les microbes persistent après l'attaque spécifique; d'attendre au moins, en cas de parasitisme inévitable, le retour des microbes à l'état latent; en cas d'infection locale circonscrite, de dépasser les zones suspectes ou de les modifier par des moyens locaux appropriés.

« La théorie rappelle au chirurgien thérapeute qu'il a le plus souvent affaire, non seulement à des foyers microbiques patents ou latents, mais aussi à une affection parasitaire généralisée qui peut précéder, accompagner ou suivre les manifestations locales; que, en d'autres termes, si certains points circonscrits sont plus gravement occupés par les parasites, le reste de l'organisme, au degré près, est également envahi; qu'en conséquence, la thérapeutique doit toujours viser les deux éléments morbides et chercher à détruire les microbes, aussi bien dans les localités où ils se montrent que dans les profondeurs de l'organisme où ils se cachent; que chaque fois qu'on sera en possession d'un traitement spécifique, on devra l'appliquer avant, pendant et après les actes chirurgicaux ou les manifestations infectieuses; qu'au lieu de cesser ce traitement après la guérison apparente des traumas ou des affections réputées spontanées, comme on a trop de tendance à le faire, il faudra le continuer longtemps, très longtemps même, dans l'espoir de détruire les microbes pathogènes et leurs germes. »

Paul Reclus.

Alcoolisation des vins. Service de la vaccine.

Au nom de la Commission dite du vinage, M. Bergeron a lu les conclusions modifiées qu'elle propose à l'Académie. Ainsi qu'on le verra plus loin, ces conclusions tiennent largement compte des observations très judicieuses présentées par MM. Léon Le Fort et Brouardel dans les dernières séances; de plus, elles maintiennent fermement les principes que M. Rochard, dans son rapport, puis MM. Dujardin-Beaumetz et Bergeron ont successivement soutenus, pour ce qui concerne les intérêts sanitaires considérables mis en jeu dans cet important débat. Mardi prochain, l'Académie adoptera sans nul doute ces nouvelles propositions à une très forte majorité; elles viendront en aide aux efforts énergiquement tentés en ce moment de divers côtés pour la répression de la fraude et des falsifications sur les boissons; elles auront peut-être pour conséquence l'adoption par les pouvoirs publics des mesures, si urgentes, propres à diminuer la consommation des liquides alcooliques. Il résulte en effet de chiffres officiels que le nombre des cabarets, qui était de 366 607, à suivi depuis la progression suivante : en 1882, on comptait 376 520; en 1883, 402 504; en 1884, 415 329 et en 1885, 421 112. A Paris seulement, il a été ouvert 272 nouveaux débits de vin depuis le commencement de la présente année!

— A la suite du dépôt par M. Henry Liouville d'un amendement au projet du budget pour 1887, amendement tendant à élever le crédit affecté au service de la vaccine à l'Académie de médecine, M. le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes a demandé à l'Académie un certain nombre de renseignements, que ses archives renferment d'ailleurs, sur l'importance de ce service. M. Blot, on le verra plus loin, a lu la réponse qu'il avait été chargé de faire au ministre. Il y a reproduit la statistique des opérations du service et émis le vœu que des centres vaccinogènes soient institués sur un certain nombre de points du territoire, notamment dans les ports de mer et les villes de garnison importante. Ce généreux désir de décentralisation frappera sans doute le ministre; il est à craindre qu'il n'y trouve occasion pour refuser l'allocation supplémentaire que la Commission du budget pourrait lui offrir, au moins pour en faire profiter l'Académie. Or celle-ci ne reçoit pour son service de la vaccine qu'une somme de 2200 francs sur le budget du ministère de l'instruction publique, plus 400 francs en moyenne de menus frais soldés par le ministère du commerce, et c'est avec ces modiques ressources qu'elle satisfait à cette partie si importante de sa mission. Mais si le zèle et le dévouement de ceux de ses membres qui veulent bien s'en charger, si la bonne volonté de ses employés lui permettent de donner à la vaccination sur place, à la conservation et à l'envoi du vaccin une aussi grande extension, il faut bien reconnaître que les conditions matérielles pour les recherches scientifiques que soulève à chaque instant et plus que jamais l'étude des vaccinations, lui font singulièrement défaut. Elle est à cet égard dans une situation très inférieure à celle que les villes de Bordeaux, de Lyon, pour ne citer que celles-là, ont réalisée pour leurs services de vaccine. La subvention sollicitée par M. Liouville semble donc des mieux justifiées. En France, d'ailleurs, le budget total de la vaccine ne s'élève pas à un peu plus de 2000 francs en moyenne par département, soit 250 000 francs environ, ce qui donne une proportion de 4 fr. 95 par commune, et dans certains départements, de 5 francs par 1000 habitants.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Deux cas de pneumothorax chez des enfants de seize mois, par M. le docteur Sevestre, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

(Fin. — Voy. le numéro 32.)

Obs. II. *Broncho-pneumonie et pleurésie purulente non tuberculeuse chez un enfant de seize mois. Pneumothorax consécutif à l'ouverture du kyste pleural dans le poumon.* — Atrux (Auguste), âgé de seize mois, est d'abord soigné dans le service de chirurgie, pendant les premiers jours de sa présence à l'hospice pour une conjonctivite double; cet enfant est admis le

27 juin dans le service de médecine parce qu'il tousse et présente des signes de broncho-pneumonie et de bronchite capillaire.

Enfant peu développé, mais assez gras, très pâle. Crâne bien conformé. Conjonctivite double ancienne, avec exulcérations des commissures palpébrales. Ecoulement purulent fétide par les deux narines, produisant une ulcération assez étendue de la lèvre supérieure. Lèvres recouvertes de squames épaisses sur leurs bords libres.

Toux fréquente, dyspnée peu accentuée. Tous les soirs la température atteint 39°,6 et présente le matin une rémission plus ou moins importante.

Le 5 juillet, a apparu un peu de diarrhée, améliorée depuis par le sous-nitrate de bismuth. Jamais de vomissements.

Malgré la teinture d'iode, les vomitifs, on n'a obtenu qu'une amélioration passagère, et les signes de broncho-pneumonie ont persisté, dominant surtout à gauche.

Ce matin, 9 juillet, en auscultant l'enfant, on est frappé par la modification profonde des phénomènes d'auscultation.

A droite, comme à l'ordinaire, ce sont des râles fins et moyens généralisés, peut-être avec prédominance au sommet.

A gauche, en arrière, au premier abord, on ne remarque qu'un silence presque complet; ce n'est qu'en auscultant avec plus d'attention, qu'on entend, surtout au moment où l'enfant va crier, un *souffle amphorique* très doux, mais très net; on le perçoit sur un espace limité, vers la colonne vertébrale et un peu au-dessus des deux dernières côtes.

C'est seulement au sommet, à peu près au niveau de l'épine de l'omoplate, que réapparaît le murmure vésiculaire, rude, avec des râles fins. En avant, sous la clavicule, respiration soufflante, et râles sous-crépitants. Dans l'aisselle silence absolu. L'aspect et le fonctionnement du thorax n'offrent rien de bien remarquable.

Le thorax ne paraît pas déformé ; on n'observe pas cet enfoncement circulaire des côtes, au-dessus de la base, que cause ordinairement la dyspnée des broncho-pneumonies. Le côté gauche ne présente pas de voussure appréciable à la vue. Cependant la mensuration pratiquée au ruban métrique, à 2 centimètres au-dessous des mamelons, donne : pour le côté droit, 22 centimètres; pour le gauche, 22cm,5.

Les côtes sont immobiles des deux côtés, la respiration étant purement abdominale. Le diaphragme paraît fonctionner normalement; à chaque inspiration on note une légère dépression qui suit le rebord costal.

Enfin, la percussion donne: à droite, une sonorité très forte; à gauche, sous la clavicule, une sonorité normale; dans l'aisselle, une sonorité notablement exagérée; en arrière, sur toute la hauteur, une sonorité tympanique à timbre grave. Si l'on percute en avant avec deux pièces de monnaie, on entend en arrière un timbre métallique très net.

Le cœur est manifestement déplacé, sa pointe bat sur la ligne médiane.

Dyspnée vive; cinquante respirations en moyenne.

Toux peu fréquente, humide, non quinteuse.

Le cri est rare, seulement quand on touche à l'enfant; il est faible, plaintif.

Agitation extrême; les yeux fermés, l'enfant ne reste pas une minute en place, prenant successivement toutes les positions, la tête généralement appuyée sur les bras. Pouls à 120; température rectale, 39°,2.

Le pneumothorax, évident, d'après les signes précédents, existe-t-il d'aujourd'hui seulement? On ne peut l'affirmer; le souffle amphorique si léger a pu nous échapper.

9 juillet, soir. Journée très agitée. La percussion donne des résultats un peu différents : diminution de la sonorité sous la clavicule gauche. La sonorité en arrière et à gauche diffère peu de celle du côté droit.

Bruits amphoriques bien nets. Ils ne s'entendent que dans le tiers moyen, et la partie supérieure du tiers inférieur en arrière. Température rectale : 38°,4.

10 juillet. Nuit plus calme; cependant, la dyspnée s'étant exagérée à plusieurs reprises, on a dû donner plusieurs fois du sirop d'éther. Le matin, plaintes fréquentes.

Percussion. Sonorité très peu exagérée en arrière; en avant, sonorité diminuée et à tonalité élevée sous la clavicule gauche. Même signes d'auscultation. Respiration moins fréquente qu'hier soir. Pas de changement dans l'aspect du thorax. Température rectale : 38°,6 le matin, 39°,4 le soir.

11 juillet. Grande modification des phénomènes stéthoscopiques. On n'entend plus le souffle amphorique, mais seulement des râles sous-crépitants fins et secs à la base. On ne retrouve les signes de pneumothorax que dans l'aisselle, et seulement à la partie moyenne, sous forme de râles amphoriques.

D'ailleurs pas de sonorité; mais au contraire, submatité dans toute la moitié inférieure en arrière.

La succussion ne donne pas de résultats.

Les troubles fonctionnels sont les mêmes, la dyspnée n'a pas augmenté. Température rectale : 38 degrés le matin; 38°,2, le soir.

12 juillet. Nuit calme. L'agitation est de nouveau extrême ce matin. A la percussion, peu de sonorité en arrière. L'amphorisme n'existe que dans l'aisselle. Température rectale : 37°,8, matin; 40°,6, soir.

Le soir, la dyspnée est beaucoup plus intense.

13 juillet. Ce matin, la faiblesse a augmenté, prostration marquée. Quand on a commencé à ausculter, *les signes du pneumothorax manquaient, mais l'enfant ayant toussé fortement, les signes ont reparu très nets;* le souffle amphorique très aigu, s'entendait alors sur l'étendue de la paume de la main, en arrière et dans l'aisselle. Nous ne l'auscultons pas dans la soirée.

Il meurt dans la nuit.

Autopsie le 15 juillet.—Le corps, remarquable par sa pâleur, ne présente aucune trace d'asphyxie. *Péritoine* sain. *Intestin* pâle. *Estomac* plein d'un liquide clair, non dilaté.

Plèvre et poumon droits. La plèvre est saine, sans liquide et sans adhérence. La surface du poumon est lisse, sans granulations tuberculeuses. Nombreux foyers de broncho-pneumonie prédominant à la partie postérieure du lobe supérieur, et sur la partie latérale du lobe inférieur. D'ailleurs, aucune granulation tuberculeuse dans la profondeur.

Plèvre gauche. De nombreuses et solides adhérences unissent en avant les deux feuillets entre eux et à la paroi thoracique; on est obligé de les détacher au doigt et au scalpel. Leur résistance augmente vers l'aisselle et brusquement le scalpel tombe dans une grande cavité d'où sort une quantité de pus qu'on peut évaluer à trois grandes cuillerées. Le pus est jaune, très fluide, fétide, sans grumeaux. Alors, agrandissant l'orifice, on tombe dans la cavité pleurale; cette portion enkystée occupe toute la hauteur de la plèvre gauche; en largeur elle commence à la colonne et s'étend à 5 centimètres environ sur le côté.

A ce niveau les feuillets pleuraux sont grisâtres, épaissis, surtout le pariétal, qui atteint 2 millimètres, recouverts d'une mince couche de fausses membranes.

Le *poumon gauche* adhère au diaphragme par sa base et adhère aussi au sommet, de sorte qu'il occupe toute la hauteur du thorax; mais il est refoulé et aplati au dedans vers le hile, et en avant; on trouve sur la partie postérieure de la face externe une *vaste déchirure*, qui acquiert la largeur d'une pièce de 1 franc quand on écarte ses bords; elle paraît pénétrer de quelques millimètres dans le tissu pulmonaire; elle doit dater de plusieurs jours, car le tissu est grisâtre, comme macéré; la plèvre qui limite la solution de continuité est épaissie. L'insufflation par la trachée fait sortir des bulles d'air par ce point, quand on plonge le poumon dans l'eau.

Le reste du poumon est dur, carnifié, non crépitant dans la partie postérieure, sur toute la hauteur, et présente plusieurs noyaux broncho-pneumoniques et de l'emphysème sur le bord antérieur.

Les ganglions sont gros, durs, rouges, non infiltrés de matière tuberculeuse.

Cœur normal. *Foie et reins* congestionnés. *Méninges* saines. Congestion veineuse sur la face supérieure du cerveau.

Ici, ce n'est plus comme dans le premier fait, un foyer pulmonaire qui s'est rompu dans la plèvre; c'est au contraire de dehors en dedans que s'est faite la déchirure. La broncho-pneumonie s'est compliquée d'une pleurésie purulente, et probablement pendant une quinte de toux, il s'est produit une déchirure de la paroi pleuro-pulmonaire, de sorte que le pus s'est fait jour par les bronches en même temps que l'air pénétrait dans la poche. C'est d'ailleurs une véritable déchirure qui s'est produite et non pas une simple perforation, et le fait n'a pas lieu de surprendre si l'on réfléchit que le poumon était lui-même altéré à ce niveau. Chez l'adulte, la communication du foyer purulent avec les bron-

ches se serait manifestée par l'expulsion d'une quantité plus ou moins considérable de pus ; chez l'enfant, qui ne crache pas, le début du pneumothorax a encore passé inaperçu. Les signes physiques ont d'ailleurs été à peu près identiques, en ce sens que l'on a constaté aussi le tympanisme exagéré, le souffle amphorique et le bruit d'airain; seulement ces signes étaient *plus limités*, se percevaient surtout à la partie postérieure de l'aisselle, et ils étaient aussi *variables d'un jour à l'autre*; le dernier jour, au moment où je commençais à ausculter l'enfant, je n'ai d'abord constaté que l'absence du murmure respiratoire, sans trouver trace de souffle amphorique ; puis, l'enfant s'étant mis à tousser, le souffle amphorique est devenu non seulement perceptible, mais très net, et a pu être constaté par tous les assistants, même dans la respiration faible; il est probable que la communication momentanément obstruée s'est ouverte de nouveau pendant la toux et que l'air est venu remplacer une certaine quantité de pus vidée dans les bronches.

Ce même jour, ayant constaté à la base une zone de matité, j'ai cherché le bruit de succussion, mais n'ai pu le percevoir d'une façon nette; cela se comprend d'ailleurs facilement en raison de la densité du liquide.

Relativement à la *fréquence* du pneumothorax. Chez les jeunes enfants, on pourrait, en se basant sur l'observation de deux faits à quelques jours de distance, dire que cette fréquence est grande. J'ai cherché à m'en faire une idée en compulsant les auteurs qui traitent de ce sujet, mais n'ai pu arriver à une solution offrant quelque certitude. Dans le livre de M. Bouchut, se trouve cette phrase (la seule d'ailleurs que j'aie trouvée se rapportant au pneumothorax) : « S'il y a des cavernes superficielles perforant la plèvre, il se forme des hydropneumothorax, comme j'en ai vu de nombreux exemples (1). »

Barrier dit que le pneumothorax n'est pas très rare chez les enfants, et il croit même pouvoir avancer qu'il est plus fréquent que chez les adultes ; il en avait observé quatre cas en six mois sur environ 400 malades (2).

Mais dans les observations que cite Barrier, il s'agit d'enfants de onze ans, douze ans, une fois d'un enfant de trois ans.

Dans la deuxième édition de leur ouvrage, Rilliet et Barthez citent un certain nombre de cas de pneumothorax consécutifs à une pneumonie et disent à ce propos que la maladie s'est montrée de préférence chez les plus jeunes sujets; un seul avait dépassé huit ans, les autres étaient âgés de quinze mois à trois ans (3).

Plus loin (4) ils déclarent que le pneumothorax n'est pas très rare chez les enfants dans le cours de la tuberculisation pulmonaire ; ils en citent quatorze cas, dont sept personnels, deux publiés par Constant, quatre par Barrier (déjà signalés plus haut), et un communiqué par Fauvel. Pour cette variété (tuberculeuse), ils admettent qu'elle est plus rare dans les premières années de la vie qu'à une époque plus avancée.

Ils citent également l'apoplexie pulmonaire, la gangrène du poumon comme causes de pneumothorax, mais sans parler de l'âge.

Dans la troisième édition, publiée par M. Sanné (5), on lit : « L'âge paraît avoir une certaine importance sur la production du pneumothorax. Cette maladie paraît plus fréquente, et cela n'a rien qui surprenne, chez les plus jeunes enfants. Sur quinze enfants atteints de pneumothorax, nous en avons vu dix âgés de moins de cinq ans et cinq seulement de sept à quinze ans.

» Mais l'action de l'âge varie suivant les causes du pneumothorax. Les tubercules amènent la perforation à tout âge, depuis deux ans jusqu'à quatorze. La rupture des vacuoles de la broncho-pneumonie la détermine exclusivement dans le bas âge — de deux à quatre ans — résultat facile à prévoir, cette maladie étant presque spéciale aux premières années de la vie ; en sorte que la prédisposition au pneumothorax avant l'âge de sept ans, ne dépend pas, à proprement parler, de l'âge, mais de la fréquence de la broncho-pneumonie à cette période de la vie.

» Les cas de gangrène pulmonaire ont été observés de sept à dix ans ; il en a été de même pour l'emphysème pulmonaire. »

M. Roger est d'un avis un peu différent (1) : « Le pneumothorax par perforation pulmonaire tuberculeuse m'a paru, dit-il, plus exceptionnel dans l'enfance que chez les sujets plus âgés ; et je n'ai guère observé ces lésions qu'à la suite de perforation par gangrène du poumon ou de la plèvre. »

Plus loin cependant il cite le cas suivant (2) qu'il a eu l'occasion d'observer avec le professeur Sée : « Un petit garçon de quinze à vingt mois fut pris de bronchite capillaire, puis de pneumonie double, caractérisée par les plus violents accès de dyspnée; au plus fort de la maladie, nous perçûmes, au sommet du poumon gauche, indépendamment des signes stéthoscopiques ordinaires de la broncho-pneumonie, un tintement métallique manifeste qui persista plusieurs jours de suite. Comme ce tinnitus, indice incontestable d'un épanchement d'air dans la plèvre, ne fut le point de départ d'aucun accident local ou général, et comme l'enfant guérit au bout de quelque temps, nous dûmes en conclure que dans les accès de suffocation du début, il s'était formé un emphysème aigu du poumon ; que l'une des vésicules ou ampoules sous-pleurales s'était déchirée par les secousses de la toux, et qu'une certaine quantité d'air (sans mélange de matière morbide) s'était alors introduite dans la plèvre; de là le tintement métallique entendu pendant quelques jours et qui avait sans doute disparu par la résorption rapide de l'air épanché. »

Rilliet et Barthez, dans leur deuxième édition, rapportent l'observation d'un enfant de quinze mois qui, à la suite d'une rougeole, fut pris de broncho-pneumonie, et qui mourut d'un pneumothorax consécutif à la rupture dans la plèvre d'un abcès du poumon.

A part ces faits, je n'ai trouvé dans les auteurs aucune observation concernant les enfants au-dessous de deux ans.

Pathologie externe.

Nouveaux cas de paréso-analgésie des extrémités supérieures, par M. le docteur Morvan (de Lannilis).

Il y aura bientôt trois ans depuis la publication, dans la *Gazette hebdomadaire*, de notre mémoire sur la parésie analgésique des extrémités supérieures. Il ne s'est produit, dans l'intervalle, que deux autres observations, celle du docteur Guelliot (de Reims) (*Gazette hebdomadaire*, 1883), et celle de Verneuil, Broca (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1885), publiées sous le nom de panaris anesthésiques et de panaris analgésiques. Cela ferait supposer que la paréso-analgésie est d'une rareté exceptionnelle, à moins d'admettre que les cas d'une affection peu connue aient échappé à l'attention des praticiens et qu'ils aient été rangés par eux sous l'étiquette banale de paralysie du bras ou de simple panaris.

Nous nous arrêterons volontiers à cette supposition.

Nous venons, en effet, de rencontrer dans notre clientèle huit nouveaux faits. En les additionnant avec ceux qui ont déjà

(1) Bouchut, *Traité des maladies de l'enfance*, 8e édition, 1885, p. 365.
(2) Barrier, *Traité des maladies de l'enfance*, 3e édition, 1861, p. 353.
(3) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., 1853, I, p. 610.
(4) *Id.*, III, p. 762.
(5) Barthez et Sanné, *Traité des maladies des enfants*, 1885, I, p. 905.

(1) H. Roger, *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, I, p. 104.
(2) *Id.*, p. 105.

passé sous nos yeux, nous avons un total de dix-sept cas, appartenant à trois cantons limitrophes d'une population de 50 000 âmes environ.

Nous ne voulons pas dire par là que la paréso-analgésie soit commune. Mais nous sommes convaincu qu'en cherchant on trouverait. La chronicité, la très longue durée de l'affection, permet l'existence simultanée, sur un point, d'un certain nombre de malades. Il est telle commune, celle de Guisseny, par exemple, ayant 3000 âmes seulement, qui en possède actuellement jusqu'à quatre.

Nous arrivons, sans autre préambule, à nos huit observations. Continuant la série, elles recevront des numéros d'ordre, qui les placeront à la suite des observations déjà publiées par nous dans la *Gazette hebdomadaire*.

Obs. VIII. — Jeanne Morvan, veuve Coum, cinquante-cinq ans, de Coatméal, se présente chez moi le 6 janvier 1886. Forte constitution, embonpoint. Mariée à vingt ans, elle a eu neuf enfants. Réglée pour la première fois à douze ans, elle ne l'est plus depuis cinq à six ans.

Avant la ménopause, il y a neuf ans, elle a été prise, sans cause connue, d'une grande céphalalgie frontale, à gauche. En même temps une sensation de froid, qui a persisté, envahissait le côté gauche de la face et du cou, ainsi que le bras correspondant. Cette sensation de froid est pour elle une véritable cause de souffrances en hiver. Les mêmes points du corps souffrent aussi de la chaleur, qu'elle émane du soleil ou du feu, et la malade a une constante préoccupation, celle de se préserver du chaud comme du froid. Il y a aussi dans toute cette région des douleurs névralgiques revenant par périodes, à des époques indéterminées, qui sont en rapport avec les variations de température.

Jeanne Morvan est gauchère, néanmoins elle a moins de force dans le bras gauche que dans le bras droit; le bras gauche est visiblement parésié. La sensibilité exaltée comme nous l'avons vu, pour les impressions thermiques, est au contraire, émoussée par les sensations douloureuses: ainsi les pincements, les piqûres d'épingles se font beaucoup moins sentir à gauche qu'à droite.

Il y a six ans, elle a eu un panaris à l'indicateur gauche. Le panaris aboutit à un sphacèle du doigt en une semaine. Elle perdit du coup toute la portion du doigt correspondant à la phalangette et à une grande partie de la phalangine; le moignon a conservé l'articulation phalango-phalangénienne. La malade n'a souffert ni pour la perte de son doigt, ni pour les diverses manœuvres chirurgicales que le cas nécessitait. Guérison en sept semaines.

Il y a quatre ans, elle était occupée à couper des troncs de choux, tenant le tronc de la main droite et le couteau de la main gauche. Dans l'effort, pourtant assez peu considérable, il se produisit une fracture double au tiers inférieur de l'avant-bras gauche. Des attelles furent posées et la consolidation eut lieu en un mois.

Lors de notre examen, l'avant-bras et la main gauche sont gonflés et sensiblement plus gros que les parties correspondantes du côté droit. Mais nous ne constatons aucune gerçure dans les plis palmaires de la main; la malade n'en a jamais, même en hiver.

Obs. IX. — Jean-Marie Thomas, quarante-trois ans, de Saint-Pabu, me vient le 12 juillet 1885 pour une gale invétérée. Je suis frappé tout d'abord par l'aspect du membre thoracique droit, qui offre une main largement étalée, avec amaigrissement des éminences thénar et hypothénar. Les doigts sont à moitié fléchis ou plutôt les phalangettes sont fléchies sur les phalangines. Le redressement complet des doigts est impossible, mais la main peut se fermer à peu près complètement. Les mouvements de tous les doigts sont très affaiblis, c'est le pouce cependant qui a le plus perdu.

Le bas de l'avant-bras est amaigri, mais à la partie supérieure les muscles ne sont pas sensiblement atrophiés. Au haut du bras, la mensuration donne le même résultat à droite qu'à gauche. Il est vrai qu'il est droitier et qu'il travaille aux champs comme par le passé.

Le bras droit fatigue beaucoup plus que le côté opposé, il s'engourdit assez vite. Il s'engourdit surtout en hiver, au moindre froid.

La sensibilité tactile existe, mais la thermo-esthésie a bien diminué et a même presque disparu au poignet.

La piqûre de l'épingle se fait sentir au haut de l'avant-bras, moins cependant qu'au bras; mais la sensation douloureuse s'émousse au fur et à mesure que l'on descend, de telle sorte que l'analgésie, déjà très prononcée au bas de l'avant-bras, est complète à la main et aux doigts.

Il y a eu un panaris à l'auriculaire, il y a quatre ans. Il avait fait souffrir et avait duré un mois. On ne signale pas la sortie d'une phalange nécrosée. Mais le doigt est resté fortement rétracté, avec des mouvements très bornés aux diverses articulations.

A chaque hiver, gerçures profondes à la face palmaire de la main et des doigts. Il n'en existe pas au moment de mon examen.

Au côté gauche, léger affaiblissement, dont le malade a parfaitement conscience. Analgésie commençante, qui se prononce de plus en plus en allant du haut de l'avant-bras au poignet.

Les doigts se fléchissent avec énergie, mais ne s'étendent qu'incomplètement. Il existe au niveau du dos de l'articulation phalango-phalangienne un kyste ayant les dimensions d'une noix, plus étendue en longueur qu'en largeur.

Gerçures à la face palmaire en hiver. Il n'y a pas eu de panaris à cette main, mais l'hiver dernier les ongles du pouce, de l'index et du médius sont tombés à la suite de tourniôles; les ongles du pouce et de l'index sont très déformés.

Il y a cinq ans que le malade a senti les premières atteintes à droite; il ne sait à quoi les attribuer; il n'a jamais subi de violence de ce côté. Il y a un an seulement, pendant l'hiver passé, que l'affaiblissement s'est manifesté à gauche.

Ces diverses manifestations ont eu lieu sans grandes douleurs; le malade parle surtout d'engourdissements par le froid, de crampes.

Thomas n'a jamais été malade qu'à l'âge de vingt ans; sa maladie n'eut pas de durée. C'est un homme robuste, de belle constitution, fortement charpenté, au teint rouge. Il a perdu sa mère à l'âge de sept ans. Elle est morte de phthisie, ainsi que deux de ses enfants; notre malade est le seul qui ait résisté. Son père, âgé de soixante-sept ans, est robuste encore. Il marche en deux plis par suite d'un lumbago chronique, mais n'en travaille pas moins tous les jours aux champs. D'un second mariage, il est né trois enfants, dont l'un est mort à un mois; les deux autres ont vécu et ont aujourd'hui une sœur de quarante ans et un frère de trente et un ans. Aucun n'a eu de panaris.

Obs. X. — Marie-Jeanne Stéphan, femme Leguen, de Guisseny, quarante-huit ans, cultivatrice, constitution moyenne, réglée à quatorze ans, mariée à vingt-huit ans, mère de quatre enfants, dont le dernier a neuf ans, voyant toujours bien régulièrement, n'a jamais fait de maladie et n'a jamais été retenue au lit que pour ses couches; mais elle offre comme antécédédents de famille un détail qui nous intéresse: sa mère, morte à un âge avancé, soixante-douze ans, avait un affaiblissement des poignets deux ans avant sa mort. Aucun médecin n'ayant été consulté, on ne sait à quoi l'attribuer.

Quant à elle-même, voici ce qu'elle nous apprend: à l'âge de trente-quatre ans, il y a conséquemment quatorze ans de cela, elle essayait de rentrer une vache qui venait d'avoir une attaque d'épilepsie. Elle faisait d'ailleurs peu d'efforts, mais éprouvait de l'émotion, lorsque, sans choc, ni violence d'aucune sorte, elle ressent au bras gauche, vers le coude, une douleur assez vive, qui dure une semaine. Puis le poignet enfle, et il y survient comme un furoncle, dont on voit encore la cicatrice. Elle en souffrit à peine.

L'avant-bras ne s'est jamais remis de cette atteinte. L'émotion aurait-elle empêché la malade de se rendre un compte bien exact de la violence qu'elle aurait éprouvée?

Il y a dix ans environ, dans les premières semaines de sa quatrième grossesse, elle fut prise d'un panaris au pouce gauche. Elle n'en souffrit pas plus que pour l'espèce de furoncle dont nous venons de parler, et de plus elle affirme que l'incision pour l'ouvrir ne lui fit aucun mal. Il y avait nécrose de la phalangette, mais elle ne retourna pas chez le médecin et attendit que le séquestre sortît spontanément.

C'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de la paralysie au bras gauche; jusque-là le bras avait conservé ses forces.

Il y a six ans, répétition des mêmes phénomènes au médius gauche: panaris indolent, incision sans douleur de la pulpe du doigt et plus tard élimination spontanée de la phalangette.

La guérison de ces deux panaris s'était faite en huit ou dix semaines.

L'annulaire est fortement rétracté, il est impossible de l'étendre tant par suite d'une luxation ancienne non réduite de la phalangine que d'un abcès survenu il y a des années, à la paume de la main vers l'extrémité supérieure de la première phalange. Est-ce un troisième panaris? Toujours est-il qu'il ne sortit pas de séquestre.

Emaciation du poignet gauche ; tous les espaces intermétacarpiens sont creusés, mais ce sont les muscles de la région palmaire qui ont le plus pâti. Les mouvements des doigts sont bornés, la malade ne peut ni les fermer, ni les ouvrir complètement : parésie des extenseurs et des fléchisseurs des doigts. Néanmoins, quand les doigts sont fermés, elle peut imprimer au poignet des mouvements assez étendus de flexion et d'extension.

Les mouvements d'extension de l'avant-bras et d'élévation du bras sont incomplets. On voit par là que, si le triceps a conservé son énergie, il n'en est ainsi ni des biceps et brachial antérieur, ni du deltoïde. Le défaut d'exercice a même amené un peu de raideur à l'articulation de l'épaule. Nous-mêmes, en effet, nous ne parvenons pas à mettre le bras complètement dans l'élévation.

La paralysie ayant envahi les muscles de la main, de l'avant-bras, et même partiellement ceux du bras, il en est résulté que les masses charnues de ces diverses régions se sont atrophiées et présentent moins de développement à gauche qu'à droite, où, pourtant, nous allons trouver aussi de la paralysie, mais à une période moins avancée.

La sensibilité, émoussée à l'avant-bras et au bras, est à peu près éteinte au poignet. Les piqûres d'épingle font couler le sang, mais n'éveillent pas la douleur, surtout à la paume de la main. Peut-être y a-t-il un reste de sensibilité au dos de la main. L'approche d'un tison ardent ne détermine aucune douleur à la paume de la main, et à peine de douleur au dos. Aussi est-il souvent arrivé à la malade de se brûler sans en avoir conscience.

L'extrémité droite s'est prise à son tour : elle est devenue le siège des mêmes phénomènes, mais à un degré moindre. Les muscles de la main et de l'avant-bras ont un bon commencement de paralysie et d'atrophie; déjà même le biceps, le brachial antérieur et le deltoïde ne sont plus indemnes, car les mouvements volontaires de flexion de l'avant-bras et d'élévation du bras sont incomplets.

Quant à la sensibilité, elle est fortement émoussée, mais non complètement éteinte ni au dos ni à la paume de la main. La piqûre de l'épingle s'y fait encore sentir, mais faiblement.

Deux des doigts, le médius et l'annulaire, ont été envahis par des panaris dont ils portent encore la marque, mais ces panaris n'ont jamais dépassé la pulpe. Il n'y a pas eu de nécrose; ni dans l'un ni dans l'autre cas il n'est sorti de séquestre.

Cette femme jouissait, à part sa parésie analgésique, d'une excellente santé, et ne nous parle que pour mémoire d'une constipation de date récente. Mais il y a un mois (elle se présenta chez nous le 28 mai 1884), elle a été prise d'une hémorrhagie intestinale qui dura une semaine. Les selles se composaient évidemment de sang coagulé, elles étaient noirâtres et la malade les compare à des boudins. Pas de souffrance, appétit conservé. Il en est résulté de l'anémie : pâleur, décoloration des muqueuses, étourdissement. On accuse un certain affaiblissement des extrémités inférieures. La jambe gauche, qui a été enflée jusqu'au genou, est restée engourdie. Au moment de mon examen, l'enflure a disparu, mais l'engourdissement persiste.

Dans l'intervalle, les règles viennent à leur époque, mais avec moins d'abondance.

Rien au cœur ni au foie ni aux reins; point d'albumine, point de glucose dans les urines.

Température axillaire, 37 degrés. Température normale par conséquent, et pourtant on réagit mal contre le froid. Ainsi en hiver les mains s'engourdissent et se couvrent facilement d'engelures. Il n'y a jamais de gerçures, contrairement à ce que nous avons vu jusqu'à présent.

Les courants induits déterminent des contractions musculaires assez énergiques partout, excepté aux mains.

Obs. XI. — Le sieur Bodennec (Jean), trente-trois ans, de Plouider, se présente à notre consultation le 7 mai 1884. Nous sommes frappé aussitôt de l'aspect de la main gauche, qui nous rappelle les cas de parésie analgésique déjà soumis à notre observation. C'est toujours cette main largement étalée avec gonflement des doigts et amaigrissement des espaces interosseux.

Il nous apprend qu'il a été pris, il y a quatre ans, d'un affaiblissement du bras gauche qui est allé sans cesse en augmentant. Il est cultivateur. Il a pu continuer son travail jusqu'à ce jour. Mais, comme il est gaucher et que c'est justemment l'extrémité gauche qui est atteinte, il prévoit le moment où il devra le cesser.

La parésie est beaucoup plus prononcée en hiver qu'en été, et dans ces derniers temps, par les froids que nous avons eus, l'engourdissement a été souvent poussé au point de rendre le travail impossible.

La paralysie n'intéresse que les muscles du poignet et de l'avant-bras ; elle ne dépasse pas le coude. La main ne s'ouvre et ne se ferme qu'incomplètement, mais les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras ont conservé leur étendue.

L'affaiblissement s'accompagne d'une atrophie notable des muscles de la main et de l'avant-bras. Au poignet, tous les espaces interosseux sont comme décharnés, et à l'avant-bras la mensuration des masses musculaires donne 1 centimètre de moins à gauche qu'à droite. Or, c'est le contraire qui devrait avoir lieu, Bodennec étant gaucher.

En lui ouvrant la main, nous rencontrons plusieurs gerçures au niveau des plis palmaires.

Nous ne doutons plus, et nous armant d'une épingle que nous lui enfonçons dans les diverses parties de la main et de l'avant-bras, nous constatons de l'analgésie partout : complète aux doigts et à la main excepté en un point, au centre de la face palmaire, et à peu près complète à la partie inférieure de l'avant-bras. La sensibilité ne reparaît qu'à la partie supérieure. Les points qui sont insensibles à la piqûre d'une épingle le sont également au pincement et à la chaleur. C'est ainsi qu'un tison ardent peut être déposé sur le dos de la main et le brûler sans réveiller la douleur. L'épreuve ne dénote du reste de sensibilité qu'à la paume de la main, là où la piqûre se faisait sentir.

Passant ensuite à l'examen de la main droite, nous y découvrons également des gerçures assez profondes vers les plis palmaires du pouce et de l'index. Bien que le malade nous affirme n'avoir rien de ce côté où il conserve toutes ses forces, nous prenons encore notre épingle et sommes à même de nous assurer que, s'il n'y a pas de parésie jusqu'alors, il y a du moins un bon commencement d'analgésie. Les piqûres en effet se font peu sentir à la main et à la partie inférieure de l'avant-bras.

Le malade nous fait ensuite connaître les particularités suivantes : 1° Il n'a jamais eu de panaris à la main gauche, mais il en a eu à la main droite (annulaire), il y a quatre ans environ. Le panaris, qui avait été pénible pendant trois à quatre jours seulement, n'avait pas tardé à guérir. D'ailleurs pas de nécrose de la phalange. C'était un panaris de la pulpe, où il a laissé des traces de son passage.

2° Il y a trois ans, une gerçure de l'annulaire gauche au pli digito-palmaire avait creusé jusqu'au tendon, qu'on voyait au fond de la plaie. Il en était résulté une inflammation de la gaine qui s'était propagée au poignet et à l'avant-bras et avait déterminé du gonflement jusqu'au coude. L'accident avait mis six semaines à guérir. La guérison eut lieu sans abcès, mais fut suivie d'une cicatrice adhérente au tendon, laquelle maintient le doigt dans un certain degré de flexion.

3° Tous les hivers, il survient à la main gauche des engelures qui s'ulcèrent. C'est l'explication des cicatrices blanches qui existent sur la face dorsale au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Comme nous l'avons dit, le froid a une action marquée sur l'extrémité gauche. Ce n'est pas de la souffrance, mais un engourdissement qui progresse à chaque hiver. Nous revoyons Bodennec le 4 juin, et quoique la température soit loin d'être basse, puisque le thermomètre marque 15 degrés, il ne peut encore fermer complètement les doigts.

La température axillaire n'est que de 36°,7.

Santé générale excellente. Bodennec est d'une forte constitution, il n'a jamais été malade. Il ne semble présenter ni dans ses antécédents, ni dans ceux de sa famille rien qui explique son affection. Il rappelle cependant qu'à l'âge de quatorze ans, il a eu une forte contusion de l'avant-bras gauche. Il s'était enroulé autour du poignet la corde qui attachait sa vache; celle-ci s'était échappée et l'avait traîné. Mais la contusion n'avait pas eu de suites, et depuis lors il n'avait rien ressenti de ce côté.

(A suivre.)

SOCIÉTES SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BLANCHARD.

L'INNERVATION INDIRECTE DE LA PEAU. Note de M. *Vanlair*. — Les expériences de l'auteur ont eu pour but de compléter les recherches de MM. Arloing et Tripier sur cette question; elles lui ont donné les résultats suivants :

1° La *récurrence* et la *dispersion collatérale* jouissent, à l'égard l'une de l'autre, d'une indépendance absolue. L'importance de la collatéralité suffit, en effet, à elle seule pour garantir la sensibilité de la surface cutanée après la section des nerfs, par le moyen de vastes emprises, voire même, en certains cas, de la superposition complète d'un district nerveux sur un autre. Il résulte de cette disposition des écarts inattendus entre le département anatomo-macroscopique d'un nerf et son domaine physiologique.

2° Les *échanges* nerveux périphériques s'opèrent non seulement entre branches d'un même nerf, mais encore entre nerfs appartenant à des plexus différents. On les observe dans les nerfs régénérés comme dans les nerfs primitifs.

3° Quant au *trajet* des fibres collatérales, elles parcourent la plupart du temps les masses profondes du membre, et viennent émerger, pour ainsi dire, de chaque point de la surface aponévrotique pour pénétrer directement dans la peau.

4° Pour ce qui concerne enfin la *suspension* de la sensibilité, elle résulte toujours, si l'on en excepte peut-être l'anesthésie du coussinet du gros orteil, non d'une paralysie du bout périphérique, mais d'une excitation partant du point lésé du bout central, gagnant d'abord les centres des fibres nerveuses intéressées, puis se propageant secondairement aux centres des nerfs voisins et même à ceux d'un autre plexus. L'action exercée sur les derniers centres est de nature *inhibitrice*. L'épuisement de cette influence amène graduellement le retour de la sensibilité. Chez l'homme, la durée du laps de temps qui s'écoule entre l'abolition et le retour de la sensibilité dépasse généralement de beaucoup celle du même délai chez l'animal.

5° Enfin la collatéralité ne remplit, chez la grenouille, qu'un rôle restreint ou nul. Chez le chien et le chat, elle offre une certaine constance. Chez l'homme, au contraire, elle varie dans des limites considérables.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Chénier*, vétérinaire militaire, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*, sur *la nature et le traitement du goitre*. (*Accepté*.)

MM. les docteurs *Feradon* (à Lalla-Marghnia, Algérie) et *Bodeau* (à Aflou, Algérie) envoient les relevés des *vaccinations* qu'ils ont pratiquées en 1886. (*Commission de vaccine*.)

MM. les docteurs *Pamard* (à Avignon), *Sagnier* (à la Grand'Combe, Gard), *Somet* (à Saint-Pierre-le-Moutier, Allier) et *Lavergne* (à Moulins, Allier), adressent leurs relevés statistiques et rapports sur l'hygiène de l'enfance. (*Commission de l'hygiène de l'enfance*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *L'Huillier* (de Nancy), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Recherches nouvelles sur les maladies du cœur*; 2° de la part de M. le docteur *Prince* (de New-York), deux brochures sur des sujets de *chirurgie*.

M. *Gallard* présente une brochure de M. le docteur *Lediberder* (de Lorient), sur la *scarlatine*.

M. *Brouardel* fait hommage de la 2e édition du *Précis de médecine judiciaire*, par M. le docteur *A. Lacassagne* (de Lyon).

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un ouvrage de feu M. *Jacquet de la Tuffière*, ayant pour titre : *Documents historiques sur l'hôpital Cochin*.

M. *Maurice Perrin* fait hommage d'un *Traité des manœuvres d'ambulance*, par M. le docteur *Robert*, médecin principal de l'armée.

SERVICE DE LA VACCINE A L'ACADÉMIE. — A une demande de renseignements sur le service de la vaccine à l'Académie, adressée par M. le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, l'Académie répond, par l'organe de M. *Blot*, qu'elle pratique chaque année de 3 à 4000 vaccinations et 1000 revaccinations en moyenne; elle distribue annuellement 11 000 plaques de vaccin, 2 700 tubes, 5000 lancettes chargées, qui sont envoyées dans toute la France et dans la plupart de nos colonies. Les succès obtenus sont dans la proportion de 99 pour 100 pour la vaccination de bras à bras et de 85 à 90 pour 100 avec le vaccin en tube. M. Blot émet, en outre, le vœu que les centres vaccinogènes soient multipliés en France afin de faciliter la pratique de la vaccine; ces centres devraient surtout être placés dans les grandes villes d'arrivages maritimes et dans les localités où réside une nombreuse population militaire.

ALCOOLISATION DES VINS. — M. *Bergeron* donne lecture des conclusions modifiées que la Commission dite du vinage soumet à l'Académie; ces conclusions seront discutées dans la prochaine séance :

1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins telle qu'elle se pratique aujourd'hui avec les alcools industriels. Mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts à la condition de se servir de sucres cristallisés.

2° Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés.

3° L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool. Parmi ces mesures, elle signale la création de laboratoires annexés aux bureaux de douane ouverts à l'importation des vins étrangers.

4° Les alcools dits supérieurs augmentant dans une forte proportion les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à la fabrication des liqueurs soient absolument purs.

5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. le docteur *Pécholier* (de Montpellier) lit un mémoire sur le traitement hâtif de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine et les bains de pieds tièdes. Il donne tous les jours le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1gr,20, à partir du moment des premiers symptômes; lorsque la température s'élève un peu trop, il administre des bains de pieds tièdes; le fonctionnement du cœur vient-il à être troublé, il augmente légèrement la dose de sulfate de quinine.

M. Pécholier déclare que, grâce à ce traitement, la maladie est domptée, jugulée, et ne dure plus en moyenne que quatorze à quinze jours. Il apporte à l'appui soixante-quatre observations consécutives, sans un seul insuccès.

PARASITISME MICROBIQUE LATENT. — Sous ce titre, M. *Verneuil* fait une communication dont l'analyse critique est reproduite plus haut (voy. p. 517).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1886.—PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

Traitement des fractures et entorses par la massage (Discussion : MM. Larger, Terrier, Lucas-Championnière, Berger, Terrillon). — Opération de bec-de-lièvre double en deux temps, rapport : M. Richelot. — Deux cas de tumeurs du maxillaire supérieur, rapport : M. Berger (Discussion : MM. Terrier, Tillaux, Kirmisson). — Réduction des luxations anciennes du coude, rapport : M. Farabeuf. — Pneumotomie pour une caverne du poumon consécutive à un kyste hydatique : M. Bouilly.

M. *Larger*, à propos de la communication de M. Lucas-Championnière sur le traitement des fractures par le massage, expose la manière dont il traite depuis longtemps les entorses et les fractures du péroné et du radius. Il applique d'abord bien méthodiquement la bande d'Esmarch, la laisse en place quelques instants et recommence les jours suivants jusqu'à ce que le gonflement ait disparu. Ordinairement vers le quatrième ou cinquième jour, toute tuméfaction a disparu et les malades sont alors laissés sans appareil. Par ce moyen M. Larger n'a jamais eu d'accidents et ses malades ont guéri d'une façon très rapide.

M. *Terrier* a expérimenté le procédé de M. Lucas-Championnière dans deux cas de fractures bien nettes du péroné, mais sans déplacement. Au bout de dix jours, les malades allaient très bien, ils n'avaient plus aucun gonflement et demandaient à se lever. L'un d'eux a marché et est sorti de l'hôpital au dix-septième jour, l'autre est encore en traitement.

M. *Lucas-Championnière* en faisant sa communication n'a pas voulu faire une étude générale sur le massage, étude qui mérite toute l'attention; il n'a eu d'autre but que de montrer la valeur clinique des manœuvres qu'il préconise et qui sont bien supérieures à l'application des bandes élastiques et autres appareils. Un des grands avantages du massage, c'est qu'il peut être employé par tout le monde, sans le secours d'aucun instrument. Ce qui prouve bien son innocuité, c'est le succès qu'en obtiennent les rebouteurs, gens grossiers n'ayant aucune notion d'anatomie ni de physiologie. M. Lucas-Championnière proteste en passant contre la doctrine, qui veut que l'immobilisation soit le meilleur moyen de prévenir l'ankylose des jointures. Pour lui il a toujours soin d'imprimer des mouvements aux articulations que des fractures ou autres accidents des membres condamnent à l'immobilité, et il en retire de très grands avantages.

M. *Berger* a employé dans son service un masseur de profession pour traiter les raideurs articulaires consécutives aux fractures et il a été extrêmement satisfait du résultat. En quelques jours les raideurs qui succèdent aux fractures du péroné et du radius ont complètement disparu.

M. *Terrillon*, en sa qualité de chirurgien d'un établissement d'instruction, a eu occasion de traiter un grand nombre de fractures du péroné et depuis longtemps il n'applique plus dans ces circonstances qu'un appareil silicaté très lâche, laissant l'avant-pied libre et avec lequel les jeunes malades marchent dès les premiers jours. Cet appareil n'immobilise rien, et, s'il l'applique, c'est pour ne pas aller contre les habitudes où l'on est de maintenir les membres fracturés avec des attelles.

— M. *Richelot* fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. de Valcourt (de Cannes). Il s'agit d'un bec-de-lièvre double avec bourgeon médian extrêmement petit, de telle sorte qu'il ne pouvait combler la brèche existant entre les deux portions latérales de la lèvre. Dans un premier temps le chirurgien réunit les deux bords du bourgeon médian à chacune des parties voisines de la lèvre. A la suite de cette première opération le bourgeon médian mieux nourri et tiraillé se développa, de telle sorte qu'au bout de deux ans M. de Valcourt put sans difficulté par une opération complémentaire réparer complètement la lèvre et obtenir un très beau résultat, ainsi que le montre la photographie jointe à l'observation.

— M. *Berger* fait un rapport sur deux observations de tumeurs du maxillaire supérieur envoyées par M. Jeannel. Le premier fait est relatif à un enchondrome, qu'un homme de quarante-cinq ans portait depuis plusieurs années, sous forme d'une petite tumeur implantée sur le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur près de la ligne médiane. M. Jeannel enleva le néoplasme, qui récidiva l'année suivante et fut à nouveau extirpé. Quelque temps après, troisième récidive et ablation complète du maxillaire correspondant. Le malade était à peine guéri, que le néoplasme récidiva pour la quatrième fois. M. Jeannel voulut alors enlever le maxillaire restant, mais le malade s'y refusa. L'examen histologique fait par M. Laulanié montra dans la pièce provenant de la première opération un tissu chondromateux hyalin très riche en cellules de cartilages séparées par une très petite quantité de matière intercellulaire. Dans la pièce fournie par la seconde opération, il n'y avait plus que des cellules cartilagineuses sans interposition de matière cellulaire. Cette observation, fait remarquer M. le rapporteur, vient en tous points à l'appui des conclusions qu'il a émises il y a quelque temps dans un premier rapport à propos d'un travail de M. Kirmisson sur les enchondromes des mâchoires. Ce genre de tumeur, bien qu'histologiquement bénin, a par sa marche clinique les allures et toute la gravité des tumeurs les plus malignes et conséquemment il comporte une intervention radicale, qui va très rapidement jusqu'à l'extirpation complète de la mâchoire. M. Berger croit avoir trouvé le criterium histologique de la malignité dans l'absence du tissu intercellulaire et la prolifération extrêmement active des cellules de cartilage. La deuxième observation de M. Jeannel a trait à un homme de quarante-deux ans, qui souffre de névralgies de la mâchoire depuis de longues années. Il y a cinq ans, il a vu apparaître une tuméfaction sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur près de la ligne médiane. Cette tuméfaction a graduellement augmenté et un beau jour elle s'est ouverte au point le plus saillant et par l'ouverture est sortie de la matière caséeuse. Les douleurs ne cessant pas, le malade se fit arracher plusieurs dents. Les alvéoles où elles s'implantaient devinrent le point de départ d'autant de trajet fistuleux, à travers lesquels faisaient issue des bourgeons de tissu mollasse, caséiforme. En introduisant un stylet dans ces trajets, on constatait qu'il pénétrait dans une grande cavité. M. Jeannel, dans une première opération, enleva la tumeur, qui ne tarda pas à se reproduire et fut de nouveau extirpée et profondément cautérisée. L'examen au microscope montra une membrane kystique bourgeonnante, ayant une structure analogue à la peau, mais sans trace de glandes sébacées ou sudoripares. M. Jeannel, en face de ce résultat histologique, pense avoir eu affaire à un kyste dermoïde par inclusion fatale. M. le rapporteur, sans se prononcer d'une façon formelle, met en doute l'idée d'un kyste dermoïde; il pense qu'il serait peut-être plus rationnel, étant donnée la marche clinique de l'affection, de songer à un de ces épithéliomes paradentaires sur la pathogénie desquels MM. Verneuil, Reclus, Malassez ont particulièrement insisté.

M. *Terrier* pense que toutes les fois qu'une affection des mâchoires offre une allure un peu extraordinaire, on doit songer à l'actinomycose, dont Julliard (de Genève), entre autres auteurs, vient de si bien décrire les caractères. Pourquoi cette hypothèse n'a-t-elle pas été soulevée par M. Jeannel?

M. *Tillaux*, en s'en rapportant à l'histoire clinique du malade de M. Jeannel, ne croit pas qu'il doive y avoir grande

hésitation. Ces douleurs, ces trajets fistuleux par où s'échappaient des bourgeons mollasses, la récidive de l'affection, etc., tout cela semble bien indiquer qu'on ait eu affaire à un épithélioma.

M. *Kirmisson* pense aussi qu'il s'agit d'un épithélioma. S'il s'était agi d'actinomycose, les champignons caractéristiques n'auraient pas échappé à l'examen histologique. A ce propos M. Kirmisson donne quelques détails sur le malade de M. Julliard, qu'il a eu occasion de voir ces jours derniers à Genève. L'affection siège dans le maxillaire inférieur, et le chirurgien genevois en poursuit la destruction à l'aide du fer rouge.

— M. *Farabeuf* fait un rapport au sujet de deux faits de réduction de luxations anciennes du coude, l'une datant de 158 jours, envoyée par M. Nélaton, l'autre de 143 jours et provenant de M. Peyrot. Prié par ces deux chirurgiens de leur donner son avis et ses conseils, M. Farabeuf, après s'être rendu compte de la cause et du siège des résistances, imagina de les rompre d'une façon fort ingénieuse. A cet effet, il exerça à l'aide de poids une traction de 50 kilogrammes sur l'avant-bras placé de champ; puis par des mouvements alternatifs de pression de haut en bas et de bas en haut au milieu du coude, il rompit les adhérences et put dès lors réintégrer le radius et le cubitus dans leurs rapports normaux avec le condyle et la trochlée de l'humérus.

— M. *Bouilly* communique une observation de kyste hydatique ancien du poumon ouvert dans les bronches traité par la pneumotomie. Le malade, âgé actuellement de quarante-six ans, avait eu, il y a dix ans, à l'Hôtel-Dieu, une vomique hydatique. Depuis cette époque il menait une vie misérable, la cavité de son kyste ne s'étant pas comblée et donnant lieu de temps en temps à des accidents très pénibles en même temps que d'une façon constante à une expectoration abondante et fétide qui rendait impossible tout commerce avec ses semblables. C'est dans un état tout à fait pitoyable qu'il entra dans le service de M. Gombault à l'hôpital Cochin. Ce médecin le présenta à M. Bouilly, qui, après l'avoir examiné, entreprit de le débarrasser de sa poche purulente par une pneumotomie. A cet effet, après avoir chloroformé non sans quelque difficulté le malade, il fit au-devant de la caverne une incision en V comme pour l'Estlander et réséqua les côtes. A ce moment, il eut sous les yeux la paroi du kyste. Il y enfonça un trocart, et, s'en servant comme d'un conducteur, il incisa crucialement la poche avec le thermocautère. Après quelques incidents dus à la pénétration du sang dans les bronches, tout se calma. M. Bouilly bourra le kyste avec la gaze iodoformée sans en gratter la paroi et appliqua un pansement antiseptique. Il le changea les jours suivants, en ayant soin, pour ne pas irriter la paroi par des lavages sous pression, de faire sur elle des pulvérisations avec l'appareil de Richardson. Le malade va aussi bien que possible, il n'a pas de fièvre, et l'expectoration, qui auparavant remplissait trois crachoirs dans les vingt-quatre heures, se réduit seulement à quelques crachats. A propos de cette observation, M. Bouilly entre dans quelques détails sur l'histoire, les indications et les contre-indications et le manuel opératoire de la pneumotomie, opération qui, n'ayant jamais été faite encore en France, a été dernièrement très bien étudiée à l'aide de documents étrangers par le docteur Truc.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Influence des excitations sensorielles sur la circulation périphérique : M. Ch. Féré. — Détermination de la force électro-motrice des courents nerveux et musculaire : M. Mendelssohn. — Sur le courant nerveux axial : M. Mendelssohn. — Photographie microscopique : M. Fayelle. — Présentation d'une lamelle électrique : M. Barbey. — Appareil pour mesurer les échanges respiratoires chez les poissons : M. Gréhant. — Modification de l'expérience de Priestley : M. Gréhant. — Rôle anti-toxique du foie : M. Roger. — Sur le dosage de la glycose : M. Quinquaud. — Rapport entre la contraction musculaire et la production de chaleur : M. Quinquaud. — Sur la circulation dans la rate : M. Grigorescu. — Troubles cardiaques dépendant des tumeurs de l'abdomen : M. Sebileau.

M. *Féré* a essayé de déterminer, à l'aide du pléthysmographe, l'influence que peuvent exercer les excitations sensorielles sur la circulation périphérique. Il a remarqué, d'une manière générale, que les excitations intenses, ainsi que les émotions fortes, produisent une dépression vasculaire, tandis que les excitations agréables amènent une élévation de la pression sanguine.

M. *Gley* fait observer que le pléthysmographe, tel que l'a employé Mosso, et comme M. Féré l'emploie, ne donne pas, à proprement parler, la mesure de la pression intra-vasculaire (pression sanguine proprement dite), mais simplement l'indication des changements de volume des membres dépendant d'une circulation périphérique plus ou moins abondante et plus ou moins facile.

M. *Féré* répond qu'il interprète, en effet, ses expériences conformément à ces données.

— M. *Mendelssohn* expose une nouvelle formule, à l'aide de laquelle on peut déterminer la force électromotrice du courant nerveux ou du courant musculaire avec des électrodes impolarisables et non homogènes, sans être obligé de compenser, au préalable, le courant des électrodes, comme l'a conseillé Du Bois-Reymond.

— M. *Mendelssohn*, poursuivant ses recherches sur le courant nerveux axial, a trouvé que la force électromotrice du courant axial est, jusqu'à un certain point, en rapport avec la longueur et avec le volume du tronçon nerveux employé. La fatigue du nerf, provoquée par la tétanisation prolongée, diminue et peut même abolir le courant axial. C'est ainsi que M. Mendelssohn, en tétanisant un nerf mixte, a vu le courant axial changer de direction, et d'ascendant devenir descendant. La dessiccation diminue rapidement la force électromotrice du courant axial.

— M. *Mathias Duval* décrit, au nom de M. *Fayelle* (de Caen), le dispositif que celui-ci emploie pour photographier des objets placés sous le microscope. M. Mathias Duval rappelle, à ce propos, les premiers essais faits par M. Fayelle dans cette voie, et qui furent présentés à la Société même en 1872.

— M. *Mathias Duval* présente, de la part de M. *Barbey* (de Caen), une lamelle électrique.

— M. *Gréhant* décrit l'appareil dont il se sert pour étudier l'absorption d'oxygène et l'exhalation d'acide carbonique par les animaux aquatiques. Cet appareil est très différent de celui qui a été employé par MM. Jolyet et Regnard dans leurs belles recherches sur la respiration des poissons et beaucoup plus simple. Par ce moyen, M. Gréhant a déjà pu déterminer les variations du rapport $\frac{CO^2}{O}$, chez les poissons, dans un certain nombre de conditions. C'est ainsi qu'il a vu augmenter considérablement l'exhalation d'acide carbonique et l'absorption d'oxygène sous l'influence de contractions musculaires répétées.

— M. *Gréhant*, par une modification très heureuse, a singulièrement simplifié la fameuse expérience de Priestley sur la relation étroite qui existe entre la respiration des animaux et les phénomènes de nutrition des végétaux. Il place dans une éprouvette remplie d'eau et exposée à la lumière solaire un Cyprin et quelques tiges de Potamogeton, et, dans une autre éprouvette semblable, un autre Cyprin tout seul. Or celui-ci meurt asphyxié au bout de quelques heures, tandis que le premier continue à vivre un très long temps, grâce à l'oxygène que lui fournit la décomposition de l'acide carbonique opérée par le Potamogeton.

— M. *Roger*, poursuivant ses expériences sur le rôle antitoxique du foie, a reconnu que la quinine, la morphine, l'atropine, les sels ammoniacaux, introduits par la veine porte, sont beaucoup moins toxiques, retenus et détruits qu'ils sont en partie par le tissu hépatique.

— M. *Quinquaud* expose les diverses modifications qu'il a apportées au dosage de la glycose à l'aide de liqueurs titrées.

— M. *Quinquaud* a vu que l'électrisation localisée des muscles adducteurs de la cuisse, sur les chiens, suffit à amener une élévation de la température centrale très notable, telle même que l'animal peut mourir d'hyperthermie (42, 43 degrés). De plus, il a constaté que, sous l'influence de ces contractions énergiques et répétées, la quantité de sucre contenu dans le sang des veines qui sortent des muscles excités a considérablement diminué.

— M. *Grigorescu* a continué ses recherches sur la circulation dans la rate; il expose les résultats auxquels il est arrivé relativement à la circulation splénique intrinsèque.

— M. *Sebileau* a eu l'occasion d'observer plusieurs fois des troubles cardiaques dépendant de diverses tumeurs abdominales; il signale tout particulièrement les phénomènes asystoliques consécutifs aux opérations pratiquées sur ces tumeurs, et indique les explications proposées pour rendre compte de ces phénomènes.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 21 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

De la cotoïne : M. Henri Huchard (Discussion : MM. C. Paul, Moutard-Martin). — Des pansements à la gélosine : M. Guérin (Discussion : MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz). — Du salol : M. Boismont. — Traitement des métrorrhagies : M. Brame.

M. *Henri Huchard* donne lecture d'une note sur les propriétés thérapeutiques de la *cotoïne*, principe extrait du coto, plante originaire de la Bolivie, et que Laborde a démontré faire partie de la famille des laurinées. Le coto est depuis longtemps réputé en Bolivie contre la goutte, le rhumatisme, et surtout contre la diarrhée. Ses propriétés ont été expérimentées en Allemagne par Von Gielt (de Munich), puis par Burkart (de Stuttgard); Jobst (de Stuttgard) a extrait la cotoïne du *coto verum*, et la paracotoïne du *paracoto*. La cotoïne se présente sous la forme d'aiguilles jaunes, fusibles à 130 degrés, solubles dans l'eau chaude, l'alcool, l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, les alcalins; peu soluble dans l'eau froide, le pétrole, la benzine. L'acide nitrique détermine dans les solutions de cotoïne l'apparition d'une coloration rouge-sang assez caractéristique, qui peut permettre de déceler sa présence dans l'urine. La paracotoïne doit être laissée de côté, car elle a les mêmes propriétés que la cotoïne, mais elle est moins active. La cotoïne jouit d'un pouvoir antiseptique et antizymotique assez marqué; elle n'est pas toxique à la dose de 1 gramme chez le lapin. A la dose de 15 à 20 centigrammes, chez l'homme, elle excite l'appétit sans produire de constipation; elle est aussi antisialorrhéique. Comme elle est insoluble dans le suc gastrique, elle arrive directement dans l'intestin, où elle détermine, suivant les expériences d'Albertoni, une dilatation active des vaisseaux. Elle serait efficace contre les diarrhées de diverse nature : diarrhée de la tuberculose, de la pellagre, diarrhée arthritique, catarrhale simple, etc. On l'a même proposée dans le traitement du choléra. On administre la cotoïne soit en poudre, soit sous la forme d'extrait alcoolique ou de teinture; on prépare aussi du vin de coto en faisant macérer, pendant dix jours, 30 grammes d'écorce de coto concassée dans un litre de vin de Malaga; il faut agiter fréquemment, puis filtrer pour avoir un vin limpide. On a conseillé également la formule suivante, en vue de pratiquer des injections hypodermiques : cotoïne, 1 gramme; éther acétique, 4 grammes; mais ces injections sont douloureuses et inutiles. M. Henri Huchard emploie de préférence la cotoïne en poudre : cotoïne, 4 grammes pour 20 cachets (en prendre deux à trois par jour). Il a essayé ce médicament chez un certain nombre de malades atteints de diarrhée rebelle : tuberculeux, arthritiques, etc., il a obtenu quelques succès assez encourageants, qui confirment les assertions déjà émises par divers expérimentateurs au sujet des propriétés antidiarrhéiques de la cotoïne.

M. *C. Paul* regrette que M. Henri Huchard n'ait pas spécifié si c'est aux diarrhées de l'intestin grêle que s'adresse l'action de la cotoïne; on sait, en effet, combien la thérapeutique des diarrhées de l'intestin grêle diffère de celle des diarrhées du gros intestin : ainsi, la viande crue, excellente dans le premier cas, donne des résultats déplorables dans le second. Il se déclare également un peu surpris des succès obtenus à l'aide de la cotoïne dans le cas de diarrhée rebelle chez les tuberculeux.

M. *Henri Huchard* fait observer qu'il n'a pas obtenu de succès aussi brillants que paraît l'avoir compris M. C. Paul; il a administré la cotoïne à trois tuberculeux atteints de diarrhée, et ce remède a échoué complètement chez deux de ces malades; chez le troisième, il n'a réussi qu'incomplètement à suspendre le flux diarrhéique. Dans le cas de diarrhée catarrhale ou arthritique, les accidents n'ont pas toujours été supprimés. M. Henri Huchard est d'ailleurs porté à croire que c'est, en effet, les diarrhées de l'intestin grêle qui sont justiciables de la cotoïne; mais il n'a pu l'expérimenter dans les diarrhées du côlon, et en particulier dans la dysenterie, n'ayant pas eu à sa disposition de malades atteints de ce genre d'affection. Il ne propose pas la cotoïne comme un remède infaillible; mais il a cru intéressant d'étudier ce médicament, sur lequel, à l'étranger, s'est fixée l'attention d'observateurs de mérite.

M. *Moutard-Martin* déplore l'emploi trop fréquent dans les publications de thérapeutique d'un genre de phrase qui se retrouve au début de la communication de M. Henri Huchard. En effet, M. Henri Huchard a dit, à propos de la cotoïne : « On l'a proposée dans le traitement du choléra. » Le mérite ne consiste pas à proposer un médicament, mais à l'expérimenter judicieusement et à en démontrer l'efficacité. Il ne faut pas pousser l'amour de l'historique jusqu'à citer les auteurs qui se sont contentés de *proposer* un médicament quelconque dans une maladie quelconque.

— M. *Campardon* donne lecture de son rapport, fait au nom de la commission chargée par la Société d'apprécier les titres scientifiques de M. Salomone Marino. M. Campardon conclut à l'inscription de M. Marino sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

— M. *Guérin* présente à la Société des topiques en gélosine destinés à la thérapeutique oculaire. Il s'agit de petits cylindres en gélosine coulés dans des tubes de verre de minime diamètre, et renfermant, pour chaque centimètre de la

baguette de gélosine, un demi-milligramme d'atropine, où d'ésérine, etc... Il suffit donc, après avoir fait sortir en partie du tube de verre le petit cylindre médicamenteux, de le couper à la longueur voulue, suivant la dose que l'on désire employer, et de le déposer dans le cul-de-sac conjonctival du malade. Ce topique est admirablement supporté; peu à peu la gélosine se rétracte et exprime à la surface de la conjonctive la solution médicamenteuse qui lui était incorporée. Afin d'éviter toute erreur, M. Guérin a coloré d'une légère teinte, toujours la même pour le même médicament, les petits cylindres de gélosine. Il présente également une sorte de petit cataplasme ovalaire, à surface concave, formé de gélosine, et destiné à servir de pansement après l'opération de la cataracte.

M. *C. Paul* rappelle que l'on s'est servi depuis longtemps, en thérapeutique oculaire, de petites feuilles de gélatine médicamenteuse que l'on insérait entre la paupière et le globe oculaire; c'est là un procédé analogue à celui que propose M. Guérin. M. C. Paul trouve cette manière de faire très commode, et accorde la préférence, pour sa part, à ces topiques solides, plutôt qu'aux solutions médicamenteuses qui s'altèrent à la longue et n'ont plus qu'une action infidèle. — Avec le concours de M. Guérin, il a employé, dans son service, le cataplasme en gélosine appliqué à demeure sur les arthrites aiguës. En préparant de semblables cataplasmes avec une décoction d'espèces aromatiques, on obtient un excellent topique suffisamment antifermentescible pour pouvoir être laissé en place trois et quatre jours. Ce même mode de pansement, avec de la gélosine à laquelle on a incorporé de l'iodoforme, donne de très bons résultats dans le traitement des ulcères variqueux; il est utile d'ailleurs de retarder la dessiccation de ce cataplasme de gélosine en le recouvrant d'un taffetas gommé imperméable. On arrive ainsi à l'emploi du cataplasme *rare*, dans le traitement des plaies. M. C. Paul a aussi expérimenté des tiges desséchées de gélosine à laquelle avaient été préalablement incorporés de l'iodoforme, du tanin, etc.; il s'en est servi comme topiques intra-utérins. On doit se rappeler que des tiges de cette nature se gonflent et augmentent notablement de volume à l'humidité; il faut donc se défier de leur action dilatatrice, ou, au contraire, la mettre en œuvre suivant les cas. Somme toute, la gélosine constitue un excellent excipient, laissant une grande liberté d'allures à la thérapeutique.

M. *Dujardin-Beaumetz* s'est également servi du moulage des articulations malades avec la gélosine : le manuel opératoire présente quelques difficultés qui ont été heureusement résolues par M. Guérin. M. Dujardin-Beaumetz se propose de tenter avec la gélosine la cure de l'hydrocèle. On sait, en effet, que si l'on injecte, dans la vaginale, après en avoir retiré quelques centimètres cubes de liquide, une égale quantité d'alcool, on solidifie tout l'épanchement, qui, parfois, est ensuite résorbé peu à peu, sans qu'il se produise de liquide nouveau. C'est un procédé analogue que M. Dujardin-Beaumetz compte employer : il injectera dans la vaginale une petite quantité de gélosine, préparée à 40 degrés, de telle façon qu'elle suffise à solidifier, après refroidissement, tout l'épanchement de l'hydrocèle; il espère que la résorption du liquide se fera complètement, ne laissant dans la vaginale que le minime squelette de gélosine rétractée.

— M. *Boismont* donne lecture d'une note sur le *salol*. C'est un composé d'acide salicylique et de phénol qui renferme 60 pour 100 d'acide salicylique et 40 pour 100 de phénol. Il se présente sous forme d'une poudre blanche, cristalline, sans odeur ni saveur, insoluble dans l'eau, soluble seulement dans l'alcool et l'éther. Il a été expérimenté par M. Sahli, qui a reconnu son action antirhumatismale et antipyrétique tout analogue à celle de l'acide salicylique ou du salicylate de soude; il offre l'avantage de ne pas exercer, comme ces médicaments, une action nocive sur l'estomac. Il se dédouble seulement dans l'intestin, où il joue le rôle d'un antiputride énergique. Il s'élimine par l'urine, et on peut l'y déceler avec le perchlorure de fer au moyen de la coloration violette semblable à celle que fournit l'acide salicylique. On l'a administré en poudre, dans des cachets, à la dose de 4 à 8 grammes par jour. On peut encore s'en servir comme topique pour l'usage externe : il procurerait du soulagement dans l'urticaire permanente.

— M. *Brame* communique une note sur le traitement des métrorrhagies.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de l'épilepsie, par M. Wildermuth. — Dans le cours de sa longue carrière à la tête d'un établissement consacré aux épileptiques, cet observateur a eu l'occasion de mettre à l'essai les médications tour à tour préconisées contre le mal comitial. Il s'est arrêté, dans la plupart des cas, au traitement bromuré, dont il proclame la supériorité.

Pour combattre l'*épilepsie* ou pour mieux dire l'*état épileptique*, M. Wildermuth administre le bromure de potassium à la dose initiale de 2 grammes chez l'enfant; de 5 grammes chez l'adulte, dose qu'il augmente progressivement jusqu'à 5 et 8 grammes et qu'il porte très rarement à 10 grammes. Il prescrit ce bromure dans l'eau ou dans le lait, redoutant la présence des chlorures qui provoqueraient des troubles gastriques et celle des iodures qui sont mal supportés. L'ingestion stomacale de chaque dose est suivie d'exercices physiques pour prévenir la gastralgie.

Quand il suspend la médication, il recommande d'abaisser ces doses quotidiennement et graduellement en évitant d'interrompre brusquement l'usage du médicament.

Le traitement peut provoquer des accidents : à cet effet il prévient les altérations dentaires ou gingivales par des gargarismes au permanganate de potasse et les éruptions cutanées par l'administration quotidienne de six gouttes de liqueur de Fowler, des bains tièdes et des onctions avec la pommade d'Hébra.

C'est encore avec cette pommade qu'il combat les ulcérations bromurées, et, quand elles sont rebelles, il n'hésite pas à les traiter par la curette tranchante. Les troubles circulatoires du bromisme nécessitent la cessation du médicament; puis l'administration du café, de douches spinales en pluie et du massage des membres. Au reste, quand les épileptiques sont très sensibles au bromure de potassium pur, il préfère leur prescrire l'ingestion quotidienne d'une bouteille ou d'une demi-bouteille d'eau bromurée d'Erlenmayer, dont voici la formule : Bromure de potassium et bromure de sodium, de chaque 4 grammes; bromure d'ammonium, 2 grammes; liqueur ammoniacale, 1 goutte; eau gazeuse, 600 grammes.

Au deuxième rang, M. Wildermuth place le sulfate d'atropine et en combine l'emploi avec celui du bromure, donnant chaque jour 2 grammes et demi du second et deux à quatre pilules d'un demi-milligramme du premier. Cette médication convient surtout dans les cas récents et aux adolescents. Quand elle échoue, il lui substitue l'eau bromurée. Enfin, dans des cas désespérés, il a prescrit l'osmite de potassium à la dose quotidienne de 1 milligramme à 2 centigrammes et l'oxyde de zinc, selon la méthode d'Herpin. Par contre, il n'a obtenu aucun succès ni avec le curare, ni avec la racine d'armoise.

Quant aux courants continus, ils sont indiqués plutôt contre les manifestations choréiformes, l'anode étant appliqué sur le sternum et le cathode sur le rachis. Contre l'excitation psychique, il conseille encore l'hydrothérapie sous forme d'enveloppements humides et contre la somnolence, le massage.

Le régime diététique consiste dans l'usage modéré des viandes,

l'abstention des épices, la sobriété et l'abstinence du thé ou du café.

Le *traitement de l'accès* lui paraît inutile quand ces crises se succèdent rapidement. Sont-elles plus rares ? Il essaye les enveloppements humides, la glace sur la tête et l'augmentation au double ou au triple de la dose de bromure. Par contre, il redoute le chloroforme à cause des perturbations respiratoires et réserve le chloral pour combattre l'excitation dans l'intervalle des accès. Dans les cas où le cœur menace de s'arrêter, il recommande de pratiquer sous la peau de la région thoracique des injections d'huile camphrée jusqu'à la dose de 50 grammes. (*Deutsche medizinal Zeitung*, juin 1886.)

Du traitement de l'indigestion par l'acide phénique, par M. Dixon. — Les essais de M. Dixon n'auront pas le mérite de la nouveauté : en tout cas, ils ont pour eux le succès, dans ces formes d'indigestions auxquelles Lunder Brunton donnait le nom de *pyrosis hyperesthésique*, et dans la dyspepsie des buveurs de thé.

Le traitement classique par l'administration d'un vomitif ou des alcalins à hautes doses parvient parfois à faire disparaître l'acidité, la flatulence et les douleurs stomacales. M. Dixon obtient les mêmes effets en administrant, isolément ou en association aux carbonates alcalins, deux gouttes d'une solution concentrée d'acide phénique dans la glycérine.

Au reste, une note publiée dans le *British medical Journal*, du 21 mai dernier, sous la signature de M. Edward Beran, confirme l'efficacité de ce traitement contre les dyspepsies douloureuses. La formule que recommande ce dernier observateur est la suivante : Acide phénique cristallisé, 1 partie ; glycérine, 4 parties. Chaque dose de 5 à 10 gouttes de cette solution s'administre dans un demi-verre d'eau de menthe. Au besoin, pour calmer les douleurs stomacales, on peut ajouter quelques gouttes de laudanum ou deux gouttes de la préparation bien connue sous le nom de gouttes noires anglaises. Contre les dyspepsies flatulentes, on associera utilement à l'acide phénique quelques gouttes de teinture de noix vomique.

Il resterait à déterminer le mode d'action des préparations phéniquées contre les dyspepsies. Deux hypothèses prétendent l'expliquer : l'une l'attribue à un arrêt des fermentations ; l'autre, à l'anesthésie de la paroi stomacale. (*British medical Journal*, mai 1886.)

Deux diurétiques : les fruits du Rubus chamœmorus et du Cucumis citrullus, par M. Popoff. — Les paysans russes attribuent des vertus médicinales à ces fruits ; ils emploient les premiers en infusion aqueuse ou alcoolique et les désignent sous le nom de *moroshka ;* ils font usage des seconds sous forme de jus frais, obtenu par expression.

En 1856, Trinkowsky (*Mediz. Zeitung Russland's*, 1856, n° 14) proposa d'essayer les fruits du *Rubus chamœmorus* contre l'hydrocéphalie ; mais bien avant lui, Frank recommandait dans le même but les feuilles de ce végétal. Dans ses travaux récents, M. Popoff en a mis à l'essai la décoction, l'extrait et la teinture, qu'il préparait avec les fruits. Il en isola un principe acide, cristallisable, soluble dans l'eau et dans l'alcool et possédant, comme les préparations précédentes, des vertus diurétiques qu'il manifeste en agissant sur le parenchyme rénal. En effet, dans les expériences sur les animaux, M. Popoff a noté que ce corps ne modifiait pas les mouvements du cœur et qu'il ne changeait pas la tension artérielle. Ce n'est donc pas un diurétique vasculaire, mais plutôt un diurétique par action élective sur le rein.

A ce point de vue son action diurétique est plus grande quand on introduit ses solutions dans l'organisme par la voie sous-cutanée. Deux centigrammes d'un sel sodique du principe actif par kilogramme du poids de l'animal mis en expérience, provoquent ce phénomène. La section de la moelle, celle du nerf pneumogastrique et la curarisation augmentent la diurèse ainsi provoquée ; l'excitation de ce nerf ne la modifie pas. M. Popoff a vérifié ces mêmes faits sur l'homme et considère les fruits du *Rubus chamœmorus* comme un médicament diurétique équivalent à cette teinture alcoolique qui est prescrite en Russie sous le nom d'antihydropisine. Cette conclusion est donc modérée.

Le suc frais du *Cucumis citrullus* possède aussi ces propriétés. M. Manassein (*Vratch*, novembre 1881, p. 351) avait déjà recommandé le suc frais du melon d'eau, dont la renommée est fort populaire sur les bords du Don et dans le Caucase, où il remplace les cures de raisin dans le traitement des affections hépatiques ou intestinales et pour produire la diurèse dans les maladies des voies urinaires.

En expérimentant cette substance sur le chien, M. Popoff a constaté l'augmentation rapide de la quantité des urines et en même temps l'abaissement de la tension sanguine, ainsi que l'accélération des battements artériels. Après des injections sous-cutanées de ce suc, l'activité du cœur diminuait et parfois même cet organe s'arrêtait en diastole.

A doses moyennes, elle provoquait ainsi de la prostration, de l'affaiblissement musculaire et de l'engourdissement. A doses élevées, les réflexes étaient abolis. En résumé, M. Popoff lui attribue, comme aux fruits du *Rubus chamœmorus*, une action élective sur le rein.

Quelle que soit la valeur définitive de ces recherches, il faut convenir qu'elles présentent un intérêt. En effet, la thérapeutique est pauvre en diurétiques de cette nature et la clinique aurait avantage à posséder des médicaments diurétiques qui ne modifient pas directement les fonctions du cœur et des vaisseaux. (*Vratch*, 1886, n° 4.)

Des propriétés physiologiques et thérapeutiques du bromure de nickel, par M. Hobart Amory Hare. — Le bromure de nickel a été introduit récemment dans la thérapeutique et surtout préconisé par un médecin américain, Da Costa, qui le prescrivait contre l'épilepsie et les convulsions épileptiformes.

M. Hobart Amory Hare l'a expérimenté sur les animaux à sang froid : la grenouille curarisée, et sur les animaux à sang chaud : le chien. Il a constaté que ce sel de nickel diminue l'excitabilité des centres nerveux spinaux, et modifie la contractilité du muscle cardiaque. En effet, le cœur de la grenouille s'arrête en diastole quand on le plonge dans ses solutions diluées, et celui du chien cesse tout battement après l'administration d'une dose élevée.

Ces propriétés sont en rapport avec les conclusions du travail d'un des compatriotes de M. Amory Hare. En effet, dans *The medical News* du 18 avril 1885, M. Leaman reconnaissait la valeur thérapeutique du bromure de nickel contre certaines névroses et contre les états névropathiques. Sa puissance serait égale à celle du bromure de potassium quand on le prescrit à une dose deux fois moins élevée, de sorte que 10 grammes de bromure de nickel produiraient les mêmes effets que 30 grammes de bromure alcalin.

Pour en faciliter la tolérance par l'estomac, M. Leaman le prescrit sous forme de sels effervescents. Il l'associe donc au bicarbonate de soude et à l'acide tartrique. Les doses varient entre 5 et 10 grammes et ses indications sont celles des bromures dans l'hystérie, l'épilepsie et chez les mélancoliques (*The therapeutic Gazette*, mai 1886, p. 297). Remarquons d'ailleurs que l'introduction des sels de nickel dans la thérapeutique des névropathies n'est pas toute récente. En 1866, Simpson l'essayait comme sédatif contre les névralgies. En 1867, Broadbent en discutait la valeur et auparavant encore on en avait fait un antipériodique.

Travaux à consulter.

Drainage permanent dans le traitement de l'ascite, par M. Llewellyn Eliot. — L'auteur a appliqué cette méthode à deux cas d'ascite, qui se terminèrent tous deux par la mort ; dans l'un et l'autre le traitement fut commencé trop tard ; il faudrait l'appliquer de bonne heure, et savoir vaincre la répugnance des malades à son égard. (*New-York med. Journal*, 26 juin 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis de médecine judiciaire, par M. A. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon ; ouvrage accompagné de quarante-sept figures dans le texte, de deux tableaux et de quatre planches en couleur. 2e édition. Paris, 1886, G. Masson.

La première édition de ce livre a été publiée en 1878 ; la seconde paraît huit ans après ; les années vont vite dans la science ; cet intervalle a suffi pour étendre la portée de l'ouvrage et pour lui donner un caractère nouveau. C'est que son auteur a pris lui-même une part active au mouvement de la science dont il nous présente l'histoire. Un enseignement spécial, l'expérience acquise par les fonctions d'expert devant les tribunaux, dans une grande ville, la direction d'un laboratoire d'où sont sorties d'importantes recherches, ajoutent l'utilité pratique à la valeur théorique du livre.

Elève de l'ancienne Ecole de Strasbourg, M. Lacassagne a bien voulu rappeler comment y était compris l'enseignement pratique de la médecine légale et les services qu'il a pu rendre ; grâce à ces autopsies médico-légales, pratiquées devant les élèves et d'où le maître pouvait déduire des notions utiles. Après avoir assisté à une de ces opérations qui appartiennent aujourd'hui à l'enseignement général de la médecine légale, l'élève retrouvera dans le précis, des faits analogues et pourra mieux ainsi classer ses observations.

Les grandes lignes de l'ouvrage sont restées les mêmes ; les faits et les aperçus nouveaux sont disposés dans un cadre méthodique qui réunit les questions analogues, avec des subdivisions qui descendent dans tous les détails de l'application pratique.

L'introduction, c'est l'historique de la science. Suivant la remarque de l'auteur, pour avoir une idée positive de la médecine judiciaire, il faut la suivre dans sa marche et dans ses transformations. L'étude de son passé permet de mieux apprécier son domaine actuel. C'est pourquoi M. Lacassagne consacre à cette étude historique un chapitre des plus intéressants, d'où il déduit ensuite des conclusions qui lui servent à caractériser la médecine légale ainsi que le rôle de l'expert.

La première partie du livre se rapporte aux droits et aux obligations du médecin dans la société et devant la justice. C'est un code médical abrégé qui comprend l'organisation médicale, les lois professionnelles, les règles des expertises, les actes du médecin en justice. C'est à la fois un précis de déontologie et de législation. Comment ne pas rappeler ici le livre du regretté directeur de ce journal, ce code moral, ce traité de législation, où Dechambre a retracé avec tant de vérité et un sentiment si vif du devoir, nos obligations professionnelles ? On peut répéter, à l'occasion de son livre : Honneur à la profession qui impose ces devoirs et qui inspire de pareils travaux !

La seconde partie comprend les questions relatives à la personne vivante et qui peuvent se rencontrer dans toute procédure. Ici se présentent d'importantes subdivisions. La classification des âges est mise en rapport avec les questions judiciaires qui se soulèvent, aux différentes périodes de la vie, suivant les aptitudes et les passions qui y correspondent.

L'impuissance, le mariage, la paternité, la maternité, après une étude méthodique, sont l'objet de conclusions précises. Le chapitre de l'identité a reçu des additions notables, en ce qui concerne les signes pathologiques. Le tatouage a été pour M. Lacassagne l'objet d'une étude particulière, fondée sur l'examen de plus de 2000 cas, et dont les résultats détaillés sont consignés dans l'article Tatouage du *Dictionnaire encyclopédique*. Notons encore, dans le même chapitre, la comparaison des droitiers et des gauchers, et des remarques sur l'identité des substances ou objets qui peuvent établir la participation d'un individu à des actes délictueux.

L'étude de la responsabilité criminelle et de la capacité civile reste subordonnée à ce principe que l'homme, qui a l'intégrité de l'intelligence, « est libre de choisir au moment d'un acte entre le bien et le mal et que par conséquent il est responsable moralement et doit être puni par la loi, s'il accomplit volontairement un acte contraire à la morale et condamné par la loi ». L'auteur relate avec soin, en les constatant dans cette nouvelle édition, les dispositions légales relatives à cette importante question ; il indique celles qui concernent la responsabilité criminelle et la capacité civile ; il y ajoute un aperçu utile sur la législation relative aux aliénés.

Pour les questions qui se rapportent à la mort, au cadavre, aux taches et aux empreintes, le cadre méthodique adopté par l'auteur s'est ouvert à des additions non moins importantes. La statistique a été largement utilisée dans ce livre ; elle sert de prélude à diverses questions. L'auteur nous prévient de l'intérêt qu'il y attache, en constatant que cette seconde édition a été mise au courant des travaux récents de statistique criminelle.

Les taches sont classées et décrites avec soin ; les règles de l'expertise, les procédés opératoires sont minutieusement indiqués ; c'est là encore une partie du précis qui a reçu une notable extension, par suite même des travaux de l'auteur, et l'on ne peut que souscrire à sa conclusion : « La question des taches est devenue dans ces dernières années une des plus précises de la médecine légale ; elle est féconde en résultats... ; mais les magistrats instructeurs n'oublieront pas qu'il faut, pour recueillir les taches et les conserver, beaucoup de précaution et d'habileté ; les experts devront être convaincus qu'ils auront à témoigner d'autant de patience que de connaissances techniques pour apprécier ces indices révélateurs. »

Les attentats contre les personnes forment un second groupe de problèmes. L'histoire des blessures est ici complète, avec la législation et une utile indication des secours à donner aux blessés. Divers tableaux méthodiques permettent à l'expert de ne rien omettre dans l'examen d'un pendu au moment de la levée du corps ou lorsqu'il procède à l'examen internes des organes. La mort par le calorique est étudiée dans ses formes diverses et l'action du froid est analysée avec le même soin. L'expert trouvera d'utiles indications sur les caractères de ces deux genres de mort, plus fréquents qu'on ne le supposait autrefois.

L'étude de l'empoisonnement est ramenée à sa juste mesure, dégagée de questions, importantes sans doute, mais qui intéressent plus le chimiste que le médecin. La statistique de l'empoisonnement criminel en France pendant cinquante-cinq années montre les proportions relatives des différentes substances auxquelles le crime a recours, le phosphore en première ligne, depuis 1860, dépassant l'arsenic, les sels de cuivre et l'acide sulfurique, les cantharides, l'opium, la strychnine et le cyanure de potassium, dont la proportion s'accroît. La législation relative à la vente des substances toxiques ou nuisibles est exposée avec détails, les degrés du délit ou du crime sont distingués. Les généralités sur les poisons comprennent les questions nouvelles relatives aux ptomaïnes. Classées d'après leur mode d'action, les principales substances toxiques sont ensuite l'objet d'une étude particulière au point de vue des symptômes, de l'anatomie pathologique, des caractères chimiques et physiques, sans omettre l'antidote et les règles du traitement.

La question du suicide est traitée avec de notables développements. M. Lacassagne était préparé à cette étude par ses travaux antérieurs, dont il nous présente l'analyse. Un tableau statistique, comprenant un grand nombre d'années, met en évidence les principaux éléments de cette question.

Dans le groupe qui se rattache à l'instinct sexuel et

aux fonctions de la reproduction, une étude intéressante est faite sur l'inversion de cet instinct, dans l'un et l'autre sexe. Les preuves sont déduites de circonstances diverses; des particularités inattendues, dont l'auteur donne un exemple, peuvent révéler l'acte. La statistique relative aux attentats aux mœurs, très complète, indique le nombre et la variété des cas. Des tableaux en couleur présentent le calendrier de la grossesse et le schéma du développement du produit de la conception et de ses annexes. L'expert a aussitôt sous les yeux la signification des faits qu'il constate. Des propositions générales, fondées sur des observations récentes, montrent les influences qui favorisent ou entravent le développement du produit de la conception, telles que l'âge de la mère, le nombre et l'intervalle des grossesses, et dont on doit tenir compte pour modifier les conclusions du tableau. Quelques particularités nouvelles ont été ajoutées au chapitre de l'infanticide, en ce qui concerne le milieu de la submersion et le mode de mutilation du corps, devenu un indice contre l'accusée, dont ils révèlent la profession.

Nous avons parcouru ce livre; c'est un guide sûr pour la pratique et pour l'étude; il est attachant par le style, par des citations heureuses; il exprime le mouvement de la science, dont il constate les résultats acquis. On ne peut que répéter, en l'accentuant davantage, le jugement émis sur sa première édition.

G. Tourdes.

Notes cliniques sur quelques maladies d'enfants, par M. le docteur Revilliod, ancien interne des hôpitaux, 227 pages. — Paris, G. Steinheil, 1886.

Placé pendant deux ans à l'hôpital Trousseau, sur un riche terrain d'observation, l'auteur a fait dans ses relevés cliniques un choix de cas intéressants qu'il a rapprochés de façon à présenter sur quelques maladies une étude d'ensemble. Ces études portent sur la fièvre typhoïde, la pneumonie franche et la broncho-pneumonie, la tuberculose pulmonaire, la méningite tuberculeuse, les tumeurs cérébrales, le ramollissement et la néphrite.

Ses prétentions se bornent donc à nous présenter un recueil de faits bien observés et pouvant être utilisés pour des études plus étendues.

Nous avons particulièrement noté, à propos de la méningite tuberculeuse, ce qui a trait au diagnostic; l'auteur insiste avec raison sur les difficultés qu'il présente. Nous lui recommandons à ce point de vue certaines formes de pneumonie débutant par les convulsions et le coma, et dans lesquelles l'auscultation la plus attentive ne fournit pendant deux ou trois jours et plus, aucun renseignement. Nous en avons observé quelques cas. Ils sont rares d'ailleurs et réservent au médecin, surtout dans la pratique particulière, les plus sérieux embarras.

Le chapitre de la néphrite est également intéressant. L'auteur s'y occupe des formes primitives. Cette variété ne serait pas, paraît-il, très rare chez l'enfant. elle est aiguë; l'albuminurie en est un symptôme constant; le froid en est la cause la plus habituelle. En pareil cas, je crois, qu'on ne saurait trop se renseigner sur l'état antérieur de l'enfant.

Les formes légères de la scarlatine passent bien souvent inaperçues chez les petits malades de la classe pauvre. Ces scarlatinoïdes, comme on devrait les appeler, ne provoquent presque pas de fièvre, à peine un peu de rougeur de la gorge. L'éruption y est cependant quelquefois abondante et peut disparaître en moins de vingt-quatre heures. Elles sont bien souvent méconnues, bien qu'elles puissent parfaitement, chez les malades négligés, donner lieu aux accidents consécutifs à la scarlatine ordinaire : rhumatismes et endocardites, néphrites et pleuro-pneumonies, sans compter qu'elles sont contagieuses et que les formes les plus légères peuvent communiquer les formes graves. Ces faits s'observent surtout dans les familles nombreuses et peu aisées où le médecin n'est appelé qu'alors que se présentent des accidents sérieux : fièvre intense, mal de gorge, etc.

Comme tous ceux qui se sont occupés sérieusement des maladies d'enfants, M. Revilliod réclame, en terminant, l'extension des services d'isolement. Ils sont encore incomplets dans les hôpitaux d'enfants et manquent absolument dans les grands hôpitaux munis de crèches, où s'entassent à certains moments les fièvres éruptives et les ophthalmies rendant nécessaire à tous les points de vue la fermeture des salles.

Blachez.

Leçons sur les bactéries, par M. de Bary, traduites et annotées par M. Wasserzug. — Paris, G. Masson, 1886.

Traduit par un élève de M. Pasteur, ce livre résume une série de leçons destinées à faire connaître à des auditeurs peu familiarisés avec les études bactériologiques ce que l'on sait aujourd'hui de la forme, du développement, de l'action pathogène des bactéries. Il nous prouve que partout on se préoccupe de ces questions si intéressantes. A côté de l'ouvrage si important de MM. Cornil et Babès, les leçons de M. de Bary méritent une mention spéciale. L'auteur est, en effet, l'un de ceux qui ont le mieux étudié, au point de vue morphologique, les organismes parasitaires. Il en connaît le mode de génération et de multiplication. Il peut donc se permettre de les classer, d'affirmer qu'il en existe une série d'espèces déterminées et qu'il est anti-scientifique de prétendre que les productions qui s'observent sous le champ du microscope ne sont que les transformations diverses de granulations moléculaires impossibles à différencier les unes des autres au moment où elles apparaissent. On comprendra donc la sévérité avec laquelle l'auteur condamne tout ce qui a été soutenu au sujet des microzymas. Il ne nous appartient pas d'examiner ici, moins encore d'apprécier les idées doctrinales de M. de Bary, non plus que les divergences d'opinion qui le séparent de M. Nægeli. La critique un peu acerbe de M. de Bary s'autorise de longues recherches personnelles. seules capables de donner à un microbiologiste une connaissance approfondie du sujet dont il s'occupe. Ainsi qu'on le disait récemment à cette place, le livre de MM. Cornil et Babès est un bon, un bel ouvrage. Nous pouvons ajouter que l'ouvrage de M. de Bary contribuera, lui aussi, à vulgariser les études bactériologiques et préparera l'étudiant et le médecin à mieux lire, à mieux comprendre cette œuvre considérable.

L. L.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation (anatomie et physiologie et histoire naturelle). — Ce concours s'est terminé mercredi 4 août. Les candidats dont les noms suivent ont été proclamés agrégés des Facultés de médecine ci-après dénommées :

Anatomie et physiologie. — Faculté de Paris : MM. Quenu et Poirier. — Faculté de Bordeaux : M. Ferré. — Faculté de Lille : M. Assaky. — Faculté de Lyon : MM. Rodet et Jaboulay. — Faculté de Montpellier : MM. Gilis et Tapie. — Faculté de Nancy : MM. René et Nicolas.

Histoire naturelle. — Faculté de Bordeaux : M. Nabias. — Faculté de Lille : M. Barrois.

Concours pour le clinicat. — Les différents concours du clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

1° *Clinicat des maladies cutanées syphilitiques.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Morel-Lavallée; chef de clinique adjoint : M. le docteur Feulard.

2° *Clinicat des maladies des enfants.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Queyrat; chef de clinique adjoint : M. le docteur Le Gendre.

3° *Clinicat des maladies mentales.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Pichon; chef de clinique adjoint : M. le docteur Rouillard.

4° *Clinicat médical.* — Chefs de clinique titulaires : MM. les docteurs Bourcy et Sapelier; chefs de clinique adjoints : MM. les docteurs Duflocq et Œttinger.

5° *Clinicat chirurgical.*—Chefs de clinique titulaires : MM. les docteurs Barette, Castex et Guinard; chef de clinique adjoint : M. le docteur Hache.

6° *Clinicat obstétrical.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Loviot; chef de clinique adjoint : M. Boissard.

7° *Clinicat ophthalmologique.*— Chef de clinique titulaire : M. le docteur Valude; chef de clinique adjoint : M. le docteur Kolt.

Concours pour le prosectorat. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Boiffin, interne de 4° année à l'hôpital de la Pitié, et de M. Hartmann, interne de 4° année à l'hôpital Lariboisière.

Bureau central. — Le concours ouvert le 31 mai dernier pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le lundi 26 juillet 1886. Ont été nommés : MM. les docteurs Marchant et Bazy.

Agrégés des Facultés de médecine et des Écoles de pharmacie. — Des décrets rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique règlent ainsi la situation des agrégés de médecine et de pharmacie. Les agrégés des Facultés de droit et de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie sont membres de la Faculté ou Ecole à laquelle ils sont attachés; ils prennent rang immédiatement après les professeurs. Ils font partie de l'assemblée de la Faculté ou Ecole, avec voix délibérative ou consultative, suivant les distinctions établies par l'article 19 du décret du 28 décembre 1885. Ils participent aux examens, remplacent les professeurs momentanément absents, et font des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires. L'organisation des conférences est arrêtée à la fin de chaque année scolaire, pour l'année scolaire suivante, par le conseil de la Faculté ou Ecole.

Dans les Facultés de médecine, et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le nombre des agrégés chargés chaque année de conférences ne peut être inférieur au tiers ni supérieur à la moitié du nombre des chaires de la Faculté.

Les agrégés des Facultés de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie continuent de recevoir, pour les services énumérés à l'article 2 du décret de ce jour, les traitements fixés par le décret du 14 janvier 1876. Les agrégés chargés d'un cours, en vertu des dispositions des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885, reçoivent, outre leur traitement d'agrégé : à Paris, un traitement de 3000 francs; dans les départements, un traitement de 2000 francs. Les agrégés qui touchent actuellement, en vertu des dispositions des articles 1 et 2 des décrets des 20 août et 15 octobre 1881, un traitement supérieur au total des traitements fixés par le présent décret, recevront une indemnité égale à la différence et soumise à retenue dans le cas où, à dater du 1er novembre 1886, ils seraient chargés d'un cours par application des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885.

Service pharmaceutique de nuit a Paris. — Le préfet de police vient d'envoyer une lettre-circulaire à tous les commissaires de police pour l'organisation, à bref délai, d'un service pharmaceutique de nuit.

Il leur prescrit « de faire demander à tous les pharmaciens de leur quartier s'ils désirent se faire inscrire au service pharmaceutique de nuit, et de les avertir que, suivant la délibération du Conseil municipal, ils toucheront 1 fr. 50 pour indemnité de dérangement en sus du prix de la potion demandée ».

Dans quelques jours, le service pharmaceutique de nuit sera complètement organisé.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés : Médecin en chef, M. le médecin principal Forné. — Médecins de 2e classe, MM. Moudon, Duclos, Choré et Facien.

Assainissement des habitations. — Le Conseil municipal de la ville de Paris vient d'autoriser l'évacuation des matières de vidange, soit directement à l'égout public, soit dans une canalisation spéciale, dans toutes les rues suivies par les collecteurs à bateaux ou à rails, et dans les rues dont les égouts sont munis, dès aujourd'hui, de réservoirs de chasse convenablement placés. Aucune autorisation ne sera accordée à un propriétaire qu'après justification que ses cabinets sont convenablement aménagés et munis d'eau en quantité suffisante.

Asiles d'aliénés. — Le concours ouvert le 28 juin dernier pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés, s'est terminé samedi matin 24 juillet 1886. Le nom de M. le docteur Seglaz a été proclamé.

Choléra. — Le choléra continue à sévir avec intensité en Italie et dans le sud de l'Autriche-Hongrie, s'étendant jusqu'en Dalmatie. A Brindisi et dans les environs, la mortalité est de 100 à 120 décès en moyenne par jour. A Trieste et à Fiume, on compte chaque jour 12 à 15 décès. Des mesures rigoureuses de surveillance sont prises dans tous les pays contre les provenances de tous les ports de l'Adriatique. Le choléra sévit aussi au Japon, où il tend à avoir une grande violence.

Rage. — Les souscriptions pour l'Institut Pasteur s'élèvent aujourd'hui à un total de 1 100000 francs. La commission vient de s'adresser au Conseil municipal pour être autorisée à acquérir un terrain voisin de celui que le Conseil lui a concédé, aux conditions spéciales que l'on sait. Pendant l'absence de M. Grancher, MM. les docteurs Chantemesse et Charrin sont chargés du service des inoculations.

Des Instituts pour le traitement, par la méthode de M. Pasteur, des personnes mordues par des animaux enragés, sont installés actuellement à New-York, Moscou, Varsovie. A Odessa, les inoculations sont pratiquées à l'Institut bactériologique.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 13 août). — *Ordre du jour :* M. Debove : De l'apoplexie hystérique. — M. Letulle : Rapport sur la contagion de la fièvre typhoïde. — M. Dujardin-Beaumetz : Sur des cas de disparition d'ascite dans la cirrhose hépatique.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Levillain père, à Lisieux; de M. le docteur Hermann Maas, professeur de chirurgie à l'Université de Wurzbourg; de M. le docteur Frerichs, médecin de la marine allemande à Zanzibar; de M. le docteur Orshehowski, à Varsovie; de M. le docteur Prelle, médecin militaire, tué en duel à Liège; de M. le docteur John-Arthur Power (de Bedford), connu par des travaux de zoologie et par des recherches sur le traitement antizymotique des maladies; de M. le docteur Walter Moxon (de Londres), qui s'est fait une grande réputation par ses leçons d'anatomie pathologique et de clinique à Guy's Hospital.

Mortalité a Paris (30e semaine, du 25 au 31 juillet 1886). — Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 1. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 26. — Choléra, 0. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 28. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 31. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 39. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 51. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 101 ; au sein et mixte, 52; inconnu, 6. —Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 68; de l'appareil circulatoire, 57; de l'appareil respiratoire, 41; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 10. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 14. — Total : 930.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

6371. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Alcoolisation des vins.

En présence des dispositions montrées par quelques-uns des membres de l'Académie, celle-ci ne pouvait faire moins que d'ajourner le débat sur le vinage à une date ultérieure; mais à cette marque de courtoise déférence certains esprits auraient tort d'attacher toute autre signification. L'Académie veut bien remettre l'expression de son opinion, afin que la lumière soit complète; elle n'entend pas qu'on dénature au dehors, et dans un intérêt qui se devine aisément, la correction accoutumée de son attitude et la portée de ses décisions. Nous faisons en ce moment allusion à une note qui a fait le tour de la presse la semaine dernière, à la suite du dépôt des nouvelles conclusions de la Commission du vinage, note d'après laquelle la Commission — et l'on allait jusqu'à dire : l'Académie tout entière — ayant seulement déclaré le vinage nuisible à moins de certaines conditions et n'ayant pas dit un mot du mouillage ou des autres pratiques spéciales au commerce des vins, approuvait celles-ci par cela même. Or l'Académie n'a été consultée que sur la première question ; sa Commission s'en est exclusivement occupée; mais, si l'on veut absolument qu'elle émette son avis sur les autres, il est facile de prévoir quel sera cet avis.

Que faut-il donc considérer comme fraude dans le commerce des vins? « L'addition, dans un but de lucre, de toute substance qui change la composition du vin naturel », suivant la définition du laboratoire municipal de chimie de la Ville de Paris. Les opérations qui permettent cette addition, on les désigne sous les noms de mouillage, sucrage appliqué à des produits vendus comme naturels, fabrication de piquettes de fruits secs et notamment de raisins secs, scheelisage, alunage, salage, plâtrage, vinage, salicylage, coloration artificielle, emploi de bouquets préparés, etc., sans compter les autres opérations que la chimie nous réserve. Est-ce à dire que quelques-uns de ces procédés de dénaturation du vin, ou de modification du vin, si l'on veut, sont également nuisibles à la santé publique? Nullement; il en est même qui, pratiquées seules et à doses modérées dans certaines conditions, peuvent offrir des avantages. Mais de là, comme le voudrait l'un des orateurs, à déclarer bien haut leur innocuité, il est difficile

FEUILLETON

Lettres médicales.

Le médecin de campagne. — L'importation des substances vénéneuses. — Les pharmaciens et la signature des ordonnances médicales.

La littérature médicale, vous ne l'ignorez pas, cher confrère, compte un grand nombre de brochures, sinon de gros livres, dans lesquels certains médecins de campagne se sont plu à décrire le tableau des difficultés et des déboires de leur profession, tableau souvent attristé, mais souvent aussi empreint d'une légitime fierté pour les services rendus. Il est moins fréquent que le public rende justice au mérite de ceux de nos confrères qui exercent dans les régions les plus déshéritées tant sous le rapport du climat que sous celui de la fortune. Sans doute les romanciers et les dramaturges font encore quelquefois la part assez belle au praticien. Au temps où le théâtre cherchait à faire verser des larmes à l'aide d'émotions où l'idéal tenait la plus grande place, le « bon docteur » avait part plus ou moins directe à l'action, et l'on s'attendrissait en écoutant ses sages conseils, en admirant son désintéressement et son dévouement. Le réalisme artistique ne s'est pas encore attaqué à notre profession; il se pourrait peut-être, par pure habitude, qu'il n'en vît que les côtés répugnants; mais s'il voulait faire un portrait vrai du médecin de campagne, je lui souhaite de le tracer avec autant de bonne foi et de sincérité que celui que les hasards de la lecture ont mis ces jours-ci sous mes yeux. Je ne résiste pas au plaisir de vous faire partager le plaisir que j'en ai éprouvé.

Un mot d'abord de l'auteur de ce portrait, M. G. de Cherville, dont les chroniques agricoles sur la *Vie à la campagne* sont si appréciées par les lecteurs du journal *le Temps*. Vous savez avec quel charme et quel agrément il

de croire qu'un gouvernement, soucieux de l'hygiène publique, y consente, tant serait dangereuse la liberté illimitée laissée à un commerce, de plus en plus puissant sans doute, mais dont l'influence funeste se révèle trop souvent pour n'avoir pas besoin de surveillance. Or, on l'a encore montré à la dernière séance, l'addition d'une de ces substances entraîne presque toujours l'addition de tout ou partie des autres.

Même limitée au vinage, l'opinion que l'Académie paraît disposée à émettre lors de la reprise de la discussion, ne laissera pas que d'avoir un grand retentissement, car elle se maintiendra sans nul doute, au moins à titre de transaction, sur le terrain défini par M. Riche dans un court discours qui a fait une très vive impression tant par la compétence que par la sagacité et la précision de l'orateur ; d'après lui, il convient, en se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, de considérer seulement comme nuisible l'alcoolisation des vins telle qu'elle se pratique *généralement* aujourd'hui avec les alcools industriels *impurs*. Nous savons en effet que telle est l'opinion de tous les chimistes, sans exception, qui font le plus autorité à cet égard, en raison du nombre considérable de vins qu'ils sont appelés à examiner. L'industrie fournit facilement aujourd'hui des alcools absolument purs dont l'ingestion ne saurait tout au moins être plus mauvaise que celui de l'alcool de vin. Ainsi seraient conciliés, parmi les intérêts en cause, ceux qui sont les plus respectables. Ce sont ces intérêts également que le laboratoire municipal de chimie de la Ville de Paris s'efforce, quoi qu'on en dise, de défendre, au détriment de tous autres. Mais il paraît que la lumière n'est pas encore faite sur ce point, puisque M. Daremberg a dû rappeler, — contrairement à une assertion que l'Académie venait d'entendre émettre par M. Gallard dans son vigoureux plaidoyer, — que le laboratoire n'a dû établir de *moyenne* d'alcool et d'extrait que pour les vins de coupage « dont on ignore la nature et la qualité des composants » et jamais pour « les vins en nature et les coupages de vins naturels dont la composition qualitative et quantitative a été déclarée ». Ceux-ci sont jugés d'après l'avis de la dégustation et l'ensemble de l'analyse comparée à celle des vins des mêmes crus et de la même année. C'est seulement pour les vins analogues à ceux « des Clos de Bercy », pour emprunter l'expression de M. Gallard, qu'il a bien fallu admettre un titre d'alcool et d'extrait scrupuleusement basé sur les usages commerciaux et dans le but d'éviter l'arbitraire. C'est bien le moins que la *fabrication* du vin puisse être surveillée.

HISTOIRE MÉDICALE.

La dengue et la maladie de Périnthe.

« Des toux commencèrent vers le solstice d'hiver le quinzième ou le vingtième jour après des alternatives fréquentes de vent du midi, de vent du nord et de neige. De ces affections les unes furent plus courtes, les autres plus longues; et il y eut ensuite des péripneumonies nombreuses. Avant l'équinoxe la plupart des malades eurent une rechute, généralement le quarantième jour à compter du début. Chez les uns cette récidive fut peu intense et de crise faible; chez d'autres, paralysies ; chez d'autres, nyctalopies, surtout chez les enfants. Quant aux péripneumonies, elles furent très peu considérables. Les nyctalopies survinrent en lieu et place de la toux chez ceux qui avaient très peu ou point toussé dans la récidive; les maux de gorge peu intenses et moins que les nyctalopies. Les angines et les paralysies se déclarèrent dans les toux qui amenaient des matières dures et sèches ou petites et rarement cuites, cependant même très cuites en certains cas. Or ceux qui avaient beaucoup travaillé de la voix ou souffert du froid étaient de préférence finalement frappés d'angine. Ceux qui travaillaient des bras avaient des paralysies aux bras seulement; ceux qui allaient à cheval ou qui marchaient beaucoup, ou qui travaillaient des membres inférieurs de toute autre façon, éprouvaient des intempéries paralytiques dans les lombes ou dans les membres inférieurs ; lassitude et douleurs dans les cuisses et les jambes; c'étaient les toux les plus sèches et les plus violentes qui amenaient les paralysies. Tout cela arrivait dans les récidives, mais n'arrivait guère au début. En plusieurs cas, les toux présentèrent un amendement au milieu, sans toutefois cesser complètement; mais elles reprirent dans la récidive. De ceux chez qui la voix se terminait en accès de toux, la plupart n'eurent pas même de fièvre; quelques-uns en eurent très peu ; de plus nul de ceux-là ne fut affecté ni de pneumonie ni de paralysie; il n'y eut aucun autre signe que celui de la voix dans laquelle tout se borna. Les nyctalopies s'établissaient comme celles qui naissent de causes tout autres; elles atteignaient surtout les enfants, et, parmi les yeux, ceux qui étaient noirs, de couleur un peu variée avec les pupilles, il est vrai, mais en général où le noir dominait; les individus à grands yeux étaient affectés de préférence et non les individus à yeux petits; la plupart aussi avaient les cheveux droits et noirs. Les

---

exprime, chaque semaine, les impressions des habitants instruits de nos campagnes, de ceux auxquels la politique a cru bien niaisement autrefois jeter l'injure en les appelant « ruraux » ; ne forment-ils pas en effet l'une des parts les plus précieuses de la nation française? Or, parmi ces habitants de la campagne, quel est celui qui en rehausse le plus la valeur, qui est le mieux à même d'y représenter les idées de progrès, si ce n'est le médecin. Le professeur Charles Robin avait coutume de dire aux examens, et je le lui ai entendu répéter maintes fois, que le médecin est presque toujours au village le seul représentant de la science; il doit être plus instruit que « le curé ou le notaire ». Il fallait entendre avec quelle complaisance il ouvrait cette perspective aux candidats tremblants devant lui; avec quelle persistance on l'entendait en agrémenter ses ajournements et ses refus répétés! En tout cas, l'idée était juste; mais avec quelle éloquence M. de Cherville la développe lorsqu'il écrit: « Parmi les héros sans apanage d'aucune sorte, il faut ranger le médecin de campagne. Voués à une profession laborieuse par-dessus toutes les autres, à une vie obscure, ignorée, sans perspective d'enrichissement, qui ne les conduit pas toujours à l'aisance, ils donnent, au milieu du déchaînement de toutes les avidités et de toutes les ambitions, un exemple de désintéressement méritant d'être souligné. Le médecin de campagne est une sorte de sœur de charité en chapeau mou et en paletot; s'il n'en a pas la foi dans une récompense d'outre-tombe, il n'affirme pas moins, comme elle, le dévouement aux souffrances de l'humanité et le dédain des joies mondaines. Frais émoulu de l'existence bruyante de quelque Faculté, il est venu se confiner dans un bourg où, le plus souvent, cet homme d'éducation supérieure connaît la seule des solitudes qui soit redoutable, la solitude intellectuelle. Sans doute, il a des hommes, des femmes autour de lui, mais il ne les comprend pas plus qu'ils ne le comprennent; il semblerait qu'ils ne parlent pas sa langue; il lui faudra du temps pour s'habituer au terre à terre des causeries, des intérêts, des idées. Sans ses études, ses courses

femmes ne souffrirent pas autant de la toux; peu eurent la fièvre; de celles-là peu tombèrent dans la péripneumonie, et elles étaient sur le retour; toutes guérirent. J'attribuai cette immunité à ce qu'elles ne sortent pas comme les hommes et à ce que, dans les autres cas mêmes, elles ne sont pas frappées autant qu'ils le sont. Les angines n'atteignirent que deux femmes libres, et encore furent-elles très bénignes; elles sévirent davantage sur les femmes esclaves; et dans les cas où elles furent violentes elles causèrent très promptement la mort; mais elles attaquèrent beaucoup d'hommes; les uns échappèrent, les autres moururent. En somme, chez ceux qui seulement ne pouvaient pas avaler, l'affection était bénigne et très facile à supporter; mais chez ceux qui, en outre, articulaient d'une manière peu intelligible, elle était plus fâcheuse et plus prolongée; chez ceux qui, de plus, avaient les veines des tempes et du cou gonflées, elle avait une certaine malignité; enfin, chez ceux dont la respiration devenait élevée, elle était très mauvaise; car en ce cas il y avait chaleur fébrile. Telle était donc, ainsi qu'il vient d'être dit, la concomitance des accidents; les accidents indiqués en premier se montraient sans les accidents indiqués en dernier; mais ceux-ci ne se montraient pas sans ceux-là. Les malades mouraient très promptement quand il survenait un frisson fébrile. Ces malades que la présentation sur le siège ne fatiguait même pas, ne retiraient aucun avantage ni des purgatifs,, ni de la saignée, tous moyens que j'essayai; je pratiquai même la saignée sous la langue; il en est que je fis vomir; les affections continuèrent généralement dans l'été ainsi que beaucoup d'autres qui firent irruption. D'abord, dans les sécheresses, il régna des ophthalmies douloureuses (1). »

Telle est l'affection épidémique observée à Périnthe quatre siècles avant J.-C. par l'auteur hippocratique qui a écrit les 2e, 4e, 5e, 6e et 7e livres des *Epidémies*. On sait, en effet, qu'une grande partie de la collection hippocratique n'est qu'attribuée à Hippocrate, et que les livres précités des *Epidémies* peuvent appartenir à ses prédécesseurs ou à ses disciples aussi bien qu'à lui-même.

Littré, qui a pu, grâce à sa connaissance si approfondie de la collection hippocratique, démontrer l'identité du causus antique et de la fièvre rémittente, et discuter magistralement les analogies et les dissemblances de la peste antique et des maladies épidémiques modernes, déclare ne pas savoir ce qu'était cette épidémie de Périnthe. « Je n'ai rien trouvé dans mes lectures, dit-il, qui ressemblât à l'épidémie de Périnthe, c'est-à-dire une affection tantôt, et le plus souvent se présentant avec le caractère d'une toux, offrant une intermission puis récidivant et s'accompagnant dans la récidive, soit de nyctalopies, soit d'angines, soit d'impuissance paralytique dans les membres, tantôt venant s'enter sur une fièvre préexistante et produisant des faiblesses ou des abcès dans les membres ainsi que des dépôts dans les oreilles. Il faut donc consigner, du moins jusqu'à plus ample informé, cette maladie parmi les épidémies dont on n'a pas d'autre exemple; elle augmente le catalogue de ces affections déjà si fécondes en singularités, et à ce titre elle est d'un intérêt véritable dans la pathologie historique. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le récit qui en est fait mérite toute confiance. Pour le médecin habitué à observer, l'exactitude de la narration hippocratique se démontre d'elle-même, et d'ailleurs il suffirait de rappeler combien est fidèle la description de la luxation spontanée des vertèbres cervicales, fidélité constatée après tant de siècles après Hippocrate par les travaux modernes. »

(1) Hippocrate, traduction Littré, t. V, p. 331.

Qu'était donc cette épidémie de Périnthe, et ne pourrait-on la rapprocher d'une forme morbide actuellement décrite?

La dengue est une maladie fébrile, épidémique, contagieuse ou transmissible, caractérisée par une éruption cutanée polymorphe et souvent dichrone, par des douleurs articulaires et musculaire très intenses, rhumatoïdes et courbaturales, par une évolution cyclique en quatre périodes dont la dernière ou convalescence est assez souvent longue et difficile. Spéciale aux pays intertropicaux ou subtropicaux, elle n'a que bien rarement dépassé le 35e parallèle nord, et elle a été fort peu signalée et jamais complètement décrite avant le commencement du dix-neuvième siècle. Depuis l'année 1779 où la dengue a été décrite pour la première fois, les relations d'épidémies se sont multipliées, et on l'a observée dans la région méditerranéenne jusqu'à Malte.

C'est pendant l'été et l'automne que se déclare la dengue dans les régions situées en dehors des tropiques (A. Hirsch); cependant il est possible qu'il y ait quelques exceptions à cette règle surtout dans le Nord Amérique.

Chaque malade est, en quelque sorte, immobilisé par les douleurs caractéristiques de la dengue qui débutent brusquement; la face devient rouge et empourprée, gonflée et turgescente; assez souvent toutefois, dans certaines épidé-

---

lointaines et multipliées, et bientôt la famille peut-être, il succomberait; même marié, sa vie reste un peu celle du cénobite. » D'ailleurs la vie qu'il mène ne lui laisserait guère le loisir de l'ennui et n'y a-t-il pas une source constante de distractions intellectuelles et morales de la plus vive intensité et de la plus haute portée dans cette perpétuelle lutte qu'il lui faut entreprendre contre les forces sans cesse renaissantes, insidieuses et si souvent même capricieuses de l'ennemi contre lequel il combat chaque jour? « Le soleil n'est pas encore levé que l'on a déjà sonné à sa porte; on le réclame à droite; il comptait aller à gauche, où il a plusieurs malades; n'importe, il fera un peu plus de chemin, mais chacun aura son tour. Jadis il chevauchait sur son bidet, les jambes enserrées dans des houseaux de cuir, les houseaux à tringles du vieux jeu; l'état actuel de la vicinalité lui permet de rouler en cabriolet; moins de pittoresque, moins de fatigue aussi. Il va à deux, trois, quatre lieues de sa résidence, d'un hameau à un autre hameau, d'une chaumière à une autre chaumière; pauvres malades, dans de pauvres logis, quelquefois misérables, ordinairement dénués des objets les plus nécessaires, à l'absence desquels il a fallu pourvoir. Quand il rentre, déjà harassé, il trouve les bonshommes, les bonnes femmes du cru assiégeant la porte de son cabinet; avant de songer à réparer ses forces, il faudra leur donner audience, secourir les mille maux de notre triste espèce, être tour à tour médecin, chirurgien et même dentiste, panser les plaies, raccommoder les membres cassés, ausculter celui-ci, interroger celui-là, prodiguer remèdes ou encouragements aux uns et aux autres. Puis l'heure de la tournée du soir est arrivée, il faut repartir pour battre une autre partie du canton jusqu'à la nuit. Cependant le médecin de campagne aurait tort de trop compter sur elle pour se reposer; bien souvent, un accident, un accouchement interrompront son somme si bien gagné; il lui faudra s'habiller à la hâte, tandis que la servante attelle le malheureux cheval, non moins fatigué que son maître. Survient une épidémie: il sera seul pour y faire face.

mies, le début de la dengue manque de cette solennité des phénomènes initiaux : alors, sauf la soudaineté, tout y est vulgaire, et rien n'y diffère d'un commencement de fièvre ordinaire. La troisième phase de la dengue est caractérisée par l'éruption typique, celle qui donne à la maladie son caractère de fièvre éruptive spécifique et qui consiste dans un exanthème polymorphe tenant à la fois de la rougeole et de la scarlatine. Les douleurs sont articulaires ou musculaires ; dans l'épidémie indienne, en 1872, et à la Réunion, on observait une vive injection de la conjonctive oculo-palpébrale ; dans toutes les épidémies on note le larmoiement.

L'exanthème est-il constant ? Oui, autant que celui des autres fièvres éruptives. Si, parfois, il a été considéré comme absent, c'est que le plus ordinairement, sa fugacité, sa brièveté, sa légèreté et aussi le défaut d'une scrupuleuse vigilance de tous les instants de la part des observateurs n'ont point permis de le constater comme cela aurait pu se faire avec précaution. Toutefois, pendant les épidémies du Sénégal (1865) et du canal de Suez (1871), il est noté que l'éruption manquait complètement ou avait passé inaperçue dans la moitié des cas.

Parmi les symptômes exceptionnels et les complications, on a signalé des paralysies passagères et des amauroses.

Il n'est pas fort rare d'observer un état catarrhal plus ou moins généralisé accompagnant le cours de la dengue. On a cité un assez grand nombre de maux de gorge passagers, sans signification précise, du coryza avec de la toux et du catarrhe bronchique, mais ces phénomènes ne rappellent, de l'avis même des observateurs, aucune des déterminations angineuses ou bronchiques propres à la scarlatine et à la rougeole.

On a signalé fréquemment des cas d'épistaxis légères surtout chez les enfants. Ce symptôme est assez commun pour figurer au rang des phénomènes morbides ordinaires de la maladie. C'est surtout dans la dernière épidémie de l'Inde que l'on a mentionné les complications catarrhales du côté des voies digestives, du pharynx et des bronches. Somme toute la phénoménisation de la dengue est protéiforme, variée à un haut degré, les formes et les marches irrégulières viennent souvent interrompre la régularité dans l'évolution d'ensemble. On a signalé presque partout la fréquence des rechutes dans la dengue ; elle était de 15 pour 100 environ à la Réunion en 1869 (Barat). Dans l'Inde fréquentes aussi furent les rechutes. Bref, les rechutes par leur fréquence, leur netteté, leur répétition, constituent l'un des traits les plus évidemment caractéristiques de la dengue.

J'ai résumé la description ci-dessus d'après l'article Dengue, publié par Mahé, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Si l'on se contente de la comparer en bloc à la description de la maladie de Périnthe dans le sixième livre des *Epidémies*, on ne saisit pas bien les analogies, mais, si l'on étudie les observations des deuxième et quatrième livres, à l'aide desquelles fut rédigée la description générale du sixième, les analogies apparaissent nombreuses. La maladie de Périnthe commença vers le solstice d'hiver, deux ou trois semaines après des alternatives fréquentes de vent du midi, de vent du nord et de neige. J'ai dit que, dans les pays en dehors des tropiques, la dengue est une maladie de l'été et de l'automne, mais il y a à cette règle quelques exceptions, surtout pour l'Amérique du Nord (New-York, Boston, Philadelphie). Fouque rattache l'épidémie de la *Comète* à des perturbations météorologiques survenues en pleine mer et surtout à l'explosion des violents orages particuliers aux régions de la côte occidentale d'Afrique (Fouque, *Une épidémie de dengue en mer ; sa genèse*, thèse de Paris, 1876). Du reste, l'auteur hippocratique fait remarquer que les cas de maladie de Périnthe continuèrent généralement pendant l'été (*Epid.*, liv. VI, sect. 7, § 1).

Dans sa description générale, le médecin grec n'insiste pas sur les douleurs si caractéristiques de la dengue ; il dit pourtant : « *lassitude et douleurs dans les cuisses et dans les jambes* » (*Epid.*, liv. VI, sect. 7, § 1) ; et plus haut : « de préférence les positions qui soulagent ; par exemple celui qui tressait ou tournait des sarments avec la main, *souffrant cruellement* dans le décubitus, saisit l'extrémité d'une cheville fixée au-dessus de lui et se trouva soulagé » (*Epid.*, liv. VI, sect. 3, § 8). Or ce cas appartient sans nul doute à la maladie de Périnthe, car « parmi les individus affectés de la *toux*, ceux qui fatiguaient avec les bras eurent des paralysies dans ce membre, par exemple l'enfant qui tordait des sarments » (*Epid.*, liv. IV, § 50).

« La femme demeurant en haut des portes étant déjà d'un certain âge, fut prise d'une fébricule, et au moment où cette fièvre cessait, *douleurs dans le cou, s'étendant jusqu'au dos et aux lombes ; impuissance presque absolue de se servir de ces parties ; mâchoires resserrées et dents appliquées les unes contre les autres, au point de ne pas laisser passer une sonde ;* voix bégayante à cause que *le corps était para-*

Le petit aperçu que nous venons de vous donner de sa journée se doublera, se triplera peut-être, et par-dessus le marché il rentrera chaque soir tremblant, non pas pour lui, grand Dieu ! mais pour la femme, pour l'enfant bien-aimés, dont l'amour le console, le fortifie dans cette vie d'épreuves, et auxquels il peut, tous les jours, apporter la mort avec le germe de la maladie. Evidemment, si le médecin de campagne était rétribué en proportion de son dévouement et de ses peines, il arriverait à la fortune ; mais ce sont les ressources de sa clientèle qui servent de base à ses honoraires, et, vous ne l'ignorez pas, ces ressources sont plus que modestes. Il traite, il est vrai, les bourgeois, les châtelains en villégiature, mais il n'en reste pas moins un médecin de pauvres, et il n'a attendre de ceux-ci que bien juste ce qui est nécessaire à l'existence de sa famille. C'est en cela que, la fièvre de l'enrichissement instantané ayant gagné tout le monde, le choix fait par ce jeune homme instruit, travailleur, de cette laborieuse mais ingrate carrière nous semble digne de tous nos respects et de toutes nos sympathies. »

N'est-il pas vrai, cher confrère, que l'on ne saurait mieux dire et avec plus de cœur ! M. de Cherville se demande ensuite si, au moins, la reconnaissance des gens auxquels il prodigue ses soins, compense la modestie du salaire et ne manque jamais, à « ce juif errant de la Faculté ». Il croit qu'il n'en est rien et qu'il est bien rare que le paysan, eût-il été arraché à la mort, éprouve ce sentiment à l'égard du médecin. Tel n'est pas mon avis et je n'en veux pour preuve que la grande considération dont jouit le praticien à la campagne, le respect réel dont il est environné. Le nombre si considérable des médecins auxquels les suffrages de leurs concitoyens confèrent des fonctions électives, ne montre pas seulement l'influence que leur science et leur valeur intellectuelle leur ont permis d'acquérir ; il est encore un indice que le campagnard n'oublie pas les services rendus par celui qu'il aperçoit presque chaque jour au milieu de ses champs. Autre

lysé, immobile et faible; connaissance conservée. A l'aide des fomentations et de l'hydromel tiède, cet état s'amenda vers le *troisième* jour, puis la décoction d'orge passée et les bouillons rétablirent la malade. Cela arriva vers la fin de l'*automne* » (*Epid.*, liv. VII, § 8). S'agirait-il ici d'une attaque de rhumatisme aigu? Cela me semble peu probable, car l'amélioration est survenue au bout de trois jours. Cette rachialgie intense, ce corps paralysé, immobile et faible, ces douleurs qui s'apaisent au bout de trois jours, tout cela ne rappelle-t-il pas et la rachialgie parfois atroce de la dengue, et le patient immobilisé par la douleur dans la position qu'il occupait au moment de l'attaque, et les douleurs caractéristiques s'amendant du deuxième au troisième jour après le début? Rapprochons du trismus de cette malade les accidents tétaniformes observés dans la dengue par Colholendy.

Henri Favier.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

NOUVEAUX CAS DE PARÉSO-ANALGÉSIE DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES, par M. le docteur MORVAN (de Lannilis).

(Suite. — Voyez le n° 32.)

Obs. XII. — François Sénant, vingt-sept ans, de Plouguerneau, cultivateur, se présente à ma consultation le 3 août 1884. Père, mère et trois frères bien portants; cependant le père a eu deux panaris à la même main, mais sans analgésie, les piqûres d'épingles se faisant également bien sentir des deux côtés. François Sénant n'a jamais fait de maladie, il est de forte constitution, il a été soldat. Depuis huit ans, il a été pris, à diverses reprises, de douleurs violentes au bras droit; il a eu deux panaris à la main correspondante, le premier, il y a six ans, au pouce, et le second, il y a deux ans, à l'index, avec perte de la phalangette chaque fois, mais sans grandes souffrances. Ses panaris ne l'empêchaient ni de dormir ni de travailler, il n'a jamais interrompu son travail.

Aujourd'hui c'est pour une gerçure profonde au premier pli palmaire du médius droit qu'il vient me trouver. La gerçure pénètre jusqu'au tendon, qui est à découvert : d'où inflammation de la gaine se propageant jusqu'au milieu de la paume de la main, et formation d'un abcès dans cette région.

En même temps, il existe une gerçure assez profonde, mais non pénétrante, celle-ci au troisième pli du même doigt. Sénant nous dit qu'il a constamment des crevasses semblables à cette main, non seulement en hiver, mais encore en été. Il me montre, à ce sujet, le petit doigt, qui, à la suite d'une gerçure perforante, a eu également une inflammation de la synoviale; adhérences du tendon à la peau limitant l'étendue des mouvements de flexion et d'extension.

L'ensemble de ces altérations trophiques éveille notre attention, et, m'armant d'une épingle, je pique les doigts, la main, l'avant-bras, le bras, et même le cou et la face (côté droit). Toutes ces parties sont anesthésiées, à des degrés divers toutefois. Nulle part l'anesthésie n'est complète, mais la sensibilité y est fortement émoussée; la douleur causée par la piqûre n'a rien de comparable à droite et à gauche. Le malade, jusqu'alors, ne s'était pas aperçu de cet état d'insensibilité relative.

L'aspect de la main, empâtée, non décharnée toutefois, rappelle les cas de parésie analgésique que nous avons déjà décrits. Mais, s'il existe un degré marqué d'analgésie, il n'y a pas trace de parésie. La motricité est intacte; le malade a conservé toutes ses forces musculaires et affirme qu'étant droitier il a plus de force à droite qu'à gauche. Les muscles n'ont rien perdu de leur développement. Ainsi ni parésie ni atrophie à droite.

Nous ouvrons l'abcès de la paume de la main : cataplasmes phéniqués, suppuration abondante et fétide pendant les dix premiers jours; l'ouverture de l'abcès donne issue alors à une portion du tendon et la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

La température axillaire était une première fois de 36°,8 et une seconde fois de 36°,6.

La santé générale n'avait pas été troublée.

Revu le 28 octobre 1884, le doigt, qui avait été malade, ne se fléchit qu'à peine. Les premières gerçures avaient disparu, mais elles étaient remplacées par de nouvelles gerçures, siégeant l'une au premier pli palmaire de l'index et les autres dans le pli interdigital entre le pouce et l'index d'une part, entre le médius et l'annulaire d'autre part.

Plus tard, au 14 mars 1886, c'étaient encore de nouvelles gerçures, toujours profondes, siégeant au premier pli palmaire du médius et au deuxième pli palmaire du pouce, côté droit.

Depuis quelques semaines, il s'était produit sur diverses parties du corps une éruption d'eczéma impétigineux, ayant donné lieu à des croûtes épaisses. L'éruption est surtout marquée du côté droit, face et membre supérieur, principalement avant-bras. Douleurs assez vives, revenant par élancements au-dessus du coude droit.

Santé générale bonne d'ailleurs.

Cet homme est marié depuis peu, un mois. L'éruption, qui avait débuté quelques jours avant son mariage, s'est beaucoup accentuée depuis.

Onctions avec glycéré d'amidon au précipité rouge; liqueur de Fowler, 9 gouttes par jour.

Un mois après, grande amélioration, à la face surtout; quelques croûtes persistent encore au bras et à l'avant-bras.

Obs. XIII. — Le 11 avril 1886, jeune homme de Guisseny, vingt-deux ans, taille moyenne, bonne constitution, sans antécédents personnels; il n'a jamais été malade jusqu'à présent.

Depuis deux ans, il a, même en été, des gerçures profondes à la paume de la main gauche; jamais à droite. Au moment de mon examen, il existe une crevasse entre les deux éminences thénar et hypothénar, une autre au pli transversal supérieur de

---

chose est de lui prouver sa reconnaissance par l'acquittement de sa dette. M. de Cherville a raison de le dire, ce qui frappe le paysan, c'est bien moins le prix de la visite qu'il doit au médecin, que la rapidité avec laquelle ce prix a été gagné; le paysan en suppute les secondes et il calcule, par comparaison, le nombre d'heures pendant lesquelles il lui faudrait piocher la terre pour en réunir autant. « Je raisonnais un jour, dit-il, un brave homme que j'avais trouvé complétement exaspéré par le payement d'une visite de 3 francs; je lui faisais observer que le docteur avait dû dépenser beaucoup d'argent, travailler une quinzaine d'années pour être en mesure de le guérir; que, de plus, il avait fait 5 kilomètres pour venir le trouver et autant pour s'en retourner, etc. — Tout cela c'est la vérité, me répondit-il, mais c'est égal, 3 francs pour cinq minutes de temps, c'est trop gros. Si encore il était resté le quart d'heure! »

Le paysan éprouve toujours une pénible difficulté à tirer de son bas de laine ou de sa poche de toile, que le progrès a peut-être déjà changé en coffre-fort métallique, l'argent monnayé qui lui rappelle les sueurs, les angoisses, les fatigues auxquels il le doit; on sait son aversion pour le billet de banque qui, pour lui, ne représente pas assez solidement la fortune. Il serait plus généreux s'il pouvait rémunérer le médecin en nature, et, pour peu qu'il ait su apprécier le service rendu par le médecin, il est quelquefois disposé à l'en remercier sous cette forme, mais le praticien n'y trouve pas toujours son avantage. C'est ainsi qu'il nous est arrivé une fois, dans la Vendée, de voir un paysan, après avoir soldé à son médecin un mémoire, au surplus pas bien important, pour soins donnés à sa femme à la suite de couches graves, offrir d'un air embarrassé en cadeau une douzaine d'œufs qu'il avait cachés profondément au fond de son panier. Et comme le médecin, ne voulant pas être en reste de remerciement, lui offrit de « manger un morceau », il donna l'ordre, au grand contentement de son client, de lui préparer une omelette avec ses œufs. Notre homme avala lestement

la paume, et enfin une troisième au pli digito-palmaire. Ces crevasses, à bords calleux, ont une longueur de 3 à 4 centimètres, et une profondeur de 3 millimètres au moins. La première repose sur une large plaque épidermique.

Jamais encore il n'y a eu de panaris.

Il y a deux ans, au début du mal, il a éprouvé des douleurs lancinantes assez vives au-dessus du coude droit et au côté externe de l'avant-bras.

Depuis cette époque, il transpire pour le moindre effort, par exemple, en marchant, en mangeant, mais du côté gauche seulement; l'hyperidrose qui occupe la partie supérieure du corps, ne descend pas au-dessous de la poitrine. Ce sont exclusivement le cuir chevelu, la face, le cou, le bras et la poitrine qui sont le siège du phénomène. L'an dernier, il s'est fait une éruption d'eczéma impétigineux au cuir chevelu, mais uniquement à gauche.

Toutes les parties susdites sont atteintes d'anesthésie dans une certaine mesure : les pincements et les piqûres d'épingles s'y font beaucoup moins sentir qu'ailleurs. Avant l'épreuve le malade ignorait ce détail. Quand il plonge la main dans l'eau chaude ou l'eau froide, il y éprouve une sensation désagréable de bouillonnement ; sa main bout, c'est le mot dont il se sert.

A son sens, les forces musculaires n'ont pas diminué. S'il y a analgésie, il n'y a pas encore de parésie.

Bonne santé d'ailleurs. On ne sait à quoi attribuer le mal.

Obs. XIV. — L... (Joseph), vingt-deux ans, de Plouvieu, se présente chez moi le 14 juin de cette année. Cet homme n'a jamais eu de maladie. Il a, du reste, toutes les apparences de la force; c'est une espèce d'hercule, gros, trapu.

Il y a sept ans, travaillant avec une faucille, il s'est fait à l'index droit, un peu au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne, une profonde entaille qui avait divisé les tendons extenseurs. Le doigt, aujourd'hui, est fortement fléchi dans la main; la flexion porte principalement sur l'articulation phalango-phalangienne, dont les mouvements, actifs et passifs, sont très bornés. Depuis cette époque, la main droite est restée sujette aux gerçures. La main gauche n'éprouve rien de semblable.

Au mois de mars dernier, gerçure profonde, assurément perforante, au pli digito-palmaire du petit doigt. Il en était résulté une inflammation qui s'était propagée à travers le poignet jusqu'à l'avant-bras, donnant lieu à un gonflement considérable de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras. La douleur était très modérée; le malade continuait à travailler aux champs, il ne s'est reposé que quelques jours.

La flexion complète des doigts auriculaire et annulaire n'est plus possible; dans les plus fortes contractions musculaires, il reste toujours un écart de 2 centimètres entre ces doigts et la paume de la main; mais les mouvements passifs de flexion sont conservés. Evidemment, par suite de la synovite, il est survenu des adhérences entre les fléchisseurs et leurs gaines.

Etat actuel. — La main droite est enflée et largement étalée. Le gonflement, qui est dur et ne reçoit pas l'empreinte du doigt, remonte sur l'avant-bras.

Les éminences thénar et hypothénar sont amaigries, la première surtout. Il existe sur l'éminence thénar et sur la face palmaire de la première phalange de l'index, des plaques épidermiques fort épaisses.

Tous les doigts, excepté l'annulaire, portent à leur face palmaire des gerçures profondes, des crevasses ou des traces de gerçures. Au pouce, gerçure profonde au pli phalango-phalangettien; cicatrice d'une autre gerçure au pli digito-palmaire. A l'indicateur, deux gerçures; au médius, gerçure très profonde à la pulpe, presque au bout du doigt; à l'annulaire, cicatrice d'une ancienne gerçure, celle dont nous avons parlé plus haut.

Ongles déformés, striés, au pouce et à l'index. Il n'y a pas eu jusqu'alors de panaris.

Les deux segments inférieurs du membre thoracique sont moins sensibles à droite qu'à gauche. L'insensibilité se prononce de plus en plus au fur et à mesure que l'on descend, pour devenir complète aux extrémités du pouce, de l'index et du médius (faces palmaire et dorsale), où les piqûres d'épingle et le contact d'un tison ardent ne déterminent aucune douleur.

Le malade est droitier et continue à travailler de la main droite. Il y accuse cependant un grand affaiblissement. Etant à la civière, il fatigue beaucoup plus vite à droite qu'à gauche. Ses doigts s'ouvrent sans qu'il en ait conscience, autant sans doute par suite de la paresthésie que de la parésie.

Il a essayé, sous mes yeux, de se boutonner avec la main droite, mais en vain. C'est une main déjà bien infirme; on a peine à comprendre que, jusqu'à présent, il ait continué à s'en servir de préférence à la main gauche.

Malgré tout, L..., qui est valet de ferme, accomplit sa journée de travail.

La santé générale est bonne; pas de douleurs névralgiques au membre parésié; pas d'antécédents de famille. Il semble bien que le point de départ du mal ait été la blessure qu'il s'est faite à l'âge de quinze ans.

Obs. XV. — G... (Louis), quarante-deux ans, de Saint-Frégaut, se présente chez moi le 30 mai de cette année. Il me conduisait l'un de ses enfants, et n'avait nulle idée de me consulter pour lui-même. Mais, dès son entrée, je suis frappé de l'aspect de sa main droite, qui est largement étalée, décharnée dans les espaces interosseux, avec gonflement des doigts, principalement du pouce. En examinant le creux de la main, j'y rencontre, au niveau du pli digito-palmaire du pouce, une gerçure à peu près cicatrisée, ayant de 3 à 4 centimètres de longueur. Il a toujours des gerçures en hiver, ces gerçures guérissent en été; il n'en a, d'ailleurs, qu'à la région du pouce.

Il y a deux ans, le pouce a été le siège d'un panaris qui fut douloureux et mit plusieurs mois à guérir. Il n'est pas sorti de séquestre. Le panaris s'était compliqué d'une arthrite phalango-phalangienne, qui explique la laxité très grande de l'articulation, et les frottements rudes persistent encore entre les surfaces articulaires.

L'éminence hypothénar a le développement normal, mais l'éminence thénar est très sensiblement atrophiée.

Je vois là les stigmates de la paréso-analgésie, et je poursuis mon examen.

Le malade est droitier. Il a pu continuer à travailler jusqu'à présent, mais le membre est affaibli; la main droite serre beaucoup moins que la main gauche, contrairement à ce qui devrait

---

son omelette et le contenu des autres plats, qui défilèrent sur la table de la cuisine, devant son estomac reconnaissant!

Cependant quelle que soit l'ingratitude du sort, le médecin de campagne tient avec passion à ce coin de terre, où il s'est attaché par la conscience de son rôle, par les joies, par les triomphes de ses luttes perpétuelles contre les maladies, contre les infirmités, contre la mort, comme le remarque justement M. de Cherville. Il n'a, en réalité, qu'un seul regret, c'est celui de son éloignement de tout centre scientifique, car il ne peut se rappeler sans émotion les années où il écoutait la parole des maîtres et discutait avec les amis les découvertes du jour. La médecine éprouve des transformations si prodigieuses qu'il a peine à les saisir par la lecture rapide des journaux; les modifications incessantes de la thérapeutique, l'emploi de plus en plus répandu d'appareils et d'instruments spéciaux lui sont interdits le plus souvent, et il souffre de se trouver éloigné du théâtre où tout ce mouvement se produit. En Allemagne, on a bien compris qu'il fallait obvier à ces inconvénients, et c'est là le motif de ces cours de vacances si suivis, où les médecins de campagne sont mis en quelques jours, dans les Universités, au courant des acquisitions scientifiques de l'année écoulée; le voyage et le séjour sont facilités par des réductions de prix et des combinaisons de logements des plus favorables. En France, le Congrès de chirurgie, si brillamment inauguré l'année dernière, et qui retrouvera le même succès au mois d'octobre, s'en inspire dans une certaine mesure, plus conforme à nos habitudes. Quoi qu'il en soit de ces deux procédés, il importe, à notre époque, que le médecin, en quelque endroit qu'il se trouve, reste le moins longtemps possible isolé des milieux où il peut s'inspirer des progrès de la science, dont son art comme son caractère sont appelés à bénéficier.

— Le progrès rapproche les distances, et l'on compte aujourd'hui les localités où les communications sont encore

être, puisque G... se sert habituellement de la main droite; c'est le côté gauche qui est le plus développé : la différence est de 1 centimètre à l'avant-bras et de 1 centimètre et demi au bras. Ici, en effet, ce ne sont pas seulement les doigts et le poignet qui sont affaiblis; les muscles du bras et même de l'épaule participent à la parésie. Le deltoïde est assez peu atrophié, mais le biceps l'est à un degré très notable.

La sensibilité tactile, douloureuse et thermique, est fort émoussée dans toute l'étendue du membre thoracique droit, mais n'a disparu nulle part. En aucun point, à l'épreuve de l'épingle, l'analgésie n'est complète, mais partout, à n'en pas douter, il y a de la paralgésie.

Le mal remonte à quinze ans. Le malade ne sait à quoi l'attribuer; il n'a jamais subi, au bras droit, de choc, de violence.

Les faits nouveaux rentrent, comme physionomie générale, dans la description que nous avons déjà donnée de la paréso-analgésie. Nous nous bornerons à relever les quelques détails qui sortent de la règle et sont faits pour nous intéresser.

Analgésie sans parésie. — L'affection dont nous apportons ici huit nouvelles observations, avait été définie par nous : une maladie qui consiste dans la parésie avec analgésie des extrémités supérieures, d'abord limitée à l'un des côtés, passant ensuite le plus souvent à l'autre côté et aboutissant toujours à la production d'un ou de plusieurs panaris.

Nous avions conclu de nos premières recherches que la maladie atteignait simultanément la sensibilité et la motricité. Nous avions bien remarqué que la parésie et l'analgésie n'étaient pas dans un rapport constant. Ainsi le territoire de la parésie est souvent plus étendu que celui de l'analgésie, parfois c'est le contraire qui a lieu, mais toujours la paralysie du sentiment est d'un degré plus avancé que celle du mouvement. L'analgésie, en effet, est déjà complète, quand il n'y a encore que de l'affaiblissement au membre affecté. Mais, dans aucun cas, nous n'avions vu ces phénomènes l'un sans l'autre. Il nous était réservé d'en rencontrer la dissociation sur les malades qui font l'objet des observations XI, XII et XIII.

Chez Bodennec (obs. XI), la paralysie du bras gauche remonte à quatre ans, et de même que chez Héliès (obs. V), il n'y a jamais eu de panaris de ce côté. Comme altérations d'ordre trophique, tout s'est borné à des gerçures, à des crevasses. Il n'y a eu de panaris qu'à la main droite, et encore était-ce un panaris sans nécrose, un panaris de la pulpe. Nous étions disposé à ne voir là qu'un panaris banal. Le malade nous affirmait qu'il n'avait rien au bras droit, qu'il y avait conservé ses forces, et devant l'apparence normale du membre, nous allions passer outre, lorsque l'idée nous vint d'examiner l'intérieur de la main. Nous y découvrîmes plusieurs gerçures. Ce fut pour nous comme une révélation. Nous nous armons d'une épingle et constatons, à notre grand étonnement et à l'étonnement plus grand encore du malade qu'il y a de l'analgésie à la main et à la partie inférieure de l'avant-bras. L'analgésie est incomplète, les piqûres se font légèrement sentir, mais enfin il y a analgésie.

Déjà le docteur Guelliot avait fait remarquer qu'il n'avait pas rencontré de parésie dans le cas observé par lui, ou que du moins elle lui avait paru trop peu considérable pour entrer en ligne de compte dans la dénomination de la maladie.

Nous rencontrons donc chez Bodennec (obs. XI) l'affection sous un double aspect : parésie analgésique à l'un des membres thoraciques et simplement analgésie à l'autre.

C'est une transition pour arriver aux faits suivants où il n'y a trace de parésie à aucun des membres (obs. XII et XIII). Tout se borne à de l'analgésie avec les désordres trophiques que nous connaissons. Et même, si dans l'observation XII il y a gerçures et panaris, dans l'observation XIII il n'y a plus que des gerçures, ces crevasses profondes à bords calleux, guérissant presque sans laisser de traces, mais se renouvelant sans cesse, qui sont caractéristiques.

M. A. Broca constatait également l'absence de parésie dans l'observation recueillie par lui dans le service de Verneuil. Le fait, concordant d'ailleurs, était par là en désaccord avec ceux que nous avions publiés, et il lui semblait que nous avions émis une conclusion exagérée.

De nos huit dernières observations, trois ne laissent pas de doute : elles nous forcent à reconnaître que, parfois du moins, l'analgésie peut exister sans la parésie, et que le nom sous lequel nous avions baptisé l'affection, pêche par la base. Sa dénomination est trop compréhensive et logiquement il conviendrait de la restreindre. Faut-il donc appeler cette affection une analgésie à panaris et à gerçures des extrémités supérieures? Mais ici encore nous avouons notre embarras, car d'ordinaire ce n'est qu'assez longtemps, quelquefois des années après le début du mal, que les panaris se sont produits. Il peut se faire même que le mal ait franchi la première étape, et soit passé d'un membre à l'autre sans avoir produit de panaris dans le membre primitivement atteint. Héliès (obs. V) et Bodennec (obs. XI) en sont des exemples. Si nous avions observé le mal au début, l'un des termes du syndrome aurait donc été absent. Chez le sujet de l'observation XIII, il n'y a pas eu de panaris jusqu'à présent : c'est un cas fruste, ni parésie ni panaris.

La gerçure à bords calleux est plus constante que le panaris; elle a cependant, elle aussi, fait défaut deux fois (obs. VIII et X).

MM. Guelliot et Broca, n'ayant pu constater, d'une manière affirmative, de la parésie chez leurs malades, n'ont pas accepté le titre de paréso-analgésie; ils lui ont préféré celui de panaris anesthésique ou analgésique. Est-ce avec raison? Ces messieurs rattachent l'origine du mal à une violence

---

lentes, difficiles ou périlleuses. Le médecin en souffre tout au plus de voir quelquefois ses clients profiter du chemin de fer pour se rendre auprès d'un praticien ou d'un spécialiste, sans dire gare. Le pharmacien en éprouve plus d'ennuis, car on y prend l'habitude de faire venir directement les innombrables remèdes qu'il se contente de vendre tels qu'il les a reçus en dépôt, sans préparation d'aucune espèce. Cette pratique est sans doute bien répandue, car voici le fisc qui s'en préoccupe. Comment peut-on donc, aux termes de la loi, se procurer des médicaments? Et d'abord toute personne qui veut faire le commerce des substances vénéneuses est tenue d'en faire préalablement la déclaration devant le maire de la commune où elle réside, en indiquant le lieu où est situé son établissement. Lorsqu'il s'agit de substances vénéneuses pour l'usage de la médecine, la vente ne peut être effectuée que par les pharmaciens et sur l'ordonnance d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté; cette ordonnance doit être signée et datée, et elle doit énoncer les doses en toutes lettres. Croiriez-vous que, dans la pratique, tout ce luxe de formalités soit mis à contribution? Grande serait votre erreur. Mais il faut vous faire remarquer, en premier lieu, que les médicaments dont les malades désirent user sans aucune permission sont de ceux que le commerce étranger peut livrer à prix beaucoup plus bas que le nôtre. Depuis le néfaste traité de Francfort, les conditions de main-d'œuvre et de fabrication sont telles de l'autre côté du Rhin, par rapport aux nôtres, qu'une très grande quantité de produits toxiques arrivent aujourd'hui dans nos villes et dans nos campagnes à des prix inférieurs à ceux auxquels nos fabricants peuvent les fournir. L'un des plus distingués pharmaciens de Paris me prouvait, il y a quelques jours, que la caféine, par exemple, revient en France à 20 centimes le gramme avant son extraction du thé; tandis que les commissionnaires, en tirant ce produit de l'étranger, en acquittant les droits d'entrée, les frais de transport, en prélevant les frais de transport, le vendent à Paris 17 centimes le gramme.

subie par la main plusieurs années avant l'apparition des panaris. Il y avait depuis un certain temps des désordres trophiques, ces gerçures profondes, caractéristiques, qui prouvent que les sujets étaient déjà en puissance de mal, mais il n'y avait point encore de panaris. En attendant, comment appeler l'affection? L'intitulé « panaris anesthésique ou analgésique » ne saurait désigner qu'un incident dans l'existence d'une maladie à si long parcours : il ne saurait désigner la maladie elle-même. Pourquoi dès lors ne pas faire pour la paréso-analgésie ce qui se fait pour d'autres maladies; l'ataxie locomotrice, par exemple, qui reçoit son appellation dès la période prémonitoire et longtemps avant l'apparition de l'ataxie? Des considérations que nous ferons valoir plus tard, nous portent à croire que notre affection débute par le cordon postérieur de la moelle pour aller au cordon antérieur, qu'elle va de l'analgésie à la parésie.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Microbisme latent.

A M. LE DOCTEUR P. RECLUS.

Lyon, 7 août 1886.

J'ai lu avec un vif plaisir votre substantiel et concluant article sur le *Microbisme latent*. J'ai retrouvé là, généralisées et coordonnées, des idées qui depuis vingt-cinq ans font la base de mes convictions sur la marche et le traitement de la syphilis : alternances de vie latente et de vie active, sommeils causés par l'épuisement momentané du terrain ou par sa résistance recouvréeré, veils causés par un défaut éventuel de résistance du terrain. Ainsi seulement peuvent s'expliquer, d'après les mœurs du monde microbien, l'évolution, les phases du cours de la syphilis, voire les exceptions apparentes à ce cours.

A ces données positives se rattache aussi mon opinion sur la manière dont le traitement doit être dirigé pour rendre service. S'il est vrai que la nature a pourvu les graines, germes, spores, d'une résistance aux agents destructeurs supérieure à la résistance que possèdent, à l'état de vie active, les êtres issus de ces mêmes germes, que penser à priori, de l'efficacité des traitements dits *préventifs?* En fait, les récidives s'observent aux dernières périodes d'une cure mercurielle, dite par l'école *suffisante*, aussi bien, aussi souvent que longtemps après ce traitement. En voulez-vous une preuve clinique?

Avant 1855, un étudiant en médecine est traité à Montpellier par la médication mercurielle interne pour une *blennorrhée*. Le mal, bien entendu, ne cédant pas, on insiste tant en doses qu'en durée. Vers la fin de ce traitement le jeune homme contracte un chancre. Sa syphilis suivit le cours ordinaire.

Quant au microbisme latent, nous en avons, Doyon et moi, mis en lumière, dans notre traité des *herpès génitaux*, un bel exemple : l'inoculation à la peau de l'ombilic, de la sérosité d'un herpès progénital par Mauriac; inoculation qui *au bout d'un an* produisit « l'éruption de huit ou dix petites vésicules d'herpès presque imperceptibles et transparentes ».

Enfin la quatrième catégorie établie par Verneuil des individus qui conservent dans leurs tissus des *spores dormantes* me semble devoir être enrichie d'une variété spéciale. A côté de ceux dont l'affection, après avoir semblé guérie, reparaît « après des intervalles de durée variable », il est des cas où ces intervalles sont « de durée identique ». Une véritable périodicité se manifeste qui donne l'idée d'une évolution de germes demandant pour leur développement un temps toujours identique. Ici la réviviscence du germe est prouvée par la constante réapparition de ses effets pathologiques au terme régulier que la nature a fixé à leur avènement.

J'en trouve deux exemples, savoir : l'un dans les érysipèles reparaissant périodiquement (vingt-quatre fois en trois ans dans le cas si remarquable du professeur B. Teissier); l'autre dans l'histoire de l'herpès récidivant des organes génitaux, affection où la réapparition spontanée *périodique* est la règle.

Veuillez agréer, etc.

DIDAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BLANCHARD.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE COURANT NERVEUX AXIAL. Note de M. *Maurice Mendelssohn*. — En poursuivant ses recherches sur le courant nerveux axial, l'auteur a observé que :

1° La force électromotrice du courant axial d'un tronçon nerveux donné croît avec la longueur de ce tronçon sans qu'il existe une proportionnalité complète entre ces deux facteurs.

2° Cette forme augmente avec le volume du nerf, c'est-à-dire avec le diamètre de son action transversale.

3° Cette force diminue avec la fatigue du nerf provoquée par une tétanisation prolongée. Le phénomène s'obtient surtout dans les nerfs moteurs ou dans les nerfs mixtes avec prédominance des fibres motrices, et n'est que très peu accentué dans les nerfs dont la fonction est centripète.

4° La diminution du nerf et surtout celle de sa surface de section transversale diminue rapidement la force électromotrice du courant axial. Celle-ci peut être ramenée à sa valeur primitive à la suite de l'application au nerf d'une nouvelle section transversale.

5° Ces faits démontrent que le courant axial jouit des mêmes propriétés physiques et physiologiques que M. E. du Bois-Reymond a constatées pour d'autres courants nerveux.

Il en est ainsi de la plupart des alcaloïdes autres que la quinine, en raison de la manière dont l'impôt sur les alcools est perçu chez nous. Mais je laisse ces considérations fiscales de côté pour signaler, en second lieu, la facilité avec laquelle tous ces médicaments nous parviennent aujourd'hui en fraude. Qu'on en juge! Les médicaments que les particuliers font venir de l'étranger sans ordonnance de médecin sont presque toujours de ceux qui ne sont administrés que sous un petit volume, tels que les sels d'opium. Alors que le médecin traitant se refuse à laisser prendre à son malade un médicament dont l'abus peut être funeste, alors que le pharmacien ou le droguiste se refusent à leur tour ou font des objections à la délivrance du médicament ou plutôt du poison favori, rien n'est plus facile que de recevoir ce médicament en France, soit par colis postal, soit comme paquet d'échantillons sans valeur; l'un et l'autre procédé échappent, presque sans exception, à la douane, car l'administration des postes ne cesserait de l'assaillir de ses plaintes si elle entravait la célérité de ses opérations par un examen minutieux de ses paquets et colis. Ainsi se morphinisent sans difficulté les habitants des pays les plus reculés, en attendant d'autres médicaments à la mode, quelques hypnotisants ou suggestionnants, que l'alchimie moderne sortira quelque jour de ses creusets. N'y a-t-il pas là une source constante d'abus dont l'Etat a le droit de se préoccuper? Plus difficile est de trouver le remède; trop de gens y sont intéressés pour qu'il soit promptement découvert.

— Eprouverait-on mêmes difficultés à faire entrer dans la pratique les propositions que la Société de médecine légale vient, sur le rapport de M. Horteloup, de proposer en ce qui concerne la responsabilité des pharmaciens pour l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques? Le pharmacien, demande-t-elle, étant, comme toute personne, responsable de sa faute ou de sa négligence, doit, lorsqu'une ordonnance lui est présentée, prendre toutes les précautions

Sur la résistance du virus morveux a l'action destructive des agents atmosphériques et de la chaleur. Note de MM. *Cadéac* et *Malet*. — Les auteurs ont d'abord cherché à réaliser les conditions naturelles qui, dans la pratique, détruisent le virus morveux ou en assurent la conservation, et ils ont examiné ainsi pendant combien de temps la virulence persiste : 1° dans les humeurs desséchées plus ou moins rapidement et dans le poumon abandonné à l'air libre à diverses époques de l'année; 2° dans les humeurs placées dans une atmosphère saturée d'humidité à la température ambiante; 3° dans les humeurs étendues d'eau. Puis ils ont étudié le degré de résistance du virus morveux à la chaleur.

De leurs expériences il résulte que : 1° la résistance du virus morveux à la dessiccation varie suivant que celle-ci est lente ou rapide, que le milieu est froid ou chaud, sec ou humide. Il perd de sa virulence dans les humeurs exposées à l'air libre après complète dessiccation, et il est rapidement détruit par un temps chaud et sec, lentement au contraire dans les temps froids et humides; 2° les humeurs morveuses placées dans un milieu saturé d'humidité conservent longtemps leur activité; 3° le jetage morveux déposé dans les abreuvoirs peut conserver son activité jusque pendant dix-huit jours; 4° enfin, la simple projection de l'eau bouillante sur le jetage morveux ne détruit pas sa virulence. Celle-ci est détruite, au contraire, quand on le plonge pendant deux minutes dans l'eau en ébullition.

Des altérations d'ordre hématique produites par l'action du sulfure de carbone sur l'économie. Note de MM. *Kiener* et *R. Engel*. — Les expériences ont porté sur douze lapins qui ont été intoxiqués dans les conditions les plus variées.

Dans les intoxications à doses massives les auteurs ont constaté, pendant la vie de l'animal ou immédiatement après la mort et dans le sang encore chaud, une altération du globule rouge consistant dans des changements de forme de nature amœboïde. Le globule s'allonge, présente une, deux ou trois pointes plus ou moins étirées, affecte la forme de cornemuse, de croissant, etc. Le phénomène est de courte durée et cesse longtemps avant la formation de la fibrine. Ces déformations ne peuvent plus être observées sur des préparations sèches. MM. Kiener et Engel n'ont pas pu constater nettement le phénomène de la fragmentation du globule rouge dans le sang vivant. Mais beaucoup de globules leur ont paru augmentés de volume, plus pâles et de consistance plus fluide qu'à l'état normal. La dissolution dans le plasma se produit avec la plus grande facilité dans les points où les globules sont tassés ou comprimés. Ces lésions n'ont pas été observées dans l'empoisonnement chronique.

Dans aucun cas, les auteurs n'ont eu d'indice de la dissolution rapide et considérable du globule rouge pendant la vie. L'urine, examinée avec soin chez tous les lapins, n'a jamais renfermé d'hémoglobine dissoute. Dans un seul cas, on a observé une hématurie passagère. Ce symptôme doit être rattaché à l'irritation rénale qui a été constatée d'une façon constante dans l'empoisonnement chronique. Dans l'intoxication par inhalations on rencontre dans l'abdomen une sérosité sanguinolente et dans les poumons des infarctus hémorrhagiques. Dans aucun cas, l'examen spectroscopique du sang ou du sérum sanguin n'a permis de constater de la méthémoglobine. *Quant au pigment mélanien décrit par Schwalbe il a fait constamment défaut,* mais les deux expérimentateurs ont constamment trouvé, surtout dans les cas où l'intoxication avait été prolongée et avait amené la mort, l'accumulation dans certains organes d'un pigment particulier qu'ils considèrent comme ferrugineux et dérivant de la matière colorante du sang.

En résumé, la formation exubérante de ce pigment ferrugineux jointe à l'altération morphologique constatée dans le globule sanguin pendant l'intoxication aiguë, autorise, malgré l'absence d'hémoglobinurie et de méthémoglobinémie, à considérer le sulfure de carbone comme un agent attaquant la vitalité du globule rouge et précipitant son usure physiologique.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente : 1° au nom de M. le docteur *Guermonprez* (de Lille), deux brochures ayant pour titres : *Curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique* et *Kystes des doigts* ; 2° de la part de M. le docteur *Padwysorzki Junior* (de Saint-Pétersbourg), un ouvrage intitulé : *Experimentelle Untersuchungen über die Regeneration der Lebergewebes*.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre : 1° une brochure de M. le docteur *Tourdot* sur *l'alcoolisme dans la Seine-Inférieure;* 2° la traduction en anglais de ses ouvrages sur les *Nouvelles médications* et sur le *Traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin*.

M. *Rochard* dépose la *Relation* manuscrite, par M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe au 93e de ligne, de *l'épidémie de fièvre typhoïde* qui a régné sur ce régiment à La Roche-sur-Yon en 1885-1886. (*Commission des épidémies.*)

Hystérectomies. — M. *Léon Le Fort* présente un énorme corps fibreux de l'utérus qu'il vient d'extraire avec succès par la voie abdominale; cette tumeur est beaucoup plus volumineuse qu'une tête d'adulte, elle est absolument dure et compacte et par conséquent irréductible. L'opération choisie par M. Le Fort montre qu'elle peut être utilement préférée à celle que M. Lawson Tait préconise en pareil cas,

---

que la prudence et son expérience professionnelle pourront lui suggérer pour s'assurer que l'ordonnance émane bien d'une personne ayant qualité pour prescrire; mais, lorsque ces précautions auront été sérieusement prises, le pharmacien devra être considéré comme étant à l'abri de toute poursuite criminelle et de toute action en responsabilité civile. Après cette déclaration de bonne justice distributive, la Société propose qu'une disposition légale astreigne tout médecin qui formule une ordonnance prescrivant l'envoi de substances toxiques à y apposer un timbre mobile portant, lisiblement imprimés, son nom, son titre et son adresse; que des pénalités assurent l'exécution de cette obligation, et qu'une pénalité spéciale soit applicable à toute personne qui fabriquera ou emploiera une ordonnance fausse. Avouons que si ces dispositions sont adoptées en haut lieu, et qu'elles fassent la fortune des papetiers, nous aurons bien mérité le surcroît de dépenses que l'achat de timbres mobiles ou même de papiers à en-tête imprimés va apporter à notre budget.

Et moi qui vous parle, tout comme vous, je le crains, qui me lisez, je ne pourrais peut-être pas deviner la signature qui pourrait terminer cette lettre, et que je vous cache pour vous en éviter la peine.

Service des aliénés de la Seine. — Par suite de la démission de M. le docteur Garnier, M. le docteur Briand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, passe inspecteur titulaire, et M. le docteur Vallon, inspecteur-adjoint.

Dépôt de la préfecture de police. — Par suite de la mort de M. Legrand du Saulle, M. le docteur P. Garnier, premier médecin-adjoint du dépôt de la Préfecture de police, est nommé médecin en chef; M. le docteur Legras, deuxième médecin-adjoint, est promu premier médecin-adjoint, et M. le docteur Rueff, deuxième médecin-adjoint.

à savoir de ne pas toucher au néoplasme et de se contenter de l'enlèvement des annexes de l'utérus; en effet, cette dernière opération empêche peut-être le développement ultérieur de de la tumeur, mais elle ne la fait pas disparaître et ne diminue pas les inconvénients ou même les dangers de sa présence. — Dans ce cas M. Le Fort a pu obtenir à l'aide d'une ligature le détachement du pédicule au douzième jour; il s'est également servi de sa méthode antiseptique spéciale, consistant dans la propreté absolue des instruments et des mains, et la purification à l'alcool camphré de tous les objets de pansement.

Il présente également un utérus rétroversé qu'il a enlevé il y a quelques semaines à l'aide d'une ligature élastique, méthode dont il se loue beaucoup.

Alcoolisation des vins. — Sur la demande de M. *Dujardin-Beaumetz*, combattue par M. *Gallard* et appuyée par MM. *Rochard*, *Léon Le Fort* et *Bergeron*, l'Académie décide tout d'abord, par 11 voix contre 9, que la discussion générale sur l'alcoolisation des vins est close et qu'il y a lieu de passer à la discussion et au vote des nouvelles conclusions présentées par la Commission dans la dernière séance. Une proposition d'ajournement, faite par M. *Ernest Besnier*, n'est pas acceptée.

M. *Bergeron* expose les motifs pour lesquels la Commission a modifié ses conclusions premières, en acceptant quelques-unes des propositions faites précédemment par MM. Léon Le Fort et Brouardel. Après quoi, le débat s'ouvre sur la première conclusion. M. *Riche* fait observer que la Commission ne considère plus l'alcoolisation des vins comme nuisible qu'autant que celle-ci se pratique avec les alcools industriels. Or la toxicité des alcools d'industrie résulte surtout de la présence d'alcools supérieurs homologues de l'alcool vinique et notamment de la présence de l'alcool amylique; mais le vin viné, le vin de bons crus, l'eau-de-vie du vin et même le bon cognac contiennent constamment de ces alcools, si bien qu'il serait préférable d'user d'alcool pur plutôt que d'alcool de vin; le bouquet seul y perdrait, mais non la santé publique. Un vin viné avec l'alcool pur que l'industrie fournit aujourd'hui très aisément doit être considéré, au point de vue de l'hygiène, comme supérieur au vin initial lui-même. Aussi propose-t-il à l'Académie de s'en tenir à déclarer qu'elle considère comme nuisible l'alcoolisation des vin stelle qu'elle se pratique généralement aujourd'hui avec les alcools industriels impurs. Quant à la création de laboratoires annexés à certains bureaux de douane, M. Riche fait observer qu'il existe déjà de ces institutions, munies d'un excellent outillage et confiées à des chimistes très habiles, dans plusieurs ports et stations centrales, tant pour l'expertise du vin et des alcools que pour l'analyse des sucres; à Paris, le gouvernement possède deux services de ce genre. Enfin, M. Riche propose de substituer dans la première conclusion, l'expression : poudre blanche ou sucre raffiné, à celle de sucre cristallisé, la plupart des usines fournissant ce dernier produit dans un état de très grande impureté.

M. *Chatin* rejette, quant à lui, toute espèce d'alcool pour le vinage; il se contente du sucrage des moûts, ce dernier ajoutant au vin de l'alcool et divers éléments accessoires importants, tels que l'acide succinique et la glycérine. D'ailleurs tous les alcools du commerce peuvent être plus ou moins impurs et il est presque impossible de constater leur pureté absolue. Il se déclare, en outre, l'adversaire du vinage à l'aide de raisins secs, un tel vin ayant perdu sa matière colorante et étant difficile à conserver, d'où la nécessité d'introduire toute sorte d'ingrédients et d'agents de conservation dont les inconvénients sont nombreux.

M. *Riche* objecte que le sucrage des moûts a, entre autres, pour effet d'y produire de l'alcool amylique.

M. *Gallard* s'étonne de se voir ranger à la fois parmi les partisans effrénés du *mouillage* et du *survinage* des vins, par cela seul, que faute de pouvoir les empêcher, il conseille de tolérer ces deux pratiques également blâmables, mais aussi peu nuisibles l'une que l'autre pour la santé publique. L'alcool contenu dans les vins agit en raison de sa quantité et non de sa provenance, et celui qui s'est développé naturellement pendant la fermentation du moût est absolument aussi nuisible que celui qui a été ajouté plus tard, si ce dernier est de bonne qualité et bien rectifié. Il est vrai que certains alcools industriels renferment des produits toxiques, mais il est facile de les en débarrasser, et si coûteuse que puisse être cette rectification, on devrait exiger qu'elle ait été faite avec soin avant de livrer ces alcools à la consommation. Seulement la chimie n'est pas encore en possession d'un moyen sûr et pratique de déceler la présence de ces alcools toxiques que le goût seul permet, jusqu'à présent, de reconnaître.

Quant aux vins additionnés d'eau pure ou d'alcool bien rectifié, s'ils sont tout aussi salubres que les vins naturels, ils sont certainement inférieurs comme qualité et c'est pourquoi la consommation des vins naturels légers contenant peu d'alcool doit être surtout encouragée. C'est vers ce but que tendent tous les efforts de M. Gallard, qui repousse la moyenne de 10 pour 100 adoptée par le Laboratoire municipal, comme devant seule donner la caractéristique d'un vin loyal et *marchand*, puisqu'on ne peut s'empêcher de considérer comme tels tous les vins naturels dont le degré d'alcoolisation oscille entre 6 et 21 pour 100. Il pense, et c'est ce sur quoi il insiste le plus, que si l'on parvenait à élever le prix de l'alcool à tel point qu'il devînt onéreux de l'ajouter à un vin léger pour le porter au taux de 10 pour 100 réclamé par le Laboratoire municipal, la pratique du vinage ne tarderait pas à être abandonnée; ce n'est certainement pas là, dit-il, le langage d'un partisan quand même de cette pratique.

M. *Rochard*, tout en préférant la proposition antérieurement faite par la Commission à la nouvelle, admet cette dernière en sa qualité de rapporteur et par esprit de conciliation. L'une et l'autre ont pour but de déclarer nuisible l'alcoolisation des vins, et de laisser au gouvernement le choix des procédés qui permettraient de donner au commerce des facilités, sans nuire d'une manière trop grave à la santé publique. Il craint toutefois que l'amendement de M. Riche, en permettant le vinage à l'aide d'alcools absolument purs, ne laisse la porte ouverte à trop d'abus et de pratiques funestes, bien que la chimie puisse aujourd'hui déceler les impuretés des alcools. M. Brouardel n'a-t-il pas, d'autre part, démontré il y a quinze jours qu'en tout cas le vin viné a perdu ses qualités normales; on lui ajoute alors toutes sortes de produits et chacune de ces opérations, mouillage, coupage, plâtrage, salicylage, vinage, etc., a pour effet de corrompre encore plus ce précieux liquide. Il n'en serait pas de même avec le sucrage, puisqu'il est bien moins facile et ordinaire de falsifier ce dernier produit.

M. *Daremberg* fait observer à M. Gallard que le Laboratoire municipal de chimie de la ville de Paris ne calcule sur 12 degrés d'alcool et 24 grammes d'extrait l'évaluation approximative du mouillage d'un vin de coupage qu'autant qu'il est impossible d'avoir d'autre point de comparaison, c'est-à-dire lorsque l'origine du vin ou la composition du coupage sont inconnus; ces proportions moyennes sont en effet basées sur les usages commerciaux à Paris et dans le seul but d'éviter l'arbitraire.

En raison de la prolongation de la discussion, l'Académie, sur la proposition de M. *Besnier*, décide, à l'unanimité, de la remettre au jour où la plupart de ses membres seront revenus des vacances.

Fièvre typhoïde. — Une erreur, commise d'ailleurs par tous nos confrères de la presse médicale, et qui tenait à

l'audition défectueuse du mémoire lu par M. le docteur Pécholier à la dernière séance de l'Académie, nous a fait dire que sa méthode de traitement hâtif de la fièvre typhoïde consistait dans l'emploi du sulfate de quinine et de bains de pieds tièdes; c'est de bains généraux qu'il s'agit uniquement.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1887.

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires.

Prix d'Argenteuil (10 000 francs). — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier (2000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron (1000 francs). — Question: De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Etudier les altérations et les états pathologiques qui en peuvent résulter.

Prix Civrieux (1000 francs). — Question : Des névralgies vésicales.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : De l'actinomycose. « Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. »

Prix Desportes (1200 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs). — Question : Etude clinique de l'athrepsie.

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre (2000 francs). — Question : De la mélancolie.

Prix Auguste Monbinne (1500 francs). — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

» Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Portal (600 francs). — Question : De la tuberculose rénale primitive.

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Vernois (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

NOTA. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1887 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai 1887. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents au prix d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Monbinne et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

(*A suivre.*)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Traitement des tumeurs des parties profondes de la face : M. Verneuil. — Intervention dans les kystes hydatiques du poumon M. Poulet. — Opération de Battey : M. Terrillon (Discussion : MM. Terrier, Verneuil, Reclus, Sée, Trélat). — Désinfection des instruments chirurgicaux, lecture : M. Redard. — Présentation de malade : M. Berger.

M. *Verneuil* présente deux malades atteintes de tumeurs des parties profondes de la face et qu'il a opérées d'après les principes qu'il a exposés dans les précédentes séances, à savoir la non-fermeture de la porte qu'on s'est ouverte pour arriver jusqu'à elles et par là la poursuite des récidives de la néoplasie. C'est en un mot la méthode de Nélaton pour les polypes naso-pharyngiens appliqués à des néoplasmes d'une autre nature. La première malade a été atteinte, en 1882, d'une tumeur des fosses nasales, qu'on a d'abord prise pour un polype et qu'on a traitée par l'arrachement. L'affection, bien entendu, a récidivé et, en 1884, la malade est entrée à l'hôpital avec une tumeur remplissant toute la fosse nasale droite et que l'examen d'un petit fragment montre être un papillome. M. Verneuil, après avoir incisé et soulevé l'auvent nasal, extirpe par deux fois la tumeur en prenant soin de bien gratter sa base d'implantation. Au bout de plusieurs mois le mal paraissant guéri, on se décide à fermer l'ouverture. Mais en octobre nouvelle récidive; cette fois-ci on fait une incision en U sur la pyramide de la mâchoire supérieure, le lambeau ainsi obtenu est relevé, la paroi du sinus détruite et le néoplasme mis à nu largement extirpé. Le lambeau n'est pas suturé et à diverses reprises les surfaces végétantes sont fortement cautérisées au fer rouge et à l'acide chromique. En février 1885 toute tendance à la récidive paraissant avoir disparu, on suture les lambeaux et la malade quitte l'hôpital après cicatrisation complète. Il y a seize mois de cela, la malade est entrée de nouveau ces jours-ci à l'hôpital, elle présente au sommet des fosses nasales, près de la base des apophyses ptérygoïdes, une petite tumeur fluctuante peut-être en communication avec la cavité du crâne et à laquelle M. Verneuil n'ose pas toucher. La deuxième malade a vu il y a deux ans une tumeur soulever sa joue et refouler son œil en haut. A son entrée à l'hôpital elle était grosse comme un œuf de poule. La malade était albuminurique et très affaiblie ; elle fut mise au régime lacté, et quand sa constitution fut raffermie, M. Verneuil incisa les parties molles, détruisit avec précaution la paroi du sinus et arriva ainsi sur la tumeur qu'il enleva avec le thermocautère sans perte de sang pour ainsi dire. L'ouverture de la joue ne fut pas fermée après cela, et aujourd'hui il existe une petite récidive qui sera détruite avec la plus grande facilité. Dès lors, ainsi qu'on peut le voir déjà, rien ne sera plus aisé que d'obtenir la fermeture de la plaie.

— M. *Poulet* communique une très intéressante observation de kyste hydatique du poumon ayant donné lieu à une vomique et consécutivement à une caverne pulmonaire, pour

laquelle il proposa la pneumotomie. Le malade la refusa. M. Poulet fait suivre son observation de considérations sur le manuel opératoire qu'il aurait suivi dans ce cas et qui n'est autre que celui mis en pratique par M. Bouilly chez son malade, dont il a exposé l'histoire dans la dernière séance. Chemin faisant il soulève la question de la conduite à tenir dans les cas sans doute rares où il n'y aurait pas d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre; il pense qu'on pourrait alors suturer les deux feuillets de la séreuse, ainsi qu'on le fait pour l'ouverture des kystes du foie, de façon à prévenir l'entrée de l'air dans la plèvre et partant l'affaissement du poumon.

M. *Reclus* rapporte à ce sujet une observation d'erreur de diagnostic. Il s'agit d'un kyste hydatique du foie pris par un médecin pour un kyste du poumon et incisé largement dans un espace intercostal à la partie postérieure de la poitrine. Le malade n'ayant pas guéri et la plaie s'étant cicatrisée, M. Reclus dut inciser à nouveau, retira un drain de la cavité, et, pour pouvoir établir un bon drainage et fournir un écoulement facile au liquide, réséqua la douzième côte, qui, ayant été dénudée et grattée lors de la première opération s'était considérablement hyperostosée.

M. *Bouilly* dit que depuis la dernière séance il a reçu une lettre de M. Moutard-Martin, dans laquelle l'auteur déclare qu'en 1873 il a fait une pneumotomie pour arriver sur un kyste du foie ouvert dans les bronches.

— M. *Terrillon* communique une observation de Battey, pour des douleurs névralgiques rebelles et véritablement insupportables. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, mariée depuis dix-huit ans et n'ayant pas d'enfant. Ses règles se sont établies difficilement, mais depuis quinze ans elles viennent bien régulièrement. A l'âge de trente-cinq ans la malade a commencé à éprouver de violentes douleurs dans les reins et le dos, s'irradiant bientôt dans le ventre et les cuisses. Son médecin ordinaire, les attribuant à une affection utérine, cautérisa le col à diverses reprises et même en pratiqua la résection en 1883. Les accidents continuant, la malade consulta M. Reclus, qui ayant constaté une contracture intense de l'anus et du col de la vessie, pratiqua la dilatation anale et vésicale sans aucun résultat. C'est après ces divers traitements que MM. Reclus et Terrillon engagèrent de concert la patiente à se laisser enlever les annexes de l'utérus. Elle y consentit. M. Terrillon ouvrit le ventre sur la ligne médiane et alla à la recherche des ovaires et des trompes. Il eut quelque peine à les trouver et à les isoler, enfin il y parvint. Ces annexes étaient complètement saines; la malade se rétablit très vite; les douleurs qui la tourmentaient et rendaient son existence absolument insupportable ont disparu aussitôt après l'opération et n'ont plus reparu depuis. Ce succès remarquable vient s'ajouter à cette série de cas heureux, que MM. Terrier et Terrillon ont eus chacun de leur côté dans des cas analogues.

M. *Terrier* fait remarquer qu'avant d'entreprendre ces opérations, il convient d'examiner bien à fond les malades en s'adjoignant le concours d'un médecin expérimenté, car il est à noter d'après ce qu'il a vu que, si l'opération de Battey supprime les douleurs, elle ne fait pas disparaître les autres symptômes hystériformes tels que : hyperesthésie, anesthésie, troubles oculaires, etc., etc.

M. *Verneuil* rapporte à ce sujet le fait suivant qu'il a observé au printemps dernier. Une dame de quarante et quelques années, forte, vigoureuse, se livrant aux exercices du sport, fait une chute sur le bassin et éprouve à partir de ce jour des douleurs extrêmement violentes dans le ventre avec des irradiations dans les parties voisines. Cette femme goutteuse n'était nullement hystérique. Elle se procura des livres de médecine, crut reconnaître sa maladie et le traitement qui lui convenait, et demanda résolument à un chirurgien de lui enlever les ovaires. Celui-ci le fit; pendant dix jours la malade cessa de souffrir, mais au bout de ce temps les douleurs reparurent. La patiente réclama alors l'extirpation de l'utérus; le chirurgien simula l'opération et un peu de calme s'ensuivit. Les douleurs étant revenues, la malade fit appeler M. Verneuil et le pria d'enlever ce qu'elle croyait rester de son utérus. Ce dernier chirurgien ne fit rien et les accidents ont persisté. M. Verneuil cite encore une malade, qu'il a vue avec M. Pozzi, et qui avait des douleurs intolérables; rien ne fut fait et les accidents disparurent seuls. Enfin il rappelle l'observation bien connue d'Israël, où l'on vit une simple incision à la peau faire cesser tous les phénomènes douloureux. En présence de tous ces faits M. Verneuil se demande si l'opération de Battey est bien justifiée.

M. *Reclus* donne quelques renseignements complémentaires sur l'opérée de M. Terrillon et il insiste sur ce fait que toutes les opérations pratiquées chez elle avant l'ovariectomie n'avaient absolument rien donné.

M. *Sée* regrette que les ovaires de cette malade aient été trouvés sains, car Hégar dit formellement que l'on ne doit intervenir que si l'ovaire est malade.

M. *Terrier* répond à M. Sée que non seulement il est impossible de faire un diagnostic entre un ovaire sain et un ovaire malade avant l'opération, mais que même lorsqu'on a l'organe en main et qu'on en a pratiqué des coupes histologiques, on a la plus grande difficulté à se prononcer à ce sujet.

M *Trélat* fait remarquer combien il est difficile de saisir les indications de l'opération de Battey. Si l'on obéit trop vite au symptôme douleur, on opérera trop, et si on ne se décide à intervenir que lorsque l'ovaire sera dûment reconnu malade, on n'opérera pas assez. Il faut donc étudier ces malades avec le plus grand soin et n'opérer qu'à la dernière extrémité.

M. *Terrillon*, en réponse à la remarque de M. Terrier, dit que sa malade a été examinée au point de vue de l'hystérie avec le plus grand soin par M. Jouffroy. Elle ne présentait aucun des symptômes de cette affection, et n'avait ni hyperesthésie, ni diminution du champ visuel, etc., etc.

— M. *Redard* lit un travail sur la désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement.

— M. *Berger* présente un malade chez lequel il a enlevé le maxillaire supérieur pour un sarcome ossifiant, et chez lequel la lésion est admirablement palliée par un instrument prothétique fort ingénieux.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Sur la suture des nerfs : M. Assaky. — Pouvoir antitoxique de la bile : MM. Charrin et Roger. — Action des substances médicamenteuses à distance : M. Luys. — De l'ulcère phagédénique des pays chauds : M. Petit. — Hémorrhagies cérébrales suivies d'inondation ventriculaire : M. Capitan. — Sur le microbe du chalazion : M. Vassaux. — Appareil pour recueillir les microbes de la terre : M. Grigorescu.

M. *Assaky*, continuant ses recherches sur la suture des nerfs à distance, a forcé des filets nerveux à suivre une direction tout à fait différente de leur direction normale; malgré cette complication, la réunion des deux filets joints par un bout de catgut s'est très bien opérée.

M. *Dupuy* remarque que Vanlair a déjà fait connaître des expériences desquelles il résulte qu'un filet nerveux prolifère toujours, quelle que soit la direction qu'on lui impose artificiellement.

— MM. *Charrin* et *G.-H. Roger*, dans des expériences faites en commun, et dont M. Charrin expose les résultats, ont reconnu que la bile en nature ne paraît pas empêcher beaucoup le développement des microbes de l'intestin grêle. En étudiant séparément les divers éléments qui entrent dans la composition de la bile, ils ont vu que ceux qui ont le pouvoir antitoxique le plus actif sont les sels biliaires, et, en première ligne, le taurocholate de soude.

— M. *Luys* présente le résultat partiel de ses nouvelles recherches sur l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés. Ces recherches sont confirmatives de celles qui ont été exposées l'an dernier au Congrès de Grenoble par MM. les docteurs Burot et Bourru. Elles se résument dans les propositions suivantes :

1° Les sujets hypnotisés acquièrent par le fait même de l'état où ils se trouvent, une hyperexcitabilité spéciale, en vertu de laquelle ils réagissent d'une façon particulière lorsqu'on approche d'eux certaines substances.

2° Ces substances empruntées au règne minéral et végétal, déterminent des réactions variées sur l'organisme, des convulsions, des paralysies, etc., des paralysies sensorielles, des hallucinations, etc.

3° Les effets somatiques et physiques varient suivant le point de contact avec l'organisme, et suivant le côté du sujet en expérience.

4° M. Luys montre une série de photographies faites d'après nature sur un sujet hypnotisé, et d'après lesquelles on constate que la même substance, présentée alternativement du côté gauche et du côté droit, a déterminé des expressions émotives de nature différente. D'un côté c'étaient la joie, la gaîté, le rire, qui étaient exprimés ; d'un autre côté c'était la crainte, et dans certains cas, comme on peut en juger d'après les épreuves présentées, la plus violente terreur.

Dans un cas, sous l'influence de la poudre d'ipéca, il a vu se développer les phénomènes de la nausée et du vomissement, et en présentant la même substance au-devant du corps thyroïde, il a constaté une série de phénomènes étranges, — l'expression somatique du goitre exophthalmique artificiellement provoqué, avec turgescence instantanée du corps thyroïde, injection et coloration cyanique de la face ; exorbitisme et expression de terreur soudaine. — Cet état spécial s'est développé à plusieurs reprises, à mesure qu'on approchait ou qu'on éloignait le tube contenant la substance active. Le cou se gonflait instantanément comme par l'application d'une ventouse, et dans ce cas la turgescence était telle que la circonférence du cou, avant l'expression mesurant 31 centimètres, au moment de l'application du tube, s'élevait à 36 centimètres.

La photographie de cet état spécial du sujet prise instantanément, donne une idée exacte du bouleversement extrême qui s'est opéré dans la physionomie du sujet, si on la compare à ce qu'elle est sur une photographie de son état normal.

Ces états spéciaux tout nouveaux dans lesquels les sujets hypnotisés sont plongés à leur insu, retentissent, comme on le voit, d'une façon profonde sur le jeu des appareils de la vie organique. Les mouvements respiratoires deviennent anhélants, et les battements du cœur tumultueux. Il convient donc de n'agir, quand on manie certaines substances qui retentissent sur les viscères thoraciques, qu'avec la plus grande circonspection. La représentation objective à l'aide de plaques photographiques démontre donc le mal-fondé des objections qui tendaient à voir dans ces phénomènes des actes de simulation de la part des sujets en expérience.

5° Le procédé opératoire est des plus simples. Il consiste à mettre la substance à étudier, en petite quantité, 1 à 2 grammes au plus, dans un tube à expérience, scellé à la lampe, et après lui avoir donné un numéro d'ordre, à le placer derrière le cou du sujet hypnotisé, sans lui dire un mot. On place le tube soit à gauche, soit à droite, et au bout de quelques minutes, cinq minutes en général, le sujet entre en période de somnambulisme lucide, et c'est à ce moment-là que l'action de la substance en expérience se révèle, et qu'on le voit réagir d'une façon variée suivant la substance employée.

6° Le résultat de ces expériences dont l'action est si puissante sur l'état dynamique du système nerveux, permet d'entrevoir une nouvelle méthode de thérapeutique des maladies du système nerveux. Chez deux malades de son service, atteints depuis plusieurs années de convulsions hystéro-épileptiques, M. Luys a employé déjà avec succès cette nouvelle méthode de traitement. Chez ces malades les attaques convulsives ont diminué très nettement au point de vue de leur intensité et au point de vue surtout de la fréquence.

M. *Dumontpallier* croit que les faits observés par M. Luys ne sont pas douteux ; quant à lui, il en a observé d'analogues. Relativement aux interprétations possibles, il se demande dans quelle mesure l'hypothèse de la suggestion mentale serait ici à sa place.

M. *Ch. Richet* signale l'importance des expériences de M. Luys ; il en a fait lui-même depuis plusieurs mois qui, d'une façon générale, confirment celles de M. Luys. Cependant il lui semble qu'on n'a pas démontré encore si les substances essayées agissent toujours de la même façon.

M. *Luys* reconnaît qu'on ne peut dire que l'action des substances expérimentées est toujours identique à elle-même ; les expériences de ce genre présentent, en effet, bien des éléments de complication qu'il faudra arriver peu à peu à distinguer. Quant à l'hypothèse de la suggestion mentale, si l'on songeait à la proposer pour expliquer ces faits, il déclare que, pour sa part, il ne peut l'accepter ; c'est une explication d'ordre théologique.

M. *Féré* remarque que toute idée s'accompagne d'un ensemble de phénomènes somatiques (mouvements musculaires, modifications circulatoires, thermiques, sécrétoires, etc.), et que l'interprétation plus ou moins consciente de ces phénomènes, de la part de certains sujets très excitables, pourrait rendre compte peut-être de ce que l'on appelle la suggestion mentale.

— M. *Petit* a étudié l'ulcère phagédénique des pays chauds et a reconnu clairement la nature parasitaire de cette affection.

— M. *Capitan* a observé un certain nombre de cas d'hémorrhagie cérébrale dans lesquels il s'était produit une inondation ventriculaire. Le mécanisme de ces accidents est-il identique à celui qu'a étudié M. Duret dans ses recherches sur les traumatismes cérébraux artificiels? En tout cas, ces faits paraissent pouvoir rendre compte des phénomènes bulbaires qu'on constate dans certains cas d'hémorrhagie cérébrale.

— M. *Vassaux*, contrairement à MM. Boucheron et Poncet, persiste dans ses conclusions sur la nature non parasitaire du chalazion. Il pense qu'il faut distinguer entre le chalazion et le kyste meibomien, et que le microbe cultivé par M. Boucheron n'est que le *Micrococcus pyogeneus*.

— M. *Grigorescu* présente un appareil qu'il a fait construire, destiné à recueillir les microbes contenus dans la terre.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de l'orchite et de l'épididymite, par M. Fr. U. Lowndes. — Cet auteur traite l'orchite et l'épididymite d'origine blennorrhagique par un badigeonnage avec une solution forte de nitrate d'argent (2,5 sur 30), par le repos au lit, le testicule soulevé sur un coussinet. Ce traitement est toujours suivi de succès. Rarement un second badigeonnage est nécessaire. Cette méthode est due à M. Jordan. (*The Lancet*, 24 juillet 1886.)

Du rhumatisme chez les enfants, par M. A. Money. — Chez les enfants, le rhumatisme est toujours une maladie très sérieuse. D'après l'auteur, il est caractérisé par la fréquence des érythèmes, des nodosités sous-cutanées, de l'endocardite et de la chorée; d'autre part, par le peu d'intensité de l'arthrite et de la douleur, de la fièvre et des sueurs. Il considère même l'arthrite comme douteuse. C'est une affection d'autant plus grave que les symptômes subjectifs peuvent très bien échapper et que le diagnostic en est généralement tardif. Mais si l'on trouve le moindre signe de rhumatisme, il faut maintenir l'enfant au lit d'une façon continue; les alcalins sont utiles, le salicylate également, mais moins que chez les adultes. (*The Lancet*, 24 juillet 1886.)

Du pronostic du goitre exophthalmique relativement aux symptômes secondaires qui l'accompagnent, par M. W. Hale White. — Parmi les symptômes secondaires observés par cet auteur, abstraction faite des symptômes nerveux, la persistance du thymus occupe l'un des premiers rangs, et généralement chez les mêmes sujets les plaques de Peyer sont particulièrement bien marquées; il a vu aussi chez quelques malades l'hypertrophie des amygdales. Les relations de cette persistance du thymus et de cet état particulier du système lymphatique avec la maladie de Graves ne sont guère expliquées. (*The British med. Journal*, 24 juillet 1886.)

Traitement du décollement de la rétine, par M. S. Snell. — On sait que Sichel, le premier, en 1859, a fait la ponction de la sclérotique pour remédier à cette affection. Gräfe, pour pratiquer l'opération, fait regarder le malade en haut, puis saisit un pli de la conjonctive au niveau de l'équateur de l'œil et fait la ponction entre les muscles droit inférieur et externe, et le liquide s'écoule. L'auteur a adopté la manière de faire de Wolfe, de Glasgow, qui forme un petit lambeau de conjonctive et met la sclérotique à nu; l'écoulement du liquide après la ponction est ainsi mieux assuré; il n'est pas retenu derrière la conjonctive, auquel cas la résorption peut ne plus avoir lieu à un moment donné. M. Snell a employé ce procédé avec succès dans plusieurs cas qu'il cite en détail. La plaie de la sclérotique a toujours guéri facilement. Le repos au lit pendant quinze jours a fait le reste. (*The British med. Journal*, 24 juillet 1886.)

De l'embolie capillaire du cerveau et de la moelle, étudiée expérimentalement; ses relations avec la chorée, par M. Angel Money. — Voici les conclusions de cet intéressant travail, basé sur de nombreuses expériences et des observations faites dans les meilleures conditions :

1° La chorée humaine est surtout d'origine cérébrale, très rarement d'origine spinale.

2° La lésion, qui le plus ordinairement provoque la chorée, est l'affection rhumatismale du tissu conjonctif périvasculaire de l'appareil moteur du cerveau et de la moelle.

3° L'embolie peut être une cause de chorée, mais c'est dans des cas très rares.

4° La chorée peut éclater à l'occasion d'une frayeur, mais cela n'arrive probablement que s'il préexiste un désordre moléculaire de l'appareil moteur cérébro-spinal. (*The British med. Journal*, 17 juillet 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Un précurseur lyonnais des théories microbiennes, J.-B. Goiffon, et la nature animée de la peste, par M. le docteur Humbert Mollière, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.— Bâle, Lyon, Genève, librairie Henri Georg.

Lorsque, au commencement du siècle dernier, éclata dans la ville de Marseille la terrible épidémie de peste restée célèbre dans l'histoire par l'héroïsme de Mgr de Belzunce, tous les pays limitrophes furent saisis de terreur. A Lyon, une Commission fut nommée pour aviser aux mesures à prendre. Cette Commission fit paraître une instruction pratique à l'usage des médecins pour les guider dans le cas où la peste viendrait à s'y déclarer. M. Mollière a pu reconnaître que cette instruction était due à J.-B. Goiffon, professeur agrégé au Collège des médecins de Lyon, et, à la suite de longues et patientes recherches, notre confrère a su retrouver les documents nécessaires pour écrire l'histoire de la vie de ce savant médecin. Cette biographie précède l'analyse du livre dans lequel Goiffon, à propos de la peste, s'est occupé de la contagiosité des maladies pestilentielles et de la nature animée du contage.

Certes, il convient, comme l'a fait M. H. Mollière, d'admirer la logique avec laquelle le médecin lyonnais a déduit de l'hypothèse qu'il a émise toute la pathogénie des maladies infectieuses. Celles-ci, dit-il, sont dues à la pénétration et à la reproduction dans l'organisme d'*insectes* et de vermisseaux venus de loin. D'après M. Mollière, il faut entendre par ces mots des êtres infiniment petits et, par conséquent, des microbes. Bornons-nous à reconnaître que, par les citations qui en sont faites, on peut attribuer à Goiffon le mérite d'avoir, mieux encore que le P. Kircher, affirmé la nature animée des virus — l'auteur dit venins — pestilentiels. De là à le considérer comme l'un des savants auxquels nous serions redevable de la doctrine microbienne, il y a loin. La théorie de Goiffon ne repose que sur une conjoncture *a priori* et il en déduit une thérapeutique des plus contestables. Bien qu'il affirme la nécessité d'employer contre la peste des médicaments antidotes et alexitères, des contrepoisons ou contre-venins, ce sont les acides, les aromatiques, les sudorifiques, les diaphorétiques, les opiacés, etc., qu'il préconise. On comprend donc que l'on n'ait pas considéré comme très importante ni comme féconde en déductions thérapeutiques une théorie qui reste très vague parce qu'elle ne s'appuie que sur des hypothèses. Nous en dirons de même de cette observation de Paulini qui dit avoir trouvé des insectes vivants ou des vermisseaux dans les glandes salivaires et le cerveau des chiens enragés (??). Nous ne savons pas ce qu'a pu voir Paulini, mais certes il n'y a, dans cette citation, qu'une rencontre des plus fortuites avec ce qu'on a découvert depuis.

Reconnaissons donc que l'ouvrage de Goiffon est très intéressant et très remarquable au point de vue de l'histoire de la médecine, qu'il prouve chez son auteur autant de sagacité que de logique; mais avouons que son intérêt est d'un ordre presque exclusivement spéculatif et que la doctrine défendue par le savant médecin lyonnais ne s'appuyait nullement, comme la doctrine microbienne moderne, sur des faits positifs et des expériences rigoureuses. Quant à M. H. Mollière, il a eu le grand mérite de rappeler et de faire connaître, avec tous les détails nécessaires, une œuvre qui méritait d'être tirée de l'oubli.

Cette édition de l'œuvre de Goiffon, grâce aux commentaires qui la font mieux apprécier, aura sa place marquée dans la bibliothèque de tous les érudits.

L. L.

Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVII, 1886.

Les *Transactions de la Société obstétricale de Londres* pour l'année 1885 contiennent de nombreux et intéressants mémoires, dont il est impossible de donner ici une analyse détaillée ; il nous suffira d'indiquer les principaux points, qui montreront l'importance des travaux de cette Société.

Le docteur W.-A. Duncan étudie l'extirpation totale de l'utérus. Il rapporte deux observations où il fit cette extirpation totale par la voie vaginale ; dans un cas la femme guérit, dans l'autre elle succomba. Il compare ensuite l'extirpation totale par les deux voies abdominale et vaginale, et en réunissant les résultats statistiques des différents auteurs il trouve :

Extirpation abdominale, 137 cas, 99 morts ; donc mortalité, 72 pour 100.

Extirpation vaginale, 276 cas, 79 morts ; donc mortalité, 28,6 pour 100.

Les statistiques plaident donc en faveur de l'extirpation vaginale.

L'auteur termine son travail en étudiant en détail les indications et contre-indications de cette dernière opération.

— Intéressante présentation de M. le docteur Knowsley Thorton de kystes dermoïdes des deux ovaires.

— A la page 112 nous trouvons un important mémoire du docteur John Williams sur la circulation utérine avec ses conséquences pathologiques. Plusieurs planches très claires accompagnent le texte ; celle qui détermine la circulation des organes génitaux est particulièrement remarquable de netteté.

— M. Matthews Duncan fait une communication sur les ulcérations lupeuses des organes génitaux de la femme. Il publie cinq observations destinées à apporter de nouveaux documents dans l'histoire de cette maladie.

— M. le docteur John Williams publie trois cas de perimétrite séreuse.

— Intéressant spécimen de bassin pseudo-ostéomalacique présenté par W. S. A. Griffith.

— Chancre du col utérin, avec figure coloriée, communiqué par M. le docteur Herman.

— M. le docteur Herman publie un important mémoire sur la suppuration et l'écoulement dans les cavités muqueuses des kystes dermoïdes du pelvis. La suppuration de ces kystes est parfois un événement favorable qui conduit à leur guérison. Ceci arrive de préférence quand le kyste est uniloculaire et quand il s'ouvre dans le vagin. La première indication dans un kyste qui s'est rompu est de le vider. L'ouverture doit être agrandie autant que cela peut être fait sans danger. Si le kyste est multiloculaire, et si, après l'avoir vidé aussi complètement que possible, il ne revient pas rapidement sur lui-même, l'écoulement continuera indéfiniment et épuisera le malade ; le seul traitement efficace est ici l'extraction par la voie abdominale.

— Tels sont rapidement exposés les importants travaux de la Société obstétricale de Londres pendant l'année 1885 ; parmi eux celui de Matthews Duncan sur le lupus de la vulve, dont il a été déjà question, mérite tout particulièrement l'attention du lecteur.

AUVARD.

VARIÉTÉS

L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Au moment même où le *Journal officiel* publiait les décrets que nous avons résumés dans notre dernier numéro, nous recevions un *Rapport sur les modifications à apporter à la situation de l'agrégation dans les Facultés de médecine*, rapport rédigé, au nom des agrégés de Montpellier, par M. Mossé. Nous aurions aimé à discuter immédiatement les conclusions de ce travail, et à faire ressortir les considérations si judicieuses qui les font valoir. Mais, au moment même où les nouveaux décrets réduisent dans de notables proportions la situation précédemment faite aux agrégés des Facultés de médecine, il paraît au moins inutile de demander, en leur faveur, ce que réclamait la Société des agrégés de Montpellier. Nous préférons donc attendre un moment plus favorable pour rappeler, dans une revue d'ensemble, tout ce qui a été dit jusqu'à ce jour sur ce sujet, qui intéresse à un si haut degré l'avenir de notre enseignement supérieur. Nous nous contenterons donc aujourd'hui de mettre en regard les réformes apportées par le nouveau décret, et les améliorations demandées par le rapport de M. Mossé.

Le nouveau décret supprime l'indemnité précédemment accordée aux agrégés chargés de cours complémentaires. Il réduit à 5000 francs — au lieu de 6000 — le traitement des agrégés chargés de suppléer les professeurs dans leurs cours officiels. Il réduit le nombre des agrégés appelés à avoir voix délibérative dans l'assemblée des Facultés.

Tout au contraire, M. Mossé demandait qu'une indemnité de concours fût accordée aux concurrents pour l'agrégation. Il émettait le vœu que la durée de l'agrégation fût portée à douze ans, que tout agrégé en exercice fût chargé d'un cours auxiliaire, que tous les agrégés fissent partie des assemblées de la Faculté, sauf de celles qui auraient pour objet la présentation à une chaire vacante. Enfin M. Mossé demandait que des congés de voyage avec traitement fussent accordés aux agrégés, que ceux-ci fussent maintenus en exercice pendant vingt-quatre ans s'ils n'avaient été plus tôt nommés professeurs ou professeurs adjoints, qu'après cette période ils fussent nommés agrégés libres et autorisés à demander une retraite proportionnelle.

On le voit, ce sont là de graves innovations. Il importait de les signaler ; nous aurons l'occasion d'y revenir.

NÉCROLOGIE : M. ZUBER. — Nous avons le très douloureux regret d'apprendre la mort de notre collaborateur et ami, M. le docteur Zuber, médecin principal de deuxième classe de l'armée, directeur de l'hôpital militaire d'Haï-Phong, qui vient de succomber, il y a huit jours, âgé de trente-neuf ans, à la suite d'une attaque de fièvre algide, disent les nouvelles officielles. Les lecteurs de la *Gazette* ont pu apprécier les connaissances étendues, la distinction d'esprit, le ferme bon sens de l'ancien agrégé du Val-de-Grâce, sorti autrefois le premier de sa promotion à l'ancienne Ecole de Strasbourg. Il s'était plus particulièrement attaché, dans ces colonnes, à montrer les transformations que la pathogénie et les doctrines épidémiologiques subissent sous l'influence des découvertes de la bactériologie ; les travaux importants auxquels il s'était livré sur ces sujets, avant son départ pour l'Extrême-Orient, témoignaient à la fois de la profondeur de ses vues et de la haute valeur de son jugement. Mais ce que nos lecteurs ignorent et ce que des correspondances particulières nous ont révélé, ce sont le zèle et le dévouement dont il n'a cessé de faire preuve au milieu des difficultés que le corps d'occupation a eu à subir au Tonkin et en Annam ; le grade de médecin principal et la croix d'officier de la Légion d'honneur étaient venus récompenser ses efforts. Il allait sans doute bientôt rentrer en

France, lorsque les fatigues qu'il eut à supporter pour préparer et diriger les dernières évacuations de troupes dans les meilleures conditions sanitaires possibles ont altéré gravement sa santé, et en ont fait la proie facile du fléau qui sévit encore dans notre nouvelle colonie. La perte de M. Zuber sera vivement ressentie par les nombreux amis qu'il s'était faits dans le corps médical; elle prive la médecine militaire d'un de ses représentants les plus distingués, de l'un de ceux dont elle avait le plus le droit d'être fière.

— On annonce le décès de M. le docteur Patureau, doyen du corps médical de Châteauroux, médecin en chef de l'hôpital de cette ville; de M. le docteur Dujardin père, à Lille; de M. le docteur Brébant, à Reims; de M. le docteur Ficoni, à Corsine (Corse); de M. le docteur Thomas Ward Jeston, décédé à Henley-on-Thames, l'un des derniers survivants des guerres du commencement du siècle; il avait assisté lord Wellington à la bataille de Salamanque; de M. le docteur Romanowsky, ancien médecin de la marine, vice-résident à Thai-Nguyen (Tonkin).

Facultés et Écoles de médecine. — Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1886, et nommés professeurs honoraires :

MM. Gavarret, Hardy et Sappey (de Paris); Joire, Garreau et Pilat (de Lille); Benoît et Dupré (de Montpellier); Hergott, Parizot, Roussel, Béchet et Demange (de Nancy); Druhen et Sanderet de Valonne (de Besançon); Maheut (de Caen); Fleury et Nivet (de Clermont); Morlot (de Dijon); Barny (de Limoges).

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier de la Légion d'honneur, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. le docteur Hanne, maire de la Pointe-à-Pître (Guadeloupe).

Désinfection des voitures de transport de la boucherie. — Dans sa séance du 6 août dernier, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a nommé une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Goubaud et Jungfleisch, qui sera chargée d'indiquer quel serait le meilleur désinfectant à employer pour les voitures destinées au transport des résidus de boucherie, de triperies et de charcuteries.

Création d'un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose.

La souscription pour la tuberculose, pour s'être ralentie, n'est pas close. La liste que nous publions ci-après renferme des versements importants par le chiffre et la provenance. M. le baron de Rothschild, outre la somme déjà donnée par sa famille, lui apporte une magnifique souscription. En certains pays étrangers, de même que dans plusieurs villes françaises, de généreux donateurs se sont groupés sous les auspices de diverses réunions scientifiques, et ces souscriptions n'attestent que mieux encore l'intérêt que le monde savant porte au but poursuivi. Nous pouvons, du reste, affirmer aux souscripteurs que les recherches se poursuivent activement dans plusieurs laboratoires aussi bien qu'à l'hôpital, l'expérimentation et la clinique devant toujours marcher ensemble, surtout en un tel sujet.

Seizième liste.

M. le baron Edmond de Rothschild	5000 fr.	
L'Académie de Lima	500	
La Mutualité commerciale et la ville d'Ivry, chacun 100 francs	200	
Revista de medecina dozimetrica de Porto (2e souscription)	68	05
Revue médicale, journal de Caen	59	
M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse) et la ville de Joinville-le-Pont, chacun 50 francs	100	
M. le docteur Henry, à Avon	20	
Divers anonymes	9	
Total	5.956 fr.	05
Montant des listes précédentes	46.860 fr.	85
Total général	52.816 fr.	90

Institut Pasteur. — Dans sa séance du 5 août, le Conseil municipal de Paris a voté par 33 voix contre 14 la concession pour quatre-vingt-dix-neuf ans du terrain précédemment accordé pour trente ans seulement à la Société de l'Institut Pasteur.

Au cours de la discussion qui a précédé ce vote, la statistique ci-après a été fournie. Les personnes traitées jusqu'ici ou en traitement à l'Institut Pasteur sont au nombre de 1656 et se répartissent comme il suit :

Angleterre	59	Mortalité	0
Autriche	17	—	0
Algérie	74	—	0
Amérique	18	—	0
Brésil	2	—	0
Belgique	42	—	0
Espagne	58	—	0
Grèce	7	—	0
Hollande	8	—	0
Hongrie	25	—	0
Italie	105	—	0
Portugal	20	—	0
Russie	182	—	11
(8 par loups enragés sur 50; 3 par chiens enragés sur 132).			
Roumanie	20	Mortalité	1
Turquie	2	—	0
Suisse	2	—	0
France	1009	—	3

En résumé : France, 3 morts (malgré le traitement) sur 1009 traitées; Russie, 11 morts (dont 8 par des loups) sur 182 traitées; Roumanie, 1 mort sur 20 traitées; Angleterre, Autriche, Algérie, Amérique, Brésil, Belgique, Espagne, Grèce, Hollande, Hongrie, Italie, Portugal, Turquie, Suisse (pas de mort sur 445 traitées).

Mortalité a Paris (31e semaine, du 1er au 7 août 1886. — Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 2. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 13. — Choléra, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 36. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 35. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 33. — Bronchite aiguë, Broncho-pneumonie, 21. — Pneumonie, 35. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 99; au sein et mixte, 37; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 62; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 50; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 23. — Total : 956.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Contribution à l'étude de la tuberculose du rein, par M. le docteur Raymond Durand-Fardel. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

De l'arthrotomie, par M. le docteur A. Jalaguier. 1 beau vol. in-8 de 260 pages et 7 tableaux. Paris, Asselin et Houzeau. 5 fr.

Traité de chirurgie clinique, par M. P. Tillaux. Tome Ier, premier fascicule : *Affections chirurgicales de la tête*. 1 vol. in-8 de 400 pages avec figures dans le texte. Paris, Asselin et Houzeau. 6 fr.

— L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules, qui se vendront toujours séparément.

Microbes, ptomaïnes et maladies, par M. le docteur Brieger, traduit et annoté par MM. les docteur Roussy et Wertheimer, avec une préface de M. le professeur Hayem. 1 vol. in-18 de 250 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Traité de pathologie interne, par M. le docteur A. Strümpell. Tome second, Deuxième partie : Maladies des reins et de l'appareil locomoteur. Maladies constitutionnelles. Intoxications. Formulaire. 1 vol. in-8 de 316 pages avec figures dans le texte. Paris, F. Savy. 8 fr.

— Prix de l'ouvrage complet. 2 vol. grand in-8 avec figures dans le texte. 30 fr.

Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, par M. Alfred Hardy. 1 vol. in-8 de 1240 pages, cartonné. Paris, J.-B. Baillière et fils. 18 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

6455. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Le Congrès de Nancy.

La vie scientifique est éteinte en ce moment à Paris et il faut aller la retrouver en province et à l'étranger, dans les nombreux Congrès qui s'offrent aux savants, au gré de leur science de prédilection et de leurs goûts excursionnistes. Cela est si vrai, qu'à la séance de mardi dernier à l'Académie de médecine, on n'a pu compter plus de vingt-deux membres présents, ce qui ne s'était jamais vu, au dire des « anciens » de la Compagnie. Comment en effet n'être pas tenté par les agréments que présentent successivement la session tenue à Nancy depuis huit jours par l'Association française pour l'avancement des sciences, la réunion de la Société helvétique des sciences naturelles qui vient de se terminer à Genève, le Congrès de l'Association médicale britannique à Brighton du 10 au 13 août, la session de la Société allemande d'ophthalmologie, qui a eu lieu les 9 et 10 août à Heidelberg, sans compter la 59e assemblée des naturalistes et médecins allemands, qui se tiendra à Berlin du 18 au 24 septembre, le Congrès de climatologie et d'hydrologie à Biarritz le 1er octobre et notre Congrès de chirurgie à Paris au mois d'octobre ! Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse de l'habitude, aujourd'hui prise, que révèlent ces diverses réunions, il faut reconnaître qu'elles ont au moins l'avantage de permettre des échanges de vues et de sentiments entre personnes n'ayant pu se connaître jusque-là que par leurs travaux; à ces échanges sont dues souvent de solides amitiés, des préventions heureusement dissipées et de nouvelles ardeurs au service de la recherche et de l'étude. Quant aux travaux communiqués dans ces réunions, ils sont forcément d'inégale valeur et n'ont pas toujours tout au moins le mérite de la nouveauté ; c'est pourquoi nous avons pensé que les lecteurs de la *Gazette* nous sauraient gré de n'en rendre compte que lorsque ces réunions seraient terminées, afin de pouvoir, au lieu d'une analyse suivant l'ordre des séances, donner une étude d'ensemble groupée selon les diverses parties de la science; tel sera le compte rendu que nous reproduirons dans le prochain numéro.

A Nancy, les sciences médicales auraient dû nécessairement tenir une place relativement restreinte à la réunion de l'Association française, si les autres sciences avaient été l'objet d'un empressement d'auditeurs aussi grand que celui de la section qui leur est consacré. Car le nombre des médecins présents l'a emporté de beaucoup sur celui des personnes qu'on rencontrait dans la plupart des autres salles, si bien que les sections des sciences médicales et d'hygiène publique avaient à elles deux un auditoire comptant pour plus d'un tiers du nombre total des membres inscrits à la session. Et cependant le corps médical nancéien s'est fait remarquer par un grand nombre d'abstentions, particularité qui n'a pas cessé que d'étonner beaucoup. La ville de Nancy n'a d'ailleurs pas paru s'intéresser beaucoup à cette réunion ; à part les édifices municipaux, les hôtels, certains négociants, les membres du Comité local, dont les fenêtres étaient largement pavoisées, à part les fêtes ordinaires, il ne semble pas que le public nancéien se soit beaucoup ému de l'arrivée des « savants », comme on appelait les membres de l'Association dans nombre de villes où elle s'est réunie antérieurement. La population tout entière était plus impressionnée à Grenoble l'an dernier, à Blois précédemment et ailleurs. Est-ce au caractère spécial de cette grande et belle cité-frontière qu'il faut l'attribuer, à cette concentration de jugement, à ce silence attentif, pour ainsi dire, qu'on remarque au fond de la pensée de tous ses habitants? Nous l'ignorons, mais nous y croyons d'autant plus qu'une fois admis chez eux, toutes portes closes, ils vous reçoivent avec un abandon et une hospitalité cordiale dont on se plaît à conserver longtemps le souvenir.

Tel a été aussi le caractère, tel a été le sens de la séance d'ouverture du Congrès de Nancy. Devant un nombreux et brillant auditoire, M. Friedel, président, n'a pas manqué de saluer cette vieille capitale de la Lorraine, « remarquable par son esprit d'initiative, de décentralisation et qui a recueilli les débris de la Faculté de Strasbourg... Autrefois, celle-ci, a-t-il dit, était le trait d'union entre la *culture* française et la *science* germanique; aujourd'hui, ce n'est plus qu'un organisme destiné à refouler l'esprit français et à dresser une barrière si c'était possible, entre nos frères d'au delà des Vosges et

nous. » Et cependant la science française n'a cessé d'affirmer ses progrès; M. Friedel l'a bien montré en énumérant, avec sa haute compétence et son ardent patriotisme, les nouvelles conquêtes de la chimie et de la minéralogie. Le premier magistrat de la ville l'a également constaté en montrant ensuite ce que Nancy avait déjà produit dans l'ordre des diverses sciences. Il semble enfin que chacun l'ait compris, car la plupart des travaux présentés dans les diverses sections ont eu — chose quelquefois rare dans de telles réunions — un caractère d'originalité marquée, ainsi que nos lecteurs pourront s'en faire eux-mêmes juges la semaine prochaine. Il en a été ainsi notamment à la section des sciences médicales, dont les débats ont été dirigés avec bienveillance et autorité par M. le professeur Bouchard, assisté de M. Tourdes, président d'honneur; de MM. Gross, Bernheim, Hecht, Hergott (de Nancy); Duguet (de Paris); Poncet (de Lyon); Picot (de Bordeaux); Grasset (de Montpellier); Pamard (d'Avignon); Ladame (de Genève), comme vice-présidents, et de MM. Simon, Parisot, L.-H. Petit et Barbier, en qualité de secrétaires.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les suites de la thyroïdectomie.

Longtemps proscrite à cause de la gravité de ses suites immédiates, la thyroïdectomie a été réhabilitée dans ces dernières années. On sait se rendre maître des hémorrhagies redoutables auxquelles exposent les traumatismes de cette région. La connaissance exacte des détails anatomiques fait éviter sans peine les nerfs récurrents, dont la lésion avait causé quelques mécomptes sérieux. L'antisepsie rigoureuse procure une réunion rapide et facile de cette vaste plaie, où s'engendraient auparavant des complications septiques redoutables.

Cette réunion est plus aisée lorsqu'aucun pédicule ne la compromet par sa constriction, lorsque, par conséquent, la glande est enlevée tout entière. Les statistiques ont vite révélé cette gravité moindre de la thyroïdectomie totale et l'on a eu tendance à ne plus recourir qu'à elle. Mais cette opération chirurgicalement permise, est-elle physiologiquement permise? L'attention a été attirée par des accidents remarquables sur cette question d'abord négligée et qui paraît, aujourd'hui devoir être résolue par la négative.

I

Après toutes les grandes opérations, en particulier après certaines opérations abdominales, on a noté, à titre d'exception, des symptômes de *manie* pendant les premiers jours. Mais il faut bien admettre quelque influence spéciale quand, sur les treize premières thyroïdectomies de Borel (de Neufchâtel), on trouve quatre observations de ce genre, quand des faits analogues sont dus à Wœlfler, Kocher, etc. Ces troubles psychiques sont assez variables dans leur forme : mélancolie avec stupeur ou avec agitation, et même agitation intense. Ailleurs, on constate des hallucinations bizarres : une femme se crut chamois et pensait qu'un coup de feu lui avait enlevé une partie de l'épaule parce que le pansement qui lui entourait le haut du corps l'empêchait de mouvoir ses bras.

La *tétanie*, elle aussi, est une complication précoce, se déclarant du deuxième au cinquième ou sixième jour, au plus tard le dixième jour. Personne ne songera à lui attribuer une étiologie banale, quand on rassemble avec grande facilité 27 exemples de cet accident, toujours réservé à la thyroïdectomie totale. D'après ses treize observations, N. Weiss en faisait l'apanage exclusif du sexe féminin; depuis, cinq hommes ont été atteints.

La contracture revêt, aux mains, le type classique de flexion; moins souvent elle gagne les pieds, les jambes, certains muscles faciaux. Dans un fait de Kottmann elle s'accompagnait, chaque soir, d'une élévation de température. D'une gravité immédiate possible, si, d'aventure, elle raidit le diaphragme, la tétanie évolue, ailleurs, d'une façon plus bénigne et cesse sans laisser de traces. D'autres faits sont encore assez favorables, où les accès récidivent, s'espaçant de plus en plus, à mesure qu'ils durent moins et sont moins intenses. Cela continue ainsi pendant plusieurs mois. Mais aussi une des malades de Billroth n'était pas encore guérie au bout de trois ans.

La mort n'est pas exceptionnelle, puisqu'elle termine sept des observations publiées par N. Weiss. La tétanie n'est pas toujours la cause directe du décès, mais elle l'aurait été dans deux cas de Billroth, où la mort arriva au bout de plusieurs mois, au milieu de troubles dyspnéiques graves. Encore peut-on se demander s'il n'y a pas une part à faire à d'autres altérations cachectiques de l'individu, et la réponse doit être affirmative par une observation de Wolkowitsch, dont nous parlerons dans un instant.

Une jeune fille, opérée par J.-L. Reverdin, fut délivrée, après une thyroïdectomie totale, d'attaques d'*hystérie* auxquelles elle était sujette auparavant. Cela est exceptionnel, tandis que l'inverse ne l'est pas, ainsi qu'en témoignent les observations de Poncet (de Lyon), Kocher, J.-L. Reverdin, Zambianchi. L'hystérie est aggravée, après l'opération, ou même créée de toutes pièces. Mais est-ce bien alors de l'hystérie vraie? Chez les malades de Zambianchi, de Reverdin, elle s'associa à de la tétanie, à des troubles menstruels, à un affaiblissement anémique. Nous sommes donc déjà en présence d'accidents nerveux à évolution assez lente, à complexité plus grande qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

Cela se manifeste plus encore chez cet homme, observé par Wolkowitsch, qui devint presque aussitôt anémique; au cinquième jour il fut pris de tétanie, dont il ne guérit jamais bien; puis, d'abord envahie par l'eczéma, la peau s'épaissit; la parole s'embarrassa; l'intelligence s'affaiblit et le malade succomba. Voilà qui nous mène, par gradation insensible, des accidents précoces aux accidents tardifs; de la tétanie et de l'hystérie à la *cachexie strumiprise*.

II

Les troubles qui vont nous arrêter à présent étaient encore inconnus il y a quatre ans, lorsque J.-L. Reverdin en entretint la Société médicale de Genève le 13 septembre 1882 et en tira un argument contre la thyroïdectomie totale. Cette note précédait un mémoire qu'en 1883 J.-L. Reverdin publia avec son cousin Aug. Reverdin. Vers la même époque, Kocher, frappé l'année précédente par une communication orale de J.-L. Reverdin, faisait connaître au Congrès des chirurgiens allemands les documents de l'enquête ouverte par lui sur les résultats définitifs de ses thyroïdectomies. La ressemblance était parfaite entre sa description et celle des deux Reverdins. A partir de ce moment, les chirurgiens

étaient avertis et les travaux se multiplièrent, dus à Buns, Gründler, Baumgärtner, Mikulicz, etc., si bien que le nombre des faits dont nous avons eu connaissance s'élève à quarante-quatre.

D'après Kocher, le début a lieu, insidieux et progressifs, à peu près aussitôt que le malade commence à se rétablir du traumatisme opératoire. Pour A. et J.-L. Reverdin, l'état morbide commence, en général, au bout de trois à quatre mois. Les premiers phénomènes sont la pâleur ; la lassitude, avec douleurs dans les bras, moins souvent dans les jambes, le cou, les épaules ; dans tout le corps, même. Peu à peu l'anémie augmente, le visage et les extrémités gonflent et se refroidissent. La maladie se constitue ainsi.

Alors les membres sont lourds, quelquefois raides; plus rarement agités de spasmes, mais souvent de tremblements fibrillaires. Ils sont déplacés comme à regret, mais les muscles restent volumineux et l'on croirait volontiers à une pseudo-hypertrophie, n'étaient les mouvements assez énergiques dont le sujet reste capable lorsque, par un effort de volonté, il triomphe de son engourdissement. La précision des mouvements est très amoindrie et cette maladresse, qui va toujours s'accentuant, est décelée d'abord par les actes qui réclament quelque finesse d'exécution, certains travaux féminins surtout.

Elle augmente quand vient le gonflement, qui bientôt raidit les doigts, oscillant, passager, puis définitif. Ce n'est pas un véritable œdème : le doigt n'y creuse pas la dépression classique, mais sent une résistance élastique. Ce gonflement atteint les extrémités, plus rarement les segments supérieurs des membres. Mais c'est au visage qu'il résulte de ces modifications un aspect tout à fait spécial.

A la face, les paupières sont prises les premières, et l'inférieure d'abord, d'une enflure sacciforme, translucide, qu'on est étonné de trouver assez résistante. Les plis du visage s'effacent ; le nez, plus ou moins épaté, surmonte des lèvres gonflées, renversées en dehors, mettant au jour une muqueuse décolorée. Les yeux se rapetissent sous le développement des paupières. Les traits, devenus grossiers, ne réagissent plus à l'expression des passions et donnent à ce visage, épais et hébété, l'aspect du crétinisme et de son impassibilité.

Avec cela cadrent assez bien les phénomènes intellectuels, car si un malade de Reverdin a eu un peu de délire des grandeurs, les cas usuels se caractérisent par une diminution de l'activité cérébrale. La pensée est lente ; la mémoire, rebelle aux enseignements présents, est bientôt infidèle aux connaissances antérieures. Le caractère se modifie, devient triste, taciturne. Si les sujets cherchent ainsi à s'isoler, c'est peut-être par conscience de leur infériorité intellectuelle. Cette conscience, il en est chez qui Kocher l'a prise sur le fait, et un enfant suppliait sa mère de ne point l'envoyer à l'école, être la risée de ses camarades. C'est que l'état de ces malades n'est pas le crétinisme vrai. Avec une réflexion soutenue, dont quelques-uns s'impatientent, ils trouvent des réponses sensées. La pensée est engourdie, mais non point nulle, et cette lenteur des conceptions est encore exagérée, en apparence, par la lourdeur de la langue et une parole remarquablement traînante.

La peau est sèche, jusqu'à la perte absolue de la sueur. L'épiderme s'écaille et tombe en lames plus ou moins larges, surtout aux mains et aux pieds. Les cheveux, que Schinzinger a vus gris, poussent raides, secs, en brosse, dit Reverdin. Ou bien ils tombent, et se réduisent à une maigre couronne qui entoure la dénudation du crâne.

La peau et les muqueuses acquièrent, par-dessus tout, une pâleur anémique tout à fait particulière, que la rougeur fréquente des pommettes met spécialement en évidence au visage. Ce n'est pas la pâleur vraie de l'anémie, de l'albuminurie : c'est un teint blafard, terreux comme celui des crétins.

Le pouls est petit, filiforme. Le cœur n'a de bruits anormaux, que, parfois un souffle anémique ; les bruits normaux sont faibles, mais clairs. Les recherches hématologiques ne révèlent rien de fixe d'après J.-L. Reverdin. Toutefois, celles que Bourquin et Cornaz ont entreprises sur les malades de Kocher, ont donné un résultat positif ; il y avait un appauvrissement fort net en globules rouges. La menstruation est souvent diminuée et irrégulière.

L'appareil respiratoire reste à peu près normal, et, si quelques malades ont souffert de crises dyspnéiques, on peut se demander si cela ne révèle pas d'une autre cause. La voix est faible, aisément enrouée. Deux fois les Reverdins ont noté la disparition de la faim et de la soif, mais, en général, les fonctions digestives s'accomplissent bien. Enfin les premiers observateurs ont été étonnés de ne pas constater une albuminurie à laquelle l'aspect de la face les avait fait penser.

Outre les douleurs qui sont un symptôme de début et qui persistent, variables, à la période d'état, la sensibilité générale présente quelques troubles. La sensibilité tactile n'est que rarement obnubilée. Mais un phénomène des plus remarquables est une sensation de froid à peu près constante, atteignant son maximum aux extrémités. Le froid extérieur est mal supporté, et en hiver les mains et les pieds, gonflés, bleuâtres, se couvrent d'engelures.

Les sens spéciaux sont, à l'ordinaire, intacts. Toutefois l'ouïe était diminuée chez un opéré de Borhaupt (observation de Wolkowitsch). Un malade de J.-L. Reverdin entendait des gens qui l'injuriaient, se croyait entouré de serpents, de squelettes. Un autre a subi une perte du goût.

Lorsque enfin la thyroïdectomie a été pratiquée pendant la période de développement, une de ses conséquences les plus fâcheuses est l'arrêt de la croissance. Un enfant opéré par P. Sick à l'âge de dix ans était, à vingt-huit ans, un crétin haut de 127 centimètres. Cette année, Schmidt a publié une observation dont le sujet n'est guère mieux loti.

Kocher n'a jamais vu ces accidents rétrocéder : ils subiraient toujours une aggravation progressive. Cette évolution fatale est fréquente, surtout chez les jeunes sujets ; mais Kocher exagère en la considérant comme constante. L'amélioration a bientôt été évidente chez la plupart des malades des Reverdins. Aucun, à la vérité, n'a été guéri d'une façon radicale; mais, après avoir passé par un maximum très accentué, ils sont arrivés à ne plus accuser qu'un peu de faiblesse, avec pâleur blafarde de la peau. Baumgärtner donne de la cachexie strumiprive une explication que nous aurons à discuter : toujours est-il que ses quatre patients ont recouvré la santé.

III

La thyroïdectomie totale est à peu près seule exposée à la cachexie strumiprive; Kocher, les deux Reverdin disaient même que c'est une condition absolue, et c'est à peine si les observations de Tassi, Poncet (ablation partielle), Occhini (destruction d'un goitre par l'électrolyse) infirment cette conclusion. Une restriction est possible : il n'est pas toujours facile d'affirmer que l'ablation a été totale. Les accidents légers et temporaires qui ont suivi une thyroïdectomie par-

tielle de Poncet (de Lyon) permettent de se demander si les cachexies à amélioration progressive ne résultent pas, plus souvent qu'on ne le croit, d'extirpations partielles considérées à tort comme totales.

Cette même difficulté se retrouve, si l'on veut apprécier la fréquence relative de la cachexie. Kocher, en 1885, en comptait 24 sur 34 opérations avec succès immédiat; et plusieurs petites récidives sont venues expliquer une santé restée parfaite après une ablation crue radicale. Même en tenant compte de cette cause d'erreur, la statistique de Kocher paraît un peu pessimiste, et il est plus vraisemblable d'admettre les chiffres donnés il y a quelques mois par Trombetta au congrès des chirurgiens italiens; il y aurait cachexie à la suite de 27 pour 100 environ de thyroïdectomies totales, et certaines conditions étiologiques particulières semblent avoir sur sa production une influence réelle. Parmi elles, il faut mettre l'âge au premier rang. Peu échappent parmi ceux qu'on opère pendant la période de croissance; tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, tous ceux au moins qui comptent avec la cachexie strumiprive.

Il en est, en effet, qui contestent son existence; aucun des malades de Billroth n'en aurait subi les atteintes; Crédé présente 14 opérés bien portants, dont un garçon de seize ans; Fiorani en réunit 5. Rotter, s'appuyant sur les faits de ce genre, conclut que dans tout cela il s'agit simplement d'une cachexie goitreuse continuant d'évoluer après la thyroïdectomie, tout comme elle aurait évolué sans elle. Bircher n'a-t-il pas montré que le goitre est une maladie infectieuse, dont le dernier stade, inconstant, est le crétinisme? D'accord, mais qu'on montre alors une statistique où un tiers des goitreux soient atteints de crétinisme, lorsque goitre et crétinisme n'ont pas évolué ensemble, à partir de la première enfance, sur un sujet né de parents goitreux, en pays où le goitre est endémique. Serait-ce donc que le parasite, privé de l'organe qui le retient en général, aille dès lors infecter l'organisme entier? C'est entrer dans le domaine de l'hypothèse pure, sans réhabiliter pour cela la thyroïdectomie totale. Mais, si l'on ne peut tout attribuer à la persistance de la cause endémique du goitre, il est possible que les influences telluriques et climatériques jouent un certain rôle, et qu'ainsi la cachexie strumiprive soit plus fréquente dans les pays à goitre, Berne, par exemple, où exerce Kocher.

IV

Ainsi, il y a un lien réel entre la thyroïdectomie totale et les troubles tardifs que nous avons décrits. Certains auteurs le croient indirect. Rapin a parlé d'inhibition du sympathique cervical par l'acide phénique : pourquoi n'a-t-on rien vu de pareil après les autres opérations sur le cou, où ce cordon nerveux est plus ou moins découvert? Troubles réflexes, vasomoteurs, surtout par lésions étendues des nombreux filets sympathiques de la thyroïde, dit Laskowski; par névrite consécutive, ajoute de Cerenville : éviterait-t-on cela en respectant un morceau d'un des lobes?

Baumgärtner attribue tout à l'anémie, qu'il explique par l'hématose insuffisante que les lésions des récurrents causeraient par sténose glottique. Mais il faudrait d'abord prouver cette régularité des lésions des récurrents; or Baumgärtner et Piétrzikowski sont seuls à l'avoir constatée. Cela fait, il faudrait prouver qu'elles causent la cachexie : or bien souvent on voit des paralysies laryngées diverses, sans rien qui ressemble à la cachexie strumiprive. Pas davantage dans toutes les affections qui causent une dyspnée chronique. La majorité des goitreux sont opérés de thyroïdectomie contre des accidents respiratoires qui s'amendent à partir de ce moment, tandis que la maladie s'installe. Quelques cachectiques, dont un de Baumgärtner, nous raconte Bidder, ont eu des crises de suffocation et ont été trachéotomisés : leur état général n'en a pas été amélioré. La conservation de la pyramide de Lalouette ou d'un lobule thyroïdien erratique aurait-elle enfin quelque influence sur la sécurité du récurrent ?

Les mêmes objections pouvaient s'adresser à la théorie de Kocher : la trachée artère privée des vaisseaux qu'elle reçoit de la thyroïdienne inférieure, liée pendant l'opération, se ramollirait par manque de matériaux nutritifs, se laisserait affaisser, dans l'inspiration, par la pression atmosphérique; de là entrave chronique à l'hématose. Nous ne réfuterons pas davantage cette opinion, à laquelle son auteur a renoncé.

Force est donc d'admettre un lien direct; de penser que l'origine de la cachexie est dans la suppression des fonctions de la glande thyroïde. Cette opinion est celle de la plupart des auteurs et Kocher s'y est rallié. La preuve en est donnée et par l'observation sur l'homme, et par l'expérimentation sur les animaux.

V

L'étude du crétinisme fournit quelques arguments. Les crétins sont souvent goitreux : leur thyroïde ne fonctionne pas bien. D'autres, au contraire, n'ont pas de corps thyroïde; Kocher l'a constaté à la palpation, mais cela ne vaut pas les deux autopsies de Curling. Or, sans être identique au crétinisme, nous l'avons dit, la cachexie strumiprive offre, avec lui, des ressemblances indiscutables.

De même pour le myxœdème des auteurs anglais, la cachexie pachydermique de Charcot, dont l'histoire a été résumée il y a quelques années dans la *Gazette* par M. Merklen. La ressemblance a si bien frappé Aug. et J.-L. Reverdin, qu'ils ont donné à la cachexie strumiprive le nom de *myxœdème opératoire*. Leur opinion est adoptée par Bruns, Kocher, Horsley, H. White. Ils ont d'autant plus raison qu'à un état clinique analogue correspond, dans les deux cas, un substratum physiologique comparable. On peut contester les observations où la palpation n'a pas senti le corps thyroïde; on peut se refuser à rien conclure des cas assez nombreux où un myxœdémateux a souffert d'un goitre antérieur. Mais les autopsies d'Ord, Hadden, Cushier, Hale White sont là, montrant le corps thyroïde atrophié, réduit à une masse kystique ou fibro-kystique.

Voilà donc trois états assez voisins : crétinisme vrai, myxœdème, cachexie strumiprive qui sont unis par un trait commun : corps thyroïde nul ou insuffisant. (Et même, soit dit en passant, c'est un argument sérieux en faveur de la théorie thyroïdienne du myxœdème, contre la théorie sympathique de Hadden.) Pour aller plus avant dans la question, il faut s'enquérir des résultats fournis par l'expérimentation sur les animaux.

VI

Les premières recherches complètes semblent être celles de Schiff, publiées en 1884, à la suite des mémoires des Reverdins et de Kocher. Chez les chiens, où l'isthme thyroïdien n'existe pas, l'ablation d'un des corps thyroïdes est inoffensive; celle des deux est toujours rapidement mortelle.

L'animal est somnolent, apathique, affaibli, ses muscles présentent des contractions fibrillaires, des tremblements, puis des crampes tétaniques et souvent la mort arrive au milieu des convulsions. A la fin, la pression vasculaire diminue beaucoup, des œdèmes se produisent parfois. Sur un jeune chat, la croissance fut arrêtée.

Ces résultats ont été confirmés sur le chat, le chien, par de nombreux observateurs : Zezas, Sanquirico et Canalis, Albertoni et Tizzoni, Wagner. Peu d'animaux survivent. Il y a bien des contradicteurs : mais Bardeleben est insuffisant avec son chien unique; Kauffmann semblait avoir une série sérieuse : il paraît démontré, d'après Schiff et J.-L. Reverdin, qu'il avait coutume de priver ses chiens de la glande sous-maxillaire et de respecter la thyroïde. Les expériences de Philippeaux persistent seules : on est donc autorisé à penser, jusqu'à plus ample informé, qu'il s'y est glissé quelque cause d'erreur. Peut être est-ce, comme le dit Wagner, que chez le chien on laisse aisément échapper un prolongement pré-aortique de la thyroïde.

Chez l'homme, les accidents sont fort analogues à ceux que l'on observe sur le chien. Pas identiques cependant, et surtout ils sont plus lents. Mais chez le singe, Horsley a vu se produire le stade myxœdémateux. Le début se fait vers le cinquième jour par des contractions fibrillaires, des spasmes tétaniques; puis vient l'hébétude, avec la pâleur de la face, l'anémie avec oligocythmie et leucocytose, le gonflement dur des paupières, puis du reste du corps. L'animal se refroidit et on peut prolonger ses jours en le faisant vivre dans une chambre bien chauffée.

Une autre différence est que, chez l'homme, les résultats manquent de constance. Serait-ce que l'homme est, suivant ~~les cas, analogue au chien qui succombe toujours,~~ ou au rat, au lapin qui survivent toujours? Ne serait-ce pas plutôt qu'on lui extirpe une thyroïde devenue peu à peu malade et dont la fonction a eu le temps de trouver des suppléances graduelles? Il y a des expériences de Schiff montrant que, si on met un intervalle suffisant entre les deux séances, les chiens résistent, après quelques accidents, à l'ablation successive des deux corps thyroïdes. De même si on opère un chien à qui on a greffé dans la cavité péritonéale des lobes thyroïdiens d'un autre chien, et si on ne laisse pas aux lobes greffés le temps de se résorber.

Quelle est cette fonction thyroïdienne dont la suppression entraîne de si graves perturbations? La réponse à cette question est loin d'être claire. La glande thyroïde est peut-être hématopoïétique, mais des suppléances devraient s'établir, comme après l'extirpation de la rate, par exemple. Il faut faire intervenir un second facteur.

Pour Zezas, la cause des accidents spéciaux est le manque de régulation de la circulation cérébrale. Cela semble entrer en jeu pour produire la manie que nous avons signalée dans les premiers jours qui suivent l'opération. Mais peut-on en dire autant pour des accidents qui débutent au bout de quatre mois? Des accidents contre lesquels préserve un reste de thyroïde indépendant de toute connexion avec le paquet vasculo-nerveux?

Aussi, Reverdin n'en reste pas là, et croit que « le corps thyroïde joue par lui-même un rôle important dans l'innervation vasomotrice et que la suppression de cette sorte de centre d'action nerveuse est la cause des accidents. » Schiff (1884) attribue à cette glande une influence sur la nutrition des centres nerveux, peut-être en élaborant une substance indispensable à cet effet. Sanquirico et Canalis soutiennent cette opinion, tandis qu'en 1885, Schiff pense, d'après Girard, que « le corps thyroïde sécrète une substance qui détruirait et annihilerait dans l'organisme un poison qui se produirait lui-même dans l'organisme, et dont l'action néfaste s'exercerait surtout sur le système nerveux. »

La glande thyroïde serait donc un organe dépuratoire de haute importance ; à cela se rallient Wagner, Colzi, qui comparent à l'urémie les accidents observés. Horsley va plus loin et soutient que la mucine est le produit qui envahit l'organisme après la thyroïdectomie : de là le myxœdème. Non que la mucine soit excrétée directement par le corps thyroïde : elle serait transformée en une autre substance utile à l'organisme. Ce processus, qu'Horsley qualifie de « métabolisme mucineux » est indispensable chez les jeunes sujets et devient moins actif chez les animaux âgés ; cela est démontré par l'expérimentation aussi bien que par la chirurgie humaine.

VII

De tout ce qui précède, on tirera sans peine une conclusion chirurgicale précise : La thyroïdectomie totale n'est pas une opération physiologiquement permise. Lorsqu'un goitre exigera une intervention opératoire, on s'adressera aux opérations partielles, aujourd'hui bien réglées, surtout par Burckardt, par Mikulicz. On le fera d'autant plus volontiers que souvent le reste du goitre subit un retrait suffisant. Cela a même été vu par Jones, après une simple section de l'isthme, destinée à pallier des accidents dyspnéiques intenses. C'est donc à perfectionner les opérations partielles que doit s'attacher la chirurgie moderne, séduite d'abord par la facilité et l'efficacité plus grandes de l'ablation totale. Elle ne se fût point engagée dans cette voie nuisible si elle eût été éclairée par des expériences physiologiques précises. Schiff a bien reproché aux opérateurs d'avoir ignoré qu'il y a quelque trente ans il avait vu périr des chiens après l'ablation du corps thyroïde. Mais ces expériences, faites avant l'emploi des pansements antiseptiques, n'étaient pas assez probantes pour que Schiff se crût dispensé d'en recommencer une nouvelle série. Et puis, qui ira reprocher à un chirurgien étudiant la thyroïdectomie de ne point puiser ses notions physiologiques dans des *Recherches sur la formation du sucre dans le foie?*

A. BROCA.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur la pommade au précipité blanc.

Le chlorure mercureux précipité se prépare en versant 50 grammes d'acide chlorhydrique étendu de quatre fois son poids d'eau dans une solution de 100 grammes d'azotate de mercure dissous dans un litre d'eau distillée contenant assez d'acide nitrique pour que la solution soit limpide. Le produit obtenu, lavé et séché, constitue une poudre blanche, très dense, onctueuse au toucher, adhérant fortement à la peau sur laquelle on l'étend.

Ce précipité amorphe est dans un état de ténuité extrême, c'est-à-dire dans la meilleure condition pour être absorbé par la peau.

Vues au microscope, ses granulations sont quatre à cinq fois plus petites que celles du calomel, dont les cristaux sont même quelquefois assez volumineux, ce qui s'explique très

bien par son mode de préparation. En effet, quand on sublime dans un matras un mélange de mercure et de chlorure mercurique, on obtient une masse cristalline de protochlorure de mercure, qui n'est guère propre aux usages médicaux. Elle a besoin d'une nouvelle sublimation. Cette opération est pratiquée de telle sorte que la vapeur de calomel, se condensant dans un grand récipient, produit une poudre blanche fine. Eh bien, malgré ces précautions, le calomel est loin d'avoir l'état moléculaire du précipité blanc, et son action médicamenteuse, à l'extérieur, doit lui être inférieure. Aussi doit-on donner la préférence à la pommade au précipité blanc; et réserver le calomel, sel qui est toujours très pur, à l'usage interne.

La pommade au précipité blanc est plus active avec l'axonge qu'avec un excipient quelconque. La formule classique est la suivante :

Précipité blanc................	1 gramme.
Axonge........................	9 —

Mêlez soigneusement dans un mortier et conservez dans un pot à couvercle non métallique.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De l'apoplexie hystérique. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 13 août 1886, par M. le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un homme atteint d'apoplexie hystérique, accident qui, selon moi, n'est pas rare, mais n'a pas encore été décrit.

Le samedi 10 juillet, sans aucune cause appréciable, cet homme, âgé de trente et un ans, jusque-là bien portant, se levait de table après dîner, lorsqu'il perdit connaissance et s'affaissa. Il resta douze heures privé de sentiment, sans convulsions, sans évacuation involontaire d'urine ou de matière fécale, puis demeura pendant deux heures complètement paralysé du côté gauche; la paralysie diminua ensuite, mais fut encore assez nette pour que le lendemain nous constations, à l'hôpital, un affaiblissement considérable de la force du côté gauche du corps et une hémianesthésie. Notre malade a eu une attaque d'apoplexie, ceci est indiscutable, si nous admettons l'apoplexie telle qu'elle est définie par la plupart des auteurs. Mais si le diagnostic apoplexie ne soulève aucune objection, la qualification hystérique peut être contestée, et cela d'autant plus facilement qu'il s'agit d'un homme robuste, ancien quartier-maître de la marine, n'ayant jamais présenté d'accident nerveux; il est seulement un peu émotif, signe bien vague pour faire admettre l'hystérie.

Notre diagnostic est basé sur les caractères de l'hémianesthésie et sur sa cure par les agents esthésiogènes.

L'insensibilité intéressait tout le côté gauche du corps, la peau, les muqueuses, les muscles, les organes des sens.

L'anesthésie de la peau et des muqueuses, de l'oreille, fut constatée par les moyens ordinaires. L'anesthésie musculaire ressortait de ce fait que les yeux une fois fermés, les mouvements exécutés par les membres gauches cessaient de l'être avec précision. Il y avait rétrécissement très prononcé du champ visuel, achromatopsie pour le violet, polyopie monoculaire.

L'application d'un aimant fit apparaître la sensibilité au membre supérieur gauche, en même temps que la sensibilité disparaissait au membre supérieur droit, puis l'insensibilité reparut au membre gauche. Il fallut plusieurs jours d'aimantation pour restaurer complètement la sensibilité du côté gauche et même, à un certain moment, il y eut une anesthésie des deux membres inférieurs.

Quant à la paralysie motrice, elle suivait la paralysie de la sensibilité dans ses déplacements et disparaissait avec elle. Nous avons d'ailleurs démontré dans un précédent mémoire (1) qu'en pareille circonstance la paralysie motrice est fonction de la paralysie de la sensibilité.

Nous croyons que l'hystérie peut seule produire un pareil syndrome, et seule être ainsi modifiée par les agents esthésiogènes.

Notre excellent maître, M. le professeur Charcot, enseigne qu'il y a deux espèces d'hémianesthésies, les unes hystériques, les autres d'origine organique; ces dernières seraient liées à une lésion du tiers postérieur de la capsule interne. Nous croyons qu'elles sont rares et qu'il ne suffit pas pour les admettre que le début des accidents ait été apoplectique et qu'il s'agisse d'un homme. Nous citerons, à ce sujet, comme particulièrement intéressante l'observation publiée par M. le professeur Vulpian et intitulée : « Hémianesthésie consécutive à une perte brusque de connaissance et attribuée pendant la vie à une lésion en foyer dans le côté opposé de l'encéphale. Examen nécroscopique : aucune lésion intracrânienne (2). »

En tout cas, une hémianesthésie curable par les agents esthésiogènes nous semble exclure l'idée d'une lésion organique chez notre malade, car si les conducteurs de la sensibilité sont détruits en un point de leur trajet, la restauration de la sensibilité par les aimants, le transfert et les oscillations du transfert nous paraissent bien difficiles à expliquer.

Etant admis que chez notre malade il n'y a point de lésion, faut-il désigner ses accidents sous le nom d'apoplexie hystérique, ou ne convient-il pas de reprendre l'expression apoplexie nerveuse des anciens auteurs? Il nous paraît, pour diverses raisons, préférable d'employer l'expression d'apoplexie hystérique.

Le mot hystérie, même quand il s'agit d'une malade, est une expression impropre, car l'utérus ne joue là aucun rôle; mais bon ou mauvais, ce terme a pris droit de cité dans la science et, outre qu'il ne serait pas commode de trouver une nouvelle dénomination, nous ne réussirions probablement pas à la faire accepter.

Le mot hystérie ne pouvant être modifié pour désigner la névrose de la femme, nous ne saurions en proposer un autre pour l'homme présentant les mêmes symptômes, car il serait étrange d'avoir deux expressions pour désigner la même maladie dans l'un et l'autre sexe.

Enfin, le mot hystérie étant admis chez l'homme pour désigner des accidents de névrose caractérisés par l'hémianesthésie, les attaques de nerfs, etc., nous sommes obligés de laisser le même mot pour les cas d'hystérie fruste, comme celui dont je viens de vous parler.

En dehors de l'hystérie, on observe encore l'hémianesthésie (sans lésion organique) dans les intoxications saturnine, alcoolique, mercurielle; c'est un sujet sur lequel j'ai déjà attiré l'attention de la Société (3); j'ai fait en même temps remarquer la curabilité de ces accidents par les agents esthésiogènes. Je ne séparerai pas ces accidents de l'hystérie et je dirai qu'il s'agit d'une sorte d'hystérie symptomatique, d'une hystérie toxique. Veuillez bien remarquer que, quand un saturnin présente des accidents convulsifs, le mot d'épilepsie symptomatique ne nous choque pas; il ne me répugne pas davantage de dire qu'il s'agit d'hystérie symptomatique lorsqu'un saturnin présente de l'hémianesthésie,

(1) *Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice* (*Société médicale des hôpitaux*, 1879).

(2) Vulpian, *Revue de médecine*, 1881, p. 38.

(3) *Société médicale des hôpitaux*, 1879.

syndrome, pour nous, à peu près caractéristique de l'hystérie.

Le sujet que nous traitons aujourd'hui si brièvement nous paraît des plus importants; il sera prochainement étudié par M. Achard, un de nos élèves, avec tous les développements qu'il comporte.

Pathologie externe.

Nouveaux cas de paréso-analgésie des extrémités supérieures, par M. le docteur Morvan (de Lannilis).

(Fin. — Voyez les numéros 32 et 33.)

Altérations d'ordre trophique. — 1° *Gerçures*. — Chez Bodennec (obs. XI), chez Sénant (obs. XII), chez Léon (obs. XIV), comme chez Abiven (obs. II) et dans un cinquième cas, dont nous avons pris simplement note, une gerçure perfore la gaine des tendons fléchisseurs et détermine une inflammation qui se propage au poignet et à l'avant-bras. Chez l'un de nos malades même, l'accident se présente à deux reprises et à des doigts différents.

La complication est donc loin d'être rare, puisque sur dix-neuf cas nous le rencontrons six fois, c'est-à-dire à peu près dans le tiers des cas. Généralement les suites ne paraissent pas devoir être graves, du moins si nous en jugeons par le petit nombre de faits en notre possession. Nous ne pouvons rien dire du cas dont nous avons pris simplement note: Nous ne l'avons plus revu après la consultation. Mais dans les autres cas, la synovite de la gaine avec phlegmon périphérique n'a pas suppuré; il n'y a eu d'abcès qu'une fois. L'abcès qui s'était formé dans la paume de la main avait abouti à la mortification du tendon.

Déjà nous avions été frappé de cette facilité de réparation ~~dans une affection dont le cours est traversé~~ par des désordres trophiques aussi marqués : gerçures, panaris, phlyctènes, exulcérations. Toutes ces gerçures profondes, qui se multiplient pendant l'hiver, guérissent à la belle saison comme par enchantement et sans laisser de traces.

Ces désordres trophiques, ces gerçures rappellent, sinon par leur forme, du moins par la callosité de leurs bords, le mal perforant du pied, lequel annonce souvent le début d'une ataxie locomotrice. Le docteur Terrillon a fait ce rapprochement pour un malade qu'il a présenté l'an dernier à la Société de chirurgie, et qui était atteint d'une gerçure profonde au niveau du pli digito-palmaire de l'annulaire. Comme en même temps il était atteint d'anesthésie, je me suis permis d'écrire au docteur Terrillon pour lui demander si son malade ne venait pas se ranger à côté de mes cas de parésie analgésique. Il m'a répondu qu'il offre depuis plusieurs années des symptômes de *tabes dorsalis*. Au surplus, ayant enlevé les parties indurées qui entourent la crevassse centrale, l'examen microscopique lui a révélé les caractères du mal perforant ordinaire : hypertrophie du derme et surtout des papilles et de l'épiderme.

Je n'ai soumis aucun de mes malades à pareil examen, mais à l'œil nu on constate l'épaisseur des couches épidermiques qui constituent les bords de leurs gerçures. C'est bien, à part la forme, l'aspect de l'ulcère perforant. Dans le mal perforant, l'ulcère est de forme arrondie; dans la paréso-analgésie, c'est une crevasse ayant de 3 à 4 millimètres de profondeur, sur une longueur de 2, 3 et 4 centimètres, reposant quelquefois sur une plaque épidermique, mais situé le plus souvent au niveau des plis palmaires. Dans les deux cas, il s'agit évidemment de tropho-névrose, mais quelle différence quant au pronostic, les gerçures paréso-analgésiques guérissant toujours et le mal perforant résistant trop souvent à tous les moyens. Une autre différence encore : dans l'ataxie locomotrice, le mal plantaire est une exception, la gerçure palmaire est la règle dans la paréso-analgésie.

2° *Panaris*. — Dans notre première série de faits, sur un grand nombre de faits, nous n'avions rencontré de panaris superficiel qu'une fois. Aujourd'hui, sur un total de quatorze panaris, appartenant aux observations VIII, IX, X, XI, XII et XV, huit seulement ont abouti à la nécrose de la phalange; il y avait six panaris superficiels. Ce dernier genre de panaris serait donc moins rare qu'il ne semblait résulter des premiers faits. Mais qu'il soit superficiel ou profond, nous nous promettons bien dorénavant de ne plus passer à côté d'un panaris, sans nous assurer s'il coïncide ou non avec un certain degré d'analgésie, l'exemple de plusieurs de nos malades (obs. XI, XII et XIII) étant là pour nous prouver qu'on peut être des analgésiques parfaitement inconscients. Chez des individus qui ne sont pas des raffinés, un commencement d'anesthésie n'attire pas l'attention tant que cela; il faut la piqûre de l'épingle pour l'éveiller.

3° *Fragilité des os*. — Chez Jeanne Morvan (obs. VIII), nous avons relevé une fracture double au tiers inférieur de l'avant-bras, survenue dans les circonstances suivantes : elle était occupée à couper des troncs de choux pour la nourriture de son bétail, tenant le tronc de la main droite et le couteau de la main gauche; dans l'effort assez peu considérable pourtant nécessité par cette opération, elle se cassa carrément les deux os de l'avant-bras. Des attelles furent posées et la fracture se consolida dans le temps ordinaire; ce fut l'affaire d'un mois.

Nous rappellerons, au sujet de Jeanne Morvan, que son panaris, le seul dont elle ait été atteinte, avait abouti, deux ans auparavant, au sphacèle du doigt, dans la portion correspondante aux deux dernières phalanges.

4° *Eczéma impétigineux*. — Dans aucune des huit nouvelles observations, nous n'avons constaté ces phlyctènes, ces exulcérations que nous avaient présentées quelques-uns de nos premiers cas. En revanche, nous avons été à même d'observer deux fois une éruption d'eczéma impétigineux sur les parties analgésiées (obs. XII et XIII). Chez Sénant (obs. XII), les croûtes d'eczéma impétigineux ne se bornent pas strictement, il est vrai, à ces parties; il en existe aussi quelques-unes ailleurs, mais elles ne sont rien en comparaison de la couche épaisse qui recouvre le côté droit de la face et du cou et le bras droit tout entier, main comprise.

Chez le sujet de l'observation XIII, les croûtes se limitent au cuir chevelu ; rien du côté opposé.

Troubles vaso-nerveux. — 1° *Hyperidrose*. — L'observation XIII, qui vient de nous présenter un cas d'eczéma impétigineux limité au côté anesthésié du cuir chevelu, est aussi un exemple d'hyperidrose. Nous en trouvons un autre exemple chez Kerlosquet (obs. I). Dans les deux cas, l'analgésie se montre sur tout un côté du corps, depuis le sommet de la tête jusqu'au rebord des fausses côtes. Il suffit du moindre effort, comme celui de marcher ou de manger, pour couvrir de sueur les parties analgésiées.

Le cas de Verneuil-Broca serait en opposition avec ces deux faits : chez leur malade, c'est le côté sain qui sue davantage au travail.

Plus tard, j'espère être en mesure de fournir l'explication de ce désaccord.

2° *Abaissement de la température*. — Dans notre premier travail, nous avions noté un abaissement de la température chez deux de nos malades : 36°,1 et 36°,6 (obs. VI), et 36°,1 (obs. VII); une hypothermie, mais de quelques dixièmes seulement, se fait encore remarquer dans les observations XI et XII : 36°,6, 36°,8 et 36°,7, à l'aisselle. La température est normale (37 degrés) chez Marie-Jeanne Stéphan (obs. X), cas de paréso-analgésie pourtant bien avancée.

Il est facile, au toucher, de constater chez le sujet de l'observation XI une différence de température entre les membres inégalement frappés. En hiver, la main gauche est toujours glacée. L'action du froid s'y fait sentir d'une ma-

nière particulière; on n'en souffre pas, mais l'extrémité s'engourdit, s'affaiblit de plus en plus, en même temps qu'elle se couvre d'engelures. L'explication de ces phénomènes se trouve dans le degré variable de paralysie des nerfs de divers ordres de cette région. Le froid ne peut rien sur les nerfs sensitifs qui sont déjà complètement paralysés, mais il ajoute à la paralysie des nerfs moteurs et vaso-moteurs qui n'est pas complète encore.

3° *Hémorrhagies* (*mœléna, hématémèse*). — Chez Marie-Jeanne Stéphan (obs. X), il survient dans les derniers temps une hémorrhagie intestinale d'une grande abondance et d'une certaine durée qui fait songer à une affection organique de l'intestin, mais qu'on aurait peine à y rattacher avec quelque probabilité. Car, à part de la constipation, nul trouble dans les fonctions digestives, ni avant ni après; nulle tumeur appréciable au palper.

Nous rapprocherons de ce cas l'hématémèse qui a terminé les jours de Pont, le sujet de l'observation VII. C'est le premier cas de mort dans toute cette pléiade d'infirmes. Pont avait dîné à l'ordinaire, de bon appétit, et malgré ses infirmités, avait travaillé aux champs, dans la mesure de ses forces, jusqu'à la nuit. En rentrant, il fut pris de grandes douleurs au ventre et fut obligé de se coucher. Il eut plusieurs vomissements la nuit; il rendit ainsi, en diverses reprises, plein trois vases de nuit d'une matière noirâtre. Il mourait le lendemain dans la journée, n'ayant été malade en tout que vingt heures.

Cette matière noirâtre ne pouvait être que du sang altéré: c'était évidemment une hématémèse. Jusque-là nous ne relevons rien chez Pont indiquant une affection organique du tube digestif ou annexes.

Y a-t-il une corrélation entre le mœléna, l'hématémèse dont il est cas et la parésie analgésique? Il serait prématuré peut-être de se prononcer à ce sujet d'une manière trop affirmative. Nous inclinons cependant à le croire. Dans notre précédent mémoire, l'abaissement de température, commun à la paréso-analgésie et au myxœdème, nous avait conduit à faire un rapprochement entre ces deux affections.

Cette fois encore, nous nous rappelons la tendance aux hémorrhagies ou plutôt aux métrorrhagies que nous avons rencontrées chez deux femmes atteintes de myxœdème. L'une était à l'âge critique et avait une véritable métrorrhagie à chaque époque menstruelle. L'autre l'avait dépassé depuis longtemps, elle avait soixante et quelques années, lorsqu'elle fut prise d'un écoulement de sang qui dura trois semaines. Aucune affection de l'utérus, ni chez l'une ni chez l'autre, pour expliquer ces accidents.

Bidel-Saillard, dans sa thèse *Sur la cachexie pachydermique*, signale aussi une vieille femme atteinte trois fois de métrorrhagie dans un intervalle de deux ans.

Pourquoi n'y aurait-il pas dans la paréso-analgésie la tendance aux hémorrhagies qui semble exister dans le myxœdème?

Toutes les deux sont des affections de la moelle, comme nous croyons l'avoir démontré pour la parésie analgésique, et comme certainement le professeur Féris l'a démontré pour le myxœdème (*Dict. encyclop. des sciences méd.*, art. CACHEXIE PACHYDERMIQUE), et ce ne seraient pas les premières maladies de cet organe où pareille disposition aurait été signalée. Déjà, depuis un certain temps, on connaissait les hémorrhagies qui surviennent dans le *tabes dorsalis*, telles qu'hématémèses ou métrorrhagies. Et voici maintenant le docteur Straus qui en rapproche les ecchymoses cutanées observées par lui à la suite de crises fulgurantes (*Revue de neurologie*, 1880-1881). Ce seraient des phénomènes d'origine vaso-motrice. La paralysie, d'abord limitée aux nerfs moteurs et sensitifs, finirait, dans certaines conditions, par s'étendre au vaso-moteur lui-même. L'une de ces conditions semble être que le mal ait son siége, primitivement ou par extension, dans la partie inférieure de la moelle. Dans le *tabes*, où les hémorrhagies ont été surtout signalées, c'est l'extrémité inférieure qui est le plus souvent occupée. Dans la paréso-analgésie, la lésion, d'abord fixée à la portion de la moelle desservant les membres thoraciques, ne descend que par exception à la région inférieure. Or cette exception ne s'est montrée que deux fois (obs. VII et X), et c'est justement dans ces deux cas que nous rencontrons nos deux exemples d'hémorrhagie.

Passage de la paréso-analgésie à la troisième étape. — C'est pour la seconde fois, comme nous venons de le dire, que nous constatons ce passage. Chez Marie-Jeanne Stéphan (obs. X), après une paralysie analgésique des membres thoraciques ayant dix années de date, on accuse de l'affaiblissement aux deux extrémités inférieures, mais principalement à gauche. C'est aussi le bras gauche qui a été frappé le premier. Depuis quelques semaines, la jambe gauche était tout ensemble enflée jusqu'au genou et engourdie. Aujourd'hui l'enflure a disparu, mais l'engourdissement persiste.

Outre l'hémorrhagie intestinale, ce passage a été marqué par de la constipation chez Marie-Jeanne Stéphan. Il y avait aussi de la constipation chez Pont, autre infirme arrivé au même terme de la maladie. Ce sont, d'ailleurs, les deux seuls cas où la constipation ait été signalée.

Mais n'est-il pas curieux de pouvoir encore rapprocher, sous ce rapport, la paréso-analgésie et le myxœdème? Chez les malades atteints de myxœdème, nous avons, en effet, noté cette complication cinq fois sur quinze ou dans le tiers de cas. C'est que ces deux affections, à physionomie distincte, ont un élément commun, la paralysie, susceptible, en certaines circonstances, de s'étendre aux muscles de la vie organique.

CAUSES. — 1° *Sexe.* — Sur les dix-neuf cas que nous possédons aujourd'hui, quatre seulement appartiennent au sexe féminin. C'est un peu moins du cinquième.

2° *Age.* — Il semble que la jeunesse soit une prédisposition: cela résulte des faits observés tant par nous que par MM. Guelliot et Verneuil-Broca. Sur l'ensemble des dix-sept faits où l'âge est connu, le début se place, pour douze des malades, entre vingt et trente ans; les cinq autres avaient dépassé cet âge.

3° Le traumatisme peut être invoqué avec une certaine présomption dans six des cas. Deux fois, c'est une chute sur le membre thoracique, on tombe sur le coude ou sur la main; deux autres fois, c'est une forte contusion du poignet qui est pris sous un rouleau ou écrasé par un morceau de fonte. Une fois, c'est une entaille au doigt.

Une autre fois, la malade essayait de rentrer une vache qui venait d'avoir une attaque d'épilepsie. L'effort n'était pas considérable, mais elle éprouvait de l'émotion, lorsque, sans choc ni violence d'aucune sorte, elle ressent au bras, vers le coude, une douleur assez vive, puis le poignet enfle et il y survient comme un furoncle. C'est la version de la malade; mais on se demande si, dans son trouble, elle a pu se rendre un compte exact des choses; le gonflement du poignet semblerait témoigner d'une certaine violence.

Je ne citerai que pour mémoire l'accident éprouvé par Bodennec. Il s'était enroulé autour du poignet la corde qui attachait sa vache: celle-ci s'était échappée et lui avait contusionné l'avant-bras en le traînant. Mais il n'avait alors que quatorze ans et le mal ne s'est déclaré qu'à l'âge de vingt-neuf ans.

Siège. — Nous disions dans notre premier travail que si le mal s'était borné à l'un des membres, on pourrait songer à des troubles de l'innervation locale. Peut-être est-ce le cas pour les malades de MM. Guelliot et Verneuil-Broca. Ici, en effet, non seulement le mal est localisé au poignet et à la partie inférieure de l'avant-bras, mais encore le traumatisme, en portant sur le poignet, a dû intéresser les nerfs de cette région.

Mais quand le mal, par étapes successives, embrasse les deux extrémités thoraciques, et que, d'ailleurs, la cause n'a rien de local, comment faire autrement que d'y voir une affection de la moelle épinière? C'est une conclusion qui s'impose. Dans nos observations, en effet, huit fois sur quinze le mal est devenu bilatéral; deux fois même, des extrémités supérieures il a passé aux extrémités inférieures.

Nous plaçons le siège de l'affection dans la portion de la moelle afférente aux nerfs brachiaux. Aujourd'hui, avec les lumières puisées au travail si intéressant de Mlle Klumpke (*Paralysies radiculaires du plexus brachial*, in *Revue de médecine*, 1885) et avec les nouvelles observations que nous possédons, il nous sera permis de préciser davantage.

Le mal commence par la partie inférieure du membre thoracique, paralysant, atrophiant les muscles du poignet et de l'avant-bras. Le segment supérieur reste indemne dans la grande majorité des cas. Mais, puisque la paralysie Duchenne-Erb, c'est-à-dire la paralysie des deltoïdes, biceps, brachial antérieur et long supinateur, n'existe pas dès le début au moins, nous éliminons tout d'abord la partie de la moelle animant le cordon supérieur du plexus brachial et nous restons au-dessous des cinquième et sixième nerfs cervicaux.

D'autre part, n'ayant jamais rencontré les troubles oculo-pupillaires, myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, rétraction du globe oculaire, nous mettons hors de cause le premier nerf dorsal, dont la paralysie donne toujours lieu à ces troubles. Donc la parésie siège entre le sixième cervical et le premier dorsal.

Plus tard, il est vrai, l'affection peut sortir de ces limites et monter au niveau des cinquième et sixième nerfs cervicaux, jamais plus haut. C'est alors que nous voyons la paralysie Duchenne-Erb (obs. VI, X et XV). Enfin, elle peut descendre et attaquer les extrémités inférieures, occupant en pareil cas le renflement lombaire, mais laissant intacte la ~~portion intermédiaire du cordon antérieur, celle qui s'é-~~tend du cou aux lombes. Jamais la paralysie ne frappe les muscles du tronc.

Nous avons déjà fait remarquer que la paralysie du sentiment n'est pas toujours en rapport avec celle du mouvement. D'habitude, à la vérité, l'analgésie ne se montre, comme la parésie, qu'à la partie inférieure du membre thoracique et ne dépend que d'une altération limitée à sa portion du cordon postérieur qui s'étend de la sixième paire cervicale à la première paire dorsale. Mais dans certains cas l'analgésie ne s'arrête pas là : elle envahit le membre thoracique tout entier et avec lui le côté correspondant du cou, de la face et de la tête jusqu'au sommet (obs. I, XII et XIII). Dans les observations I et XIII, elle descend même, en outre, sur le côté correspondant de la poitrine, occupant ainsi tout le haut du cordon postérieur jusqu'à la dernière paire dorsale. Rappelons ici que, dans ces deux derniers cas, il y avait de l'hyperidrose, que ce sont les seuls où il y en ait eu, et qu'elle était strictement bornée aux parties analgésiées. Dans cette corrélation étroite entre le territoire de l'analgésie et celui de l'hyperidrose, il y a évidemment plus qu'une affaire de coïncidence. L'analgésie peut comprendre le membre supérieur tout entier, le cou et la tête, jusqu'au sommet, sans qu'il y ait eu exagération de la transpiration sudorale. Mais le phénomène se produit dès que l'analgésie envahit la poitrine, dès qu'elle met en cause les paires dorsales. Ne faut-il pas admettre qu'en pareil cas la paralysie ne se restreint pas au cordon postérieur de la moelle, mais qu'elle s'étend, lors même que les nerfs moteurs sont respectés, à l'origine des fibres vaso-motrices qui se distribuent aux glandes sudoripares?

Nous trouvons dans le mémoire de Mlle Klumpke un fait qui vient se ranger à côté des nôtres. C'est le cas de Sands et Seguin : traumatisme du plexus brachial, paralysie totale du membre thoracique, atroces douleurs névralgiques à cause desquelles on se décide à pratiquer d'abord l'amputation du bras et ensuite la résection du plexus brachial au-dessus de la clavicule; myosis après la résection du plexus brachial qui a donc intéressé pour le moins la racine du premier dorsal au delà de son rameau communiquant. On constate en même temps que la transpiration est beaucoup plus abondante et apparaît plus vite du côté opéré.

Voilà donc trois faits qui tendraient à établir que l'hyperidrose traduirait l'altération des paires dorsales.

Il n'est pas sans intérêt de faire ressortir la différence existant dans les troubles vaso-moteurs, suivant l'étage de la moelle qu'occupe la paréso-analgésie. Quand elle siège dans le renflement cervical, c'est de la congestion à la main, à la face, surtout en hiver, où les doigts sont couverts d'engelures; dans les paires dorsales, c'est de l'hyperidrose, et enfin dans le renflement lombaire, ce sont des hémorrhagies.

Jamais nous n'avons rencontré de parésie sans analgésie, mais chez quelques individus nous avons rencontré de l'analgésie sans parésie (obs. XI, XII et XIII). Dans l'observation XI, les deux membres thoraciques sont pris, mais inégalement traités. Le membre primitivement envahi est atteint à la fois de parésie et d'analgésie, mais à l'autre membre il n'y a que de l'analgésie. Dans les observations XII et XIII, un seul membre est malade et il ne présente que de l'analgésie. Dans les trois cas l'analgésie était incomplète et ignorée des malades eux-mêmes jusqu'à l'épreuve de l'épingle.

Ici le mal sans doute n'a pas dit son dernier mot : il a débuté par le cordon postérieur, et probablement à une période plus avancée, devra passer au cordon antérieur. J'ai, pour les motifs suivants, une tendance à croire que là est la marche naturelle de la maladie : 1° l'analgésie, une analgésie commençante, car elle est incomplète, peut se rencontrer seule, jamais la parésie ; 2° quand les deux ordres de nerfs sont intéressés, la paralysie du sentiment est toujours d'un degré plus avancé que celle du mouvement, la première étant complète quand la seconde ne l'est pas encore et ne le deviendra peut-être jamais.

Nous avons vu des malades appartenant à une classe où l'on s'observe peu, être porteurs d'une paralgésie dont ils n'avaient pas connaissance. Il en eût été autrement sans doute s'ils avaient été porteurs d'une parésie qui les aurait entravés dans l'accomplissement de leurs travaux. Jamais, dans les cas d'analgésie sans parésie, nous n'avons été consulté qu'à propos d'accidents trophiques et longtemps évidemment après le début du mal.

CORRESPONDANCE

De la jugulation de la fièvre typhoïde par la quinine et les bains tièdes.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Les journaux de médecine ayant rendu un compte inexact de ma dernière communication à l'Académie de médecine, je vous demande la permission de rétablir ici en quelques mots le sens de cette communication. J'ai enseigné depuis longtemps déjà, et avant beaucoup d'autres, que la fièvre typhoïde est due à un microbe qui fermente dans l'organisme humain. Comment donc la combattre sûrement? Par des agents qui détruisent le microbe ou tout au moins s'opposent à sa fermentation, par ce que j'ai appelé les *antizymasiques*. J'ai d'abord cherché cet ennemi du microbe typhoïde dans la substance qui passait à ce moment pour la plus antifermentescible : l'acide phénique ou la créosote. Mais j'ai vu depuis lors que, de même que chaque maladie infectieuse ou contagieuse a son microbe spécial, de même ce microbe spécial a d'ordinaire un adversaire plus spécial que les autres. En d'autres termes, s'il y a des remèdes privilégiés (quinine, mercure, iode, soufre, etc.), qui exercent une action antizymasique sur plusieurs maladies distinctes, il n'y a point cet antizymasique absolu recherché dans les expériences de Montsouris.

Or, après bien des tâtonnements, je suis arrivé à me convaincre, de par la clinique et les faits, que le grand adversaire de la fermentation typhoïde, c'est la quinine. Alors, au lieu de donner la quinine, *au milieu* du processus typhoïde, pour remplir telle ou telle indication et spécialement combattre l'hyperthermie ou une complication paludéenne, je l'ai ordonnée pour combattre directement la cause de la maladie, aux *premières heures*, au *premier soupçon* du mal. C'est là ma méthode; c'est grâce à elle que je jugule la fièvre typhoïde, que je l'empêche de devenir mortelle et que je réduis son cours à une durée moyenne de quatorze à seize jours. Cette affirmation est prouvée par une série heureuse de soixante-cinq cas consécutifs, sans aucun insuccès, empruntés à ma pratique particulière.

Comme l'action antizymasique de la quinine demande un certain temps pour s'effectuer et qu'en attendant la chaleur fébrile peut devenir intense et dangereuse, j'interviens en même temps par des bains tièdes à 33 degrés. J'en fais prendre d'ordinaire trois par jour, d'une durée de quinze à vingt-cinq minutes.

Veuillez agréer, etc.

G. Péchollier,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Curabilité de la cirrhose du foie.

Nous recevons de M. le docteur T. Saucerotte, médecin de l'hôpital de Lunéville, la note suivante à laquelle la récente discussion soulevée devant la Société médicale des hôpitaux donne un intérêt d'actualité :

Chaque fois que des faits de guérison de cirrhose du foie ont été constatés, ou tout au moins publiés, ils n'ont rencontré que le doute et la négation. « La mort est la terminaison inévitable de la cirrhose », écrivaient en 1841 les auteurs du *Compendium de médecine pratique*. « Lorsque l'ascite est apparue avec les autres symptômes qui constituent la cirrhose, il n'est plus permis d'espérer la guérison, et le traitement est uniquement palliatif. » Tel est le jugement prononcé en 1879 dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par le docteur Rendu. Frerichs, dans son traité des maladies du foie, traduit en français en 1862, avait été moins affirmatif en se bornant à dire que « *dans la grande majorité des cas*, la maladie est mortelle, et que la terminaison est toujours fatale quand la maladie a pu acquérir son développement complet ». Toujours est-il qu'aujourd'hui, comme il y a quarante ans, l'incurabilité absolue de la cirrhose était généralement admise; quand un cas de guérison était timidement présenté au public médical, celui-ci le considérait comme résultant d'une erreur de diagnostic.

Mais voici qu'en ces dernières semaines la Société médicale des hôpitaux de Paris a reçu des communications successives de cas de cirrhose terminés par la guérison. Il a bien fallu accepter comme exactes des observations recueillies par des cliniciens éprouvés, et l'on a cherché alors l'explication de faits qu'il est devenu impossible de contester, ce par quoi il aurait sans doute mieux valu commencer.

Parlons d'abord de l'ascite dont la présence a pu donner le change à quelques observateurs sur la nature de la maladie qu'ils avaient sous les yeux. Elle peut sans doute être le résultat de péritonites alcooliques, de phlébites intra ou extra-hépatiques, mais, quand elle accompagne la cirrhose, elle n'en constitue pas à elle seule le diagnostic ; celui-ci repose sur un ensemble de symptômes, dont l'enchaînement et la durée sont caractéristiques. L'erreur de ce chef est donc moins facile qu'on ne le suppose. Que dans la cirrhose la disparition de l'ascite soit, comme l'a dit M. Dieulafoy, l'indice d'une lésion hépatique peu avancée, ou, comme le pense M. Troisier, qu'elle soit due à la rétrocession de l'exsudation subaiguë formée dans le viscère, toujours est-il que ce fait a, dans un certain nombre de cas, marqué la première étape vers la guérison. Toutefois les malades dont il a été question dans la discussion de la Société médicale des hôpitaux n'ont été, à l'exception du troisième malade de M. Dieulafoy, suivis que pendant quelques mois. Cette considération m'a déterminé à remettre en lumière aujourd'hui une observation de cirrhose du foie, publiée par mon père en 1851 dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. XLI, observation terminée par la guérison et dont j'ai pu suivre le sujet mort trente ans après à l'âge de soixante et onze ans. Si l'on conteste l'exactitude du diagnostic porté par Fouquier et les deux médecins traitants, il faut admettre qu'en 1849 la séméiologie et le diagnostic de la cirrhose étaient à refaire, comme ils le sont encore aujourd'hui, ce qui paraîtrait sans doute superflu à la majorité des praticiens.

Il sera plus rationnel de rapprocher ce fait intéressant des faits récemment recueillis à propos desquels il me sera permis d'exprimer un regret. C'est de ne pas voir développé avec autant de détails que dans celui que je cite, le chapitre du traitement.

La notoriété et la multiplicité des témoignages récemment recueillis viendra en aide à l'opinion qui semble se faire jour au sujet du pronostic de la cirrhose, et encouragera les praticiens à faire comme leur devancier, en 1849, à ne pas jeter le *manche à la cognée*, dans des cas en apparence désespérés.

J'ajouterai comme renseignement complémentaire à l'observation ci-dessous que la cirrhose de M. H... ne reconnaissait aucune des causes constatées (alcoolisme, syphilis, fièvre intermittente, cardiopathies) et que cette cause est restée inconnue, ce qui, d'après Frerichs, s'observe assez fréquemment.

« Le capitaine du génie H..., âgé de quarante ans, est envoyé à Vichy en août 1849 pour une affection du foie qui s'y aggrave, consulte à Paris le professeur Fouquier et son médecin ordinaire, qui diagnostiquent une cirrhose, et arrive en octobre à Lunéville dans l'état suivant : infiltration générale très prononcée surtout à la face; épanchement assez considérable dans le péritoine. Sonorité très grande de la région hépatique, laquelle n'est ni tendue, ni douloureuse à la pression, bien que le malade accuse un sentiment de gêne ou de douleur obtuse de ce côté. On ne sent pas le foie sous les côtes. La langue est pâle, peu de soif. L'appétit n'est pas aboli entièrement, mais la digestion est lente, accompagnée de pesanteur à l'épigastre et accompagnée de borborygmes incommodes. Constipation opiniâtre, urines albumineuses. Le pouls, extrêmement faible, ne donne que 40 à 50 pulsations à la minute. La peau sèche tend toujours à se refroidir. Larmoiement des yeux et affaiblissement de la vue. Emaciation extrême, chute des cheveux, atrophie des testicules. Le sang, qui sort quelquefois du nez par gouttes, ne donne au linge qu'une tache rosée. Les ongles ne poussent plus. La faiblesse est telle que le malade ne peut tendre le bras pour tirer le cordon de sa sonnette, ni déplacer ses jambes sans un aide. »

Suivent les détails d'un traitement qui dura quatre mois. Un an après, M. H... jouissait d'une santé qu'il ne connaissait pas depuis longtemps. Il poursuivit sa carrière, parvint au grade de colonel, prit sa retraite en 1869 et mourut en 1880 à l'âge de soixante et onze ans d'une affection gastro-intestinale compliquée d'ictère.

Si l'on ajoute au cas précédent ceux qui ont été présentés à la Société médicale des hôpitaux, on peut les présenter ainsi à la récapitulation :

Troisier : cirrhose alcoolique, guérison constatée sans date.

Siredey et Demontporcelet : cirrhose alcoolique, guérison constatée sans date.

Féréol : cirrhose alcoolique, guérison après deux mois.

Descoust et Vulpian : cirrhose alcoolique, guérison après dix-huit mois.

Richard : cirrhose alcoolique, guérison après deux ans.

Dieulafoy (3e obs.) : cirrhose alcoolique, guérison après deux ans (malade mort albuminurique).

C. Saucerotte : cirrhose non alcoolique (malade mort après trente ans).

Les réserves faites par M. Moutard-Martin à l'endroit de la guérison de la cirrhose sont sans doute justifiées par son expérience personnelle et par le cas de M. Legroux, mais elles ne peuvent s'appliquer à l'observation que j'ai cru opportun de tirer aujourd'hui de l'oubli.

Dr T. Saucerotte.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

Aussitôt après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, qui d'ailleurs ne contenait aucune note ayant trait à la médecine, la séance a été levée en signe de deuil, pour rendre hommage à la mémoire de M. Laguerre, membre de la section de géométrie, et dont les obsèques avaient lieu le jour même à Bar-le-Duc.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 AOUT 1886.— PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. *Ricord* présente le 4e volume des *Leçons de clinique chirurgicale* de M. le docteur *Péan*.

M. *Larrey* dépose, au nom de M. le docteur *Mathieu*, l'article TÉTANOS CHIRURGICAL, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

ASSAINISSEMENT DE LA CORSE. — M. le docteur *Costa* (de Bastelica) lit un mémoire sur la nécessité d'assainir la plaine orientale de la Corse; il décrit les conditions insalubres de cette plaine marécageuse où la malaria règne à l'état endémique et insiste sur les avantages économiques et sanitaires que des défrichements effectués avec méthode permettraient d'en retirer; il appelle l'attention des pouvoirs publics à cet effet. — (Le mémoire de M. Costa est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Roger*, *Villemin* et *Siredey*.)

PATHOLOGIE EN SYRIE. — M. le docteur *de Brun*, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth, communique le résumé des observations qu'il a pu faire à l'hôpital de cette ville depuis une année. La malaria paraît être de beaucoup la plus fréquente des maladies en Syrie; elle se rencontre sur la côte, à des degrés divers, et dans l'intérieur des terres, surtout dans la Becka. M. de Brun a eu l'occasion d'observer des faits d'impaludisme aigu pouvant constituer la forme dyspnéique, caractérisée par une dyspnée qui, en moins d'une heure, devient comparable à celle d'un croup avancé; la voix, d'abord rauque, s'éteint vite, bientôt un sifflement respiratoire se produit et le tirage arrive; l'examen de la gorge ne donne que des résultats négatifs; le plus souvent, après quatre ou cinq heures de lutte, une amélioration se produit très rapidement et le petit malade guérit sans convalescence. Cette forme, qui s'accompagne d'un œdème aigu et violent du larynx, peut dans certains cas être accompagnée d'œdème pulmonaire; dans d'autres faits, on n'observe absolument aucun symptôme laryngé; ces accidents sont justiciables du sulfate de quinine, qui prévient le retour d'une semblable crise de même nature. Toutes les maladies et surtout la convalescence prédisposent d'ailleurs à la malaria; les faits observés confirment la loi de Boudin, qui fait, on le sait, de la tuberculose et de la malaria deux affections antagonistes.

Après la malaria, la maladie la plus commune est la syphilis, beaucoup plus fréquente qu'en France; on observe surtout les accidents tertiaires; ce sont les musulmans qui en fournissent le plus grand nombre de cas, quoiqu'ils ne constituent guère que le quart de la population à Beyrouth, mais en raison de ce que les diverses nationalités ont peu de relations entre elles. Quant aux affections du tube digestif, elles sont également nombreuses (diarrhée, dysenterie, affections stomacales nombreuses, etc.), par suite du régime alimentaire et de l'abus de l'alcool, principalement de l'arack, qui contient de 36 à 38 pour 100 d'alcool; en raison de son prix peu élevé, cette boisson est à la portée de tous. M. de Brun ajoute qu'il a été frappé de la fréquence considérable des parasites du tube digestif et, en particulier, du tænia inerme; il a obtenu de bons résultats dans ces cas par l'emploi de la noix de coco, grâce à laquelle, sur trente-deux malades, vingt et un, qui avaient pris inutilement des vermifuges, ont été guéris. L'emphysème pulmonaire se voit souvent en Syrie; il est peut-être dû à l'abus du narghilé, qui nécessite un tirage exagéré. Enfin, quand on a signalé la fréquence des ophthalmies, et en particulier des granulations conjonctivales, la fréquence également des conjonctivites herpétiques, de la gravelle et des calculs vésicaux, l'existence de la lèpre, de l'éléphantiasis, du bouton d'Alep, des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, de la diphthérie, la rareté des maladies du système nerveux, quelques épidémies de fièvre dengue, et la production en été d'un prurit violent qui porte le nom de bouton de sueur, on a énuméré les principales affections que le médecin observe et combat en Syrie. — (Le mémoire de M. de Brun est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Proust*, *Léon Colin* et *Vallin*.)

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Proust* sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la première division (*Médecine*). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. *Bateman* (de New-York); en deuxième ligne, M. *Ossian Bonnet* (de Rio-de-Janeiro); en troisième ligne, M. *Crocq* (de Bruxelles).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

De la rubéole : M. Desnos. — Kyste suppuré du foie guéri par une seule ponction (présentation de malade) : M. Guyot. — De l'apoplexie hystérique : M. Debove. — Rapport sur la contagion directe de la fièvre typhoïde : M. Letulle. (Discussion : MM. Siredey, Kelsch.) — Sur la disparition de l'ascite dans les cas de cirrhose du foie : M. Dujardin-Beaumetz.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Desnos* présente quelques réflexions au sujet du mémoire de M. Desplats sur la *rubéole*. Il fait remarquer que la rubéole, quoi qu'en dise M. Desplats, est bien connue des médecins français : Jaccoud la décrit, Longuet lui a consacré un article dans l'*Union médicale* de 1884, et bien d'autres ont apporté leur contingent à son étude. Si la rubéole est plus fréquente en Allemagne, c'est simplement affaire de race. Certes la description de M. Desplats est consciencieuse, mais il a observé évidemment une épidémie fruste, car l'un des caractères principaux, le caractère capital même de l'éruption, c'est le polymorphisme; or M. Desplats n'en parle pas. L'exanthème est, en effet, ordinairement rubéolique à la face; puis il se montre souvent, dix-huit à trente-six heures plus tard, scarlatiniforme sur divers points du corps; la forme de l'exanthème commande celle de la desquamation. Ce polymorphisme, uni aux adénopathies multiples, permet de reconnaître à coup sûr la rubéole. D'autre part, la maladie est plus rarement apyrétique que ne l'a observé M. Desplats, et la température s'élève parfois à un degré assez notable.

— M. *le Président* donne lecture d'une lettre de M. Kelsch annonçant à la Société la mort de M. le docteur Züber, décédé à Haï-Phong.

— M. *Guyot* présente un malade qui était entré dans son service au commencement du mois de janvier dernier, et qui présentait les signes d'un kyste du foie. Le 10 janvier, M. Guyot pratiqua une ponction exploratrice et reconnut la nature purulente du liquide; il fit aussitôt une ponction évacuatrice qui donna issue à 1 litre 1/2 de liquide ne renfermant pas de crochets. Cette ponction unique a suffi pour amener la guérison, qui est aujourd'hui complète.

— M. *Debove* donne lecture d'une note sur l'*apoplexie hystérique*. (Voy. p. 554.)

— M. *Letulle* lit un rapport, fait au nom d'une commission composée de MM. Debove, Joffroy et Letulle, rapporteur, sur *la contagiosité directe de la fièvre typhoïde*. Après avoir soigneusement analysé les observations cliniques adressées à la Société par MM. les docteurs Biron (d'Argenteuil), Martel (de Saint-Malo), Viger (de Niort), Lardier (de Rambervillers), Gauthier (de Charolles), observations qu'il groupe sous trois chefs : contagion directe, contagion nosocomiale, épidémies de famille, il formule les conclusions suivantes :

« La contagiosité de la fièvre typhoïde ne pouvant plus être mise en doute, le mécanisme de la contagion reste encore discutable. La doctrine qui n'admet l'action pathogène des matières fécales typhoïdiques, ce véhicule du germe contage, qu'après une élaboration secondaire plus ou moins prolongée, cette doctrine de la contagion médiate ou indirecte paraît trop exclusive. L'examen méthodique des faits ultérieurs permettra sans doute d'établir la possibilité d'une contagion directe, immédiate, transmettant, sans avoir à subir une période transitoire et nécessaire à la vitalité des germes pathogènes, la même maladie d'un homme contaminé à un sujet sain. La question ne pourra être tranchée que le jour où des observations nombreuses et rigoureusement exactes pourront servir d'assises à un jugement définitif. »

M. *Siredey* s'associe pleinement à cette manière d'envisager la question; il insiste sur les difficultés que l'on rencontre si souvent dans l'interprétation des faits de contagion de la dothiénentérie. Il ne suffit pas qu'un individu placé dans une salle d'hôpital à côté d'un typhoïdique contracte la fièvre typhoïde pour que l'on puisse voir là un cas de contagion directe; il est, en effet, une foule de conditions que l'on doit analyser avant de se prononcer. L'eau des boissons peut être souvent incriminée. M. Siredey a constaté l'an dernier, à l'hôpital Lariboisière, au moment de l'épidémie de choléra, que le réservoir d'eau servant à l'alimentation des malades renfermait un liquide vaseux provenant du canal Saint-Martin, et dans lequel séjournaient des chiffons, de vieux pansements chirurgicaux, etc. L'administration, sur la plainte qu'il formula à ce sujet, fit curer le réservoir, qui fut dès lors alimenté avec l'eau de la Dhuys. Les infirmiers, dans les hôpitaux, boivent souvent directement au robinet de conduite lorsqu'ils sont altérés; n'est-ce pas ainsi qu'ils peuvent parfois contracter la dothiénentérie? Il cite également le fait d'une femme de ménage de Lille dont l'enfant était atteint de fièvre typhoïde, ~~et par l'intermédiaire de~~ laquelle la maladie fut transportée chez les personnes où elle se rendait pour faire la cuisine; la dame qui l'employait et son fils contractèrent tous deux la fièvre typhoïde. Mais ne peut-on penser que cette femme de ménage ne nettoyait peut-être pas très scrupuleusement ses mains après avoir soigné son enfant malade, et que c'est ainsi qu'elle a contaminé les aliments qu'elle préparait pour ses maîtres? Toujours à Lille, une épidémie de maison que l'on rapportait d'abord à la contagion directe trouva bientôt une explication toute différente. La pompe de cette maison cessant de fonctionner régulièrement, on procéda à des réparations qui firent découvrir que le puisard de cette pompe était contigu à une fosse d'aisance fissurée, et que c'était par des matières fécales accumulées que le tuyau de la pompe se trouvait en partie obturé. Il faut donc apporter un soin minutieux dans la recherche des conditions multiples qui peuvent présider à la contagion en pareil cas.

M. *Kelsch* ne peut que se rallier aux conclusions de l'intéressant rapport de M. Letulle. S'il admet la contagion directe, il pense qu'il faut pour l'établir des preuves très rigoureusement discutées. Les infirmiers des hôpitaux, qui manipulent les linges souillés, ne peuvent, lorsqu'ils sont atteints, fournir un argument bien décisif en faveur de la contagion directe nosocomiale; ils sont d'ailleurs frappés le plus souvent, ainsi que l'a montré M. Colin, vers la fin des épidémies, alors que l'hôpital semble être devenu un foyer d'infection secondaire. La contagion directe est peut-être plus facile à établir pour les malades couchés au voisinage d'un typhoïdique. En 1876, à Batna, entra à l'hôpital un typhoïdique provenant d'un corps de troupe en passage, qui arrivait de Constantine, où la fièvre typhoïde est endémique. Ce malade mourut, et, vingt jours après son admission dans les salles, son voisin de lit, qui était atteint de fièvre palustre, contractait la dothiénentérie. Or cette maladie est très rare à Batna, et, à ce moment, aucun autre cas n'existait dans l'hôpital; d'autre part, les selles du premier malade venu de Constantine avaient été rigoureusement désinfectées et écartées au fur et à mesure. Le second cas ne paraît donc pas pouvoir s'expliquer autrement que par la contagion directe. La contagion de la fièvre typhoïde semble, en quelque sorte, contingente, certaines conditions de milieu étant plus propres à la mettre en évidence. Sans doute, la rapide extension de la maladie dans les localités rurales, où elle se propage souvent en suivant la filiation de contact entre individus, tient-elle à ce que les organismes ne possédant pas, comme dans les grandes villes, l'accoutumance vis-à-vis du germe typhoïdique, sont plus impressionnables au contage directement fourni par les malades.

— M. *Dujardin-Beaumetz* rapporte l'observation d'un homme de trente-huit ans, alcoolique, qui entra à l'hôpital avec tous les signes d'une cirrhose du foie accompagnée d'ascite. Une ponction donna issue à 5 litres de sérosité. A partir de ce jour, l'amélioration fut manifeste et s'accentua rapidement; le liquide ne se reproduisit pas. Ce malade, étant un jour sorti de l'hôpital, s'enivra et contracta une pneumonie; soigné de nouveau dans le service, il succomba, et l'autopsie permit de constater une cirrhose du foie classique; il n'y avait pas d'ascite. Ce fait peut être ajouté à ceux qui ont été fournis aux dernières séances pour établir la possibilité de la disparition de l'ascite au cours de la cirrhose. On a prétendu que certains médicaments jouissent d'une action spéciale sur le foie des cirrhotiques, et permettent d'obtenir la rétrocession des phénomènes; parmi eux on peut citer l'hippurate de chaux, préconisé par M. Poulet (de Plancher-les-Mines). On l'administre sous la forme suivante: acide hippurique, 25 grammes; lait de chaux, quantité suffisante pour neutraliser; eau, 500 grammes; sirop de sucre, 600 grammes; essence de citron, 4 grammes. On donne ~~chaque jour de quatre à huit cuillerées de ce sirop. Quant à~~ la ponction, dans le cas d'ascite, les médecins sont partagés en deux camps: les uns veulent la retarder le plus possible, pour ne pas affaiblir le malade; les autres croient devoir la pratiquer dès que l'épanchement a acquis un certain volume. Il y a là une question d'opportunité thérapeutique : on devra pratiquer une première ponction dès que l'ascite sera abondante; puis, si le liquide se reproduit, il faudra temporiser autant que possible pour recourir de nouveau à la paracentèse.

— La Société s'ajourne au vendredi 8 octobre.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Du traitement des fractures par le massage: M. Trélat. — Développement de l'épiphyse inférieure de l'humérus : M. Farabeuf. — Kyste branchial athéromateux sous-hyoïdien adhérent, lecture : M. Chavasse. — Essai de cheiroplastie; tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris de médius : M. Guermonprez (de Lille).

M. *Trélat* prend la parole au sujet du traitement des fractures par le massage. La question du traitement des solutions de continuité des os a été l'objet de bien des évolutions, sinon de bien des révolutions depuis le commencement du siècle. Si l'on veut faire une thérapeutique efficace, il convient avant tout de bien se pénétrer des indications ici comme ailleurs: or il n'est pas d'accident où les lésions soient plus complexes que les fractures, où l'on voit indépendamment de la solution de continuité de l'os des décollements du périoste, des épanchements sanguins et lymphatiques plus ou

moins abondants, des déchirures de muscles, etc., etc.; il suit de là que les indications à remplir sont multiples et un traitement unique ne saurait suffire à toutes. C'est ainsi que pour les fractures de la rotule il est excellent, après l'immobilisation et le rapprochement aussi exact que possible des fragments, de pratiquer le massage et l'électrisation du triceps, ainsi que l'a recommandé il y a quelque temps M. Richelot; mais il ne faut pas pour cela négliger de combattre par tous les moyens l'écartement des fragments, et c'est évidemment aller trop loin que d'omettre complètement ce point et de masser avant tout, comme le conseille un chirurgien éminent, Tillanus (d'Amsterdam). Ne sait-on pas d'ailleurs, que d'autres chirurgiens et parmi eux M. Lucas-Championnière lui-même, qui préconise aujourd'hui le massage, veulent qu'on suture la rotule? La coaptation, la réunion des fragments osseux et leur immobilisation sont en effet les principes fondamentaux du traitement de toutes les fractures : pourquoi ne pas les appliquer à la thérapeutique des solutions de continuité du radius et du péroné et leur réserver exclusivement le massage? Celui-ci ne doit être employé que comme adjuvant, mais l'immobilisation reste le principal moyen à mettre en œuvre ainsi qu'on l'a fait de tout temps; seulement la durée de cette immobilisation peut et doit être réduite à son minimum. Les anciens prolongeaient outre mesure le séjour des membres fracturés dans les appareils : au début de sa carrière, M. Trélat, imbu de leurs principes, faisait comme eux, par exemple il laissait l'avant-bras six semaines dans un appareil pour une fracture du radius, aujourd'hui il ne le laisse plus que trois semaines. Voici comment il traite les fractures du péroné : il applique une gouttière plâtrée immédiatement après l'accident, en ayant soin de maintenir le pied bien fléchi; il recouvre d'ouate la partie du membre non prise dans le plâtre et applique une bande élastique par-dessus. L'appareil n'est enlevé qu'au bout d'un mois, c'est le délai qui jusqu'ici a semblé le plus court possible à M. Trélat, peut-être le diminuera-t-il, si l'expérience l'y invite.

M. *Lucas-Championnière* a reçu de M. Bourguet (d'Aix) un court travail publié par ce chirurgien dans le *Bulletin de thérapeutique* et relatif au massage dans les fractures, mais il y est encore question de l'immobilisation par un appareil. Le but poursuivi par M. Lucas-Championnière, c'est précisément de supprimer tout mode de contention, c'est de laisser le membre libre. Ainsi qu'il en a rapporté de nombreuses observations, on obtient par ce moyen une très rapide guérison. Il peut citer un nouvel exemple à l'appui de son dire, c'est celui d'un médecin qui s'est fracturé le radius, il y a dix jours, en tombant de cheval. M. Lucas-Championnière l'a massé et dès le troisième jour le malade pouvait faire sa consultation et écrire ses ordonnances; aujourd'hui son membre est assez fort pour lui permettre de soulever une chaise.

— M. *Farabeuf* fait une communication des plus intéressantes sur le développement de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Cette épiphyse, au lieu de former, ainsi que le croit la majorité des anatomistes, une petite masse quadrilatère se soudant à l'extrémité inférieure de l'humérus suivant une ligne transversale, constitue une sorte de coin à base externe ou condylienne et à sommet interne ou trochléen, de là résulte que la ligne diaépiphysaire est fortement oblique en dedans. Ces notions sont très utiles à connaître pratiquement, elles permettent de réformer l'erreur dans laquelle sont tombés tous les chirurgiens du commencement du siècle jusqu'à nos jours, en disant que les symptômes de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et du décollement de son épiphyse sont les mêmes; il n'en est rien et le trait de solution de continuité du décollement épiphysaire est très oblique en dedans; c'est ce que M. Farabeuf a pu vérifier en déterminant expérimentalement un décollement sur un cadavre de jeune garçon de treize ans.

— M. *Chavasse* lit un travail sur un kyste branchial athéromateux sous-hyoïdien adhérent.

— M. *Guermonprez* (de Lille). Une femme de quarante-cinq ans est atteinte d'un coup de carde; il en résulte une plaie dorsale, comprenant la totalité des parties molles et pénétrant profondément dans les trois premiers métacarpiens, dans les deux phalanges du pouce et dans les phalanges métacarpiennes des index et médius. En raison des douleurs déterminées par les pointes d'acier, qui s'étaient brisées en grand nombre dans et autour des articulations métacarpo-phalangiennes, la résection primitive fut faite pour les articulations dont il s'agit, de l'index et du médius. L'index, demeuré ballant, et par conséquent plus gênant qu'utile, fut amputé le lendemain. Quant au pouce, il n'y fut fait aucune opération primitive. Un mois après l'accident, le squelette du pouce était presque entièrement nécrosé. Alors fut faite l'opération suivante, après application de la bande d'Esmarch, et fixation de la main sur un sachet de sable : 1° ablation de tous les bourgeons charnus; 2° désossement du pouce, suivant le procédé ordinaire; 3° débridement du troisième espace interdigital jusqu'à 6 ou 8 millimètres du pli le plus inférieur de la paume de la main; 4° ablation d'un lambeau en V à sommet supérieur, aux dépens de la peau qui recouvrait, du côté palmaire, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index; 5° suture du ligament gléno-sésamoïdien du pouce à la portion phalangienne du tendon de l'extenseur du médius; 6° sutures dorsales et palmaires de la peau du pouce, dont la partie terminale fut excisée. Pendant toute cette opération, aucune ligature ne fut nécessaire. Mais malheureusement le cinquième temps ne fut pas aussi aisé que M. Guermonprez l'avait trouvé dans ses essais pratiqués sur le cadavre. Les muscles de l'éminence thénar s'étaient notablement rétractés et un relâchement de la bande d'Esmarch avait déterminé, à ce moment-là même, une tuméfaction considérable. Malgré ces désavantages, le résultat obtenu fut suffisant pour permettre au sujet, non seulement de reprendre un travail de filature, mais encore de faire son ménage, et même d'écrire, pourvu que le porte-plume soit volumineux. Sans insister sur tous les détails, l'auteur doit ajouter, qu'après avoir attendu, pendant plusieurs mois, tout œdème ayant disparu, il refit, sans employer la bande d'Esmarch, le cinquième temps de son opération, et, cette fois, réussit sans encombre à suturer solidement le ligament gléno-sésamoïdien du pouce à la portion phalangienne du tendon de l'extenseur du médius.

Pour expliquer l'innovation, qu'il s'est permis d'entreprendre, il a ajouté, aux documents à l'appui, trois faits de perte, soit absolue, soit fonctionnelle du pouce. Enfin il a rappelé le résultat, absolument remarquable, obtenu, il y a plus de vingt ans, par son regretté maître, le professeur Parise (de Lille). C'est l'étude de ce résultat, qui lui a inspiré d'entreprendre une tentative de cheiroplastie, malgré les mauvaises conditions réunies dans son cas particulier.

Alfred Pousson.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 28 JUILLET 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

L'antipyrine dans la thérapeutique infantile, par M. Moncorvo: M. Henri Huchard. — Action physiologique du quebracho: M. Henri Huchard (Discussion: M. C. Paul). — Un lycopode toxique: M. Dujardin-Beaumetz. — A propos de la rage: M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Henri Huchard* offre à la Société, au nom de l'auteur M. Moncorvo, une brochure sur l'*antipyrine dans la thérapeutique infantile*. D'après l'auteur, l'antipyrine, employée chez les enfants, constitue le plus puissant et le

moins dangereux des antipyrétiques; elle procure toujours un abaissement de la température dans les affections, inflammatoires ou non, de l'appareil pulmonaire; dans les fièvres intermittentes, elle peut remplacer, quoique avec désavantage, le sulfate de quinine. M. Moncorvo considère l'antipyrine comme étant un médicament complètement inoffensif, et il l'a administrée jusqu'à la dose de 1 gramme chez un nouveau-né. M. Huchard est d'avis que c'est là, en pareil cas, une dose excessive, qu'il sera prudent de ne pas prescrire. M. Moncorvo a constaté qu'il n'y avait aucun avantage à employer la thalline à la place de l'antipyrine.

— M. *Henri Huchard* communique les résultats des expériences qu'il a entreprises, avec M. Eloy, sur l'action physiologique du *Quebracho blanco*. Il rappelle qu'il s'agit d'une plante de la famille des apocynées, originaire de la République argentine; on peut en extraire six alcaloïdes différents: quebrachine, hypoquebrachine, quebrachamine, aspidospermine, etc. MM. Henri Huchard et Eloy ont expérimenté sur les animaux quatre des principaux alcaloïdes de cette plante; ils ont reconnu que l'aspidospermine seule possède une action antidyspnéique; elle accroît l'étendue des mouvements respiratoires et augmente leur fréquence. La quebrachine surtout est antipyrétique. Tous ces alcaloïdes donnent au sang veineux une coloration rouge vermeil, analogue à celle du sang artériel; l'hémoglobine est diminuée quantitativement, mais non altérée au point de vue qualitatif; elle n'est pas réduite. Les globules conservent leur intégrité. Ces alcaloïdes produisent également l'hypersécrétion rénale et salivaire. La quebrachine, et surtout l'hypoquebrachine, sont toxiques; vient ensuite l'aspidospermine. Mais il faut bien savoir que l'aspidospermine du commerce renferme tous les alcaloïdes du quebracho. MM. Henri Huchard et Eloy ont expérimenté, chez l'homme, l'extrait et la teinture de quebracho; ils en ont obtenu peu de bons effets contre la dyspnée. ~~L'aspidospermine du commerce a paru~~ procurer un léger soulagement dans un cas de dyspnée cardiaque, et dans deux cas d'asthme. A la dose de 8 centigrammes, chez une éclamptique, elle aurait amené la cessation des accès convulsifs, mais on ne peut rien baser sur une seule observation. Les injections hypodermiques de sulfate d'aspidospermine à la dose de 8 à 10 centigrammes ont parfois, chez les typhoïdiques, procuré un abaissement thermique de quelques dixièmes de degré. En résumé, l'action des alcaloïdes du quebracho est peu nette chez l'homme, et bien moins marquée que chez les animaux; l'aspidospermine semble être le seul qui mérite une expérimentation plus complète.

M. *C. Paul* rappelle que le quebracho a été introduit en France, en 1878, pour le tannage des cuirs; il renferme, en effet, un tanin dont l'action est plus rapide que celui de l'écorce de chêne, mais qui a été cependant abandonné depuis lors, comme étant inférieur à celui du bois de châtaignier et surtout à celui du mimosa. M. C. Paul a tenté l'étude histologique des modifications subies par les éléments de la peau sous l'influence de ces tanins, mais il a dû y renoncer par suite des difficultés de pratique; toutes les lames s'émoussaient sur le cuir tanné, sans réussir à donner une coupe qui pût être utilisée pour les recherches microscopiques. Il a essayé le mimosa en injections uréthrales au déclin de la blennorrhagie, et en a retiré quelques bons effets; il l'a abandonné lorsqu'il a reconnu la supériorité du traitement par les injections chaudes d'une solution de sublimé.

M. *Henri Huchard* ajoute que le quebracho, par suite de sa richesse en tanin, est employé, dans la République argentine, contre les accidents diarrhéiques.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente un échantillon du *Lycopodium saururus*, ou *piligan* de la République argentine, plante qui a la réputation de posséder une action émeto-cathartique. MM. Bardet et Adrian ont extrait de ce lycopode un alcaloïde, la *piliganine*, qui est très toxique: 1 centigramme suffit pour tuer une grenouille, et 5 centigrammes pour tuer un chien. M. Capdeville a étudié l'action physiologique de cette plante dans sa thèse inaugurale; il a expérimenté l'extrait alcoolique et l'extrait aqueux du *Lycopodium saururus*. Il a reconnu que l'extrait alcoolique, qui dissout les principes résineux, purge à la dose de 10 à 20 centigrammes. L'extrait aqueux renferme la piliganine et détermine les vomissements. En résumé, comme émeto-cathartique ce produit n'offre aucun avantage, et, d'autre part, il présente des dangers par suite de sa toxicité; il faut donc renoncer à l'employer en thérapeutique.

— M. *Campardon* donne lecture de son rapport, fait au nom de la Commission, sur la candidature du docteur Giuseppe Canettoli et conclut à l'inscription sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande la parole pour combattre une assertion qui se trouve émise dans l'un des mémoires présentés par M. Canettoli à l'appui de sa candidature. L'auteur a dit que la rage se montre parfois spontanément chez le chien: or M. Dujardin-Beaumetz ne veut pas laisser passer cette erreur, qui a donné lieu, plus d'une fois, à de fausses interprétations. Cette opinion a été soutenue à diverses époques, mais elle est inexacte; il est bien démontré aujourd'hui que le chien ne devient pas spontanément enragé alors même qu'il est privé de l'accouplement. Un chien ne peut devenir enragé que lorsqu'il est mordu ou inoculé par un autre chien atteint de rage. Il résulte de là que, si l'on arrivait à supprimer la possibilité des morsures entre chiens, on supprimerait la rage. Ce résultat a été presque complètement obtenu à Berlin par l'obligation de l'usage de la muselière, et par une surveillance des plus rigoureuses. — L'auteur a dit encore dans un autre passage qu'il est des pays où la rage n'existe pas; ce fait est parfaitement exact. Il s'agit de pays isolés, où l'on n'a jamais importé de chien enragé; ce qui démontre encore que la rage ne peut éclore spontanément. On a prétendu que la rage est inconnue à Constantinople malgré le grand nombre de chiens vivant en liberté dans cette ville. Mais il y a là des conditions toutes particulières tenant aux habitudes si curieuses et bien connues des chiens de Constantinople: on sait qu'ils se cantonnent d'eux-mêmes par quartiers, défendant l'entrée de leur territoire aux chiens étrangers, ou à ceux des quartiers voisins: tout intrus est immédiatement dévoré. Il résulte de là que la rage n'a pu être importée par les chiens amenés des autres pays, car ceux-ci ne circulent que sous la protection de leur maître, et ne peuvent jamais sortir seuls; aussi, lorsque quelque chien appartenant à un particulier devient malade, on s'en aperçoit immédiatement, ce chien ne quittant jamais ses maîtres: on le surveille aussitôt et on l'abat si la rage semble probable. Ce fait s'est produit plusieurs fois. A Paris, les chiens peuvent se diviser en trois catégories: le chien du propriétaire, qui sort avec son maître, est surveillé de près s'il a été mordu, et est mis à mort au moindre signe de rage. Puis le chien demi errant, appartenant au boutiquier, vaguant en liberté tout le jour; il peut être mordu sans que personne en soit informé: il quitte la maison dès que la rage éclate et va répandre la maladie en mordant les autres chiens. Enfin, le chien errant, tout aussi dangereux, sinon davantage. Pour éteindre la rage chez le chien, il faudrait pouvoir supprimer ces deux dernières catégories; mais les règlements manquent, et aussi une autorité capable de les faire respecter.

Nous possédons heureusement aujourd'hui un remède presque infaillible dans les inoculations de Pasteur. On peut apprécier la valeur prophylactique de la méthode par une simple étude de statistique. On a relevé, l'an dernier, 20 cas de rage humaine pour le département de la Seine; cette année,

dans les six premiers mois il ne s'est produit qu'un seul cas, sur près de trois millions d'individus, et ce cas est relatif à un individu non inoculé, après morsure, par Pasteur. A Londres, on a enregistré 19 à 20 cas l'an dernier, et 8 cas déjà, depuis six mois, cette année. Puisqu'on n'a pris à Paris, cette année, aucune mesure prophylactique nouvelle à l'égard des chiens, à quoi peut-on attribuer cette diminution considérable des cas de rage humaine, sinon au traitement préventif découvert par Pasteur?

— La Société s'ajourne au mercredi 13 octobre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

L'origine bovine de la scarlatine. — Dans le n° 25 de la *Gazette*, l'attention de nos lecteurs a déjà été attirée sur les curieux faits de transmission de la scarlatine par le lait de la vache à l'homme. Un premier rapport sur ces faits a été rédigé par Power; il se trouve inséré *in extenso* dans le numéro de juillet du *Practitioner;* nous ne l'analyserons pas, les faits qu'il renferme étant connus des lecteurs par l'article déjà publié dans la *Gazette.*

La *Lancet* du 10 juillet, en revanche, nous donne l'analyse d'un nouveau rapport de M. Klein et rédigé à un point de vue différent de celui de M. Power. M. Klein s'est donné pour tâche d'établir expérimentalement la contagion de la maladie bovine incriminée comme étant le point de départ de la scarlatine chez l'homme, et de reconnaître quel rôle elle joue vis-à-vis de la scarlatine. M. Klein reconnut tout d'abord sur les vaches de la ferme de Hendon le caractère signalé par Power, c'est-à-dire la chute des poils par places; de plus, il trouva sur le pis des vaches des vésicules et des ulcérations qui lui fournirent le virus nécessaire à ses expériences. Il s'en servit pour faire des inoculations sur des veaux et il obtint chez eux une maladie semblable à celle des vaches de Hendon; la contagiosité de cette maladie se trouve donc établie. Le virus fut ensuite soumis à la culture dans de la gélatine et dans d'autres milieux de culture, et l'on obtint des micrococcus qui se comportèrent comme le streptococcus du piétin (*foot-and-mouth disease*), mais différant de celui-ci par leur action sur le lait qu'ils coagulent, tandis que le streptococcus n'altère pas sa fluidité. Enfin, M. Klein inocula à deux veaux le micro-organisme obtenu par une troisième culture dans l'agar-agar. Le premier mourut au bout de vingt-sept jours. A l'autopsie, on trouva les reins hypertrophiés et très congestionnés, le foie hypérémié, de même que le pharynx et les organes voisins. Le second veau fut mis à mort neuf jours après; il présentait les mêmes lésions que le premier, et de plus la lésion cutanée caractéristique. Au microscope, M. Klein constata que l'éruption présente exactement les mêmes caractères anatomiques que dans la scarlatine chez l'homme: mêmes lésions des viscères; des coupes faites dans un rein de veau inoculé furent reconnues identiques à celles pratiquées sur le rein d'un individu mort de scarlatine.

M. Klein pensa avec raison que le lait ne devait pas renfermer de micro-organisme, mais que ce liquide s'infectait au moment de traire la vache, dont le pis est ulcéré; de plus, le lait étant un excellent milieu de culture pour le streptococcus caractéristique, on conçoit la facilité avec laquelle la maladie peut se transmettre à l'homme. Les expériences sont cependant incomplètes encore, aucun essai n'ayant été fait relativement à la transmission aux veaux par les aliments. Néanmoins, les résultats acquis sont d'une haute importance, et le problème de l'origine de la scarlatine chez l'homme n'est peut-être pas éloigné de sa solution.

L'état présent de la question du choléra, par M. Max von Pettenkofer. — Le journal *The Lancet* a eu la bonne fortune de recevoir communication d'un extrait ou plutôt d'un livre de Pettenkoffer sur le choléra, actuellement sous presse, et dans lequel l'éminent auteur allemand tient compte des travaux des deux conférences de Berlin, de la conférence de Londres en 1885, du congrès sanitaire de Rome en 1885, des discussions de l'Académie de médecine de Paris de 1883 à 1885.

Les grandes divisions du livre portent les titres suivants: *Autochtonistes, Contagionnistes, Théories bactériologiques du choléra, Localistes* et *Mesures prophylactiques*. L'analyse du livre, faite par M. H. Koplik, ne se prête pas à une nouvelle analyse et nous renvoyons le lecteur à l'article original publié dans *The Lancet*, numéros des 3 et 10 juillet 1886.

Toux réflexe d'origine nasale, par M. E. Cresswell Baber. — L'auteur se base sur six observations dont il donne le détail pour établir les conclusions suivantes:

1° La toux réflexe d'origine nasale ne se produit qu'exceptionnellement lorsqu'on irrite la partie inférieure du cornet inférieur et moyen et le tubercule de la cloison;

2° Chez les enfants, il est assez fréquent de voir l'excitation de l'extrémité antérieure du cornet inférieur provoquer une légère toux spasmodique;

3° La toux réflexe peut se produire sans érection du tissu caverneux du nez et peut affecter un caractère intermittent;

4° La toux réflexe d'origine nasale et l'éternuement sont deux actes de même nature, traduisant probablement un degré différent d'excitation du même organe. (*The Practitioner*, juillet 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Climatothérapie, par M. le docteur H. Weber, traduit de l'allemand par MM. les docteurs Doyon et Spillmann. — Paris, F. Alcan.

Le climat est l'ensemble des influences exercées par l'air, le sol et l'eau d'une contrée sur la vie des êtres organisés. Par le fait même de cette définition il y a une science qui étudie ces influences sur les maladies ou les dispositions morbides des individus. C'est la climatothérapie. La France, si riche en stations hivernales et en établissements thermaux, offre en outre aux malades une foule de localités qui n'ont pas été suffisamment étudiées et qui conviendraient aux personnes délicates, affaiblies, aux enfants faibles, scrofuleux, rachitiques. Les régions du centre en particulier, les différents versants de nos montagnes, certaines plages seraient d'excellents *sanitoria*. On s'en occupe peu et il y a intérêt à vulgariser les notions de climatologie dont on trouverait facilement les applications.

Le livre de M. H. Weber est, sous ce rapport, bon à consulter. Il est divisé en trois parties. La première traite des éléments ou facteurs des climats: atmosphère, chaleur, humidité, lumière, conditions de densité, de pression, d'électricité. Peu de données nouvelles et de vues personnelles; mais un résumé assez complet de ce qu'on connaît sur la matière.

La seconde partie, qui comprend les trois quarts de l'ouvrage, traite des climats en général. Écartant les divisions admises dans l'étude des climats, l'auteur les divise en deux groupes: climats des îles, des côtes et climats maritimes; climats intérieurs ou continentaux.

Cette division, toute géographique, ne peut évidemment être adoptée qu'à la condition de subir une foule de subdivisions et ne vaut certainement pas, au point de vue médical, la division de Michel Lévy, qui distingue les climats en trois grandes zones: torride, tempérée, froide, division bien plus adaptée aux applications médicales.

Quoi qu'il en soit, l'auteur énumère dans cette partie de l'ouvrage toutes les stations du monde ou plutôt toutes les villes connues, depuis les rivages méditerranéens, jusqu'aux côtes de

l'Afrique du Sud et de l'Australie. On ne sait pourquoi l'Amérique a été relativement négligée dans cette longue et fatigante énumération, qui aurait pu être considérablement abrégée.

La dernière partie doit traiter du mode d'emploi des sanatoria dans le traitement curatif et préservatif des différents états morbides. Cette partie est singulièrement écourtée. L'auteur se borne à étudier, au point de vue des indications, le catarrhe des bronches, la phthisie, la scrofulose et l'arthritisme. Le lecteur éprouve une sorte de désillusion en constatant que vingt-sept pages sont consacrées à cette étude, la plus importante de l'ouvrage, celle à laquelle les deux autres ne servent que de préparation, tandis que la seconde partie absorbe à elle seule plus de deux cents pages.

C'est donc de ce côté une étude à reprendre et qui ne peut manquer d'être complétée. Il y aura tout avantage à résumer, à l'aide d'une meilleure classification, les caractères généraux des principales stations fréquentées, en insistant sur les plus importantes et en signalant celles qui sont peu connues et qui paraîtraient répondre à des indications particulières.

On doit, quoi qu'il en soit, savoir gré à l'auteur des nombreux matériaux qu'il a accumulés pour ses successeurs, et aux traducteurs qui nous ont fait connaître ses recherches.

La peur, étude psycho-physiologique, par M. A. Mosso, professeur à l'Université de Turin, traduit de l'italien par M. F. Hément. Paris, Alcan, 1886.

La circulation du sang est l'étude de prédilection de M. Mosso. L'agitation du cœur, la pâleur et la rougeur qui semblent être les signes les plus apparents de la peur, ont naturellement attiré son attention. Il a été ainsi conduit à écrire une monographie de la peur, que M. F. Hément a eu l'heureuse idée de traduire en français. Outre les effets de la peur qui se traduisent par des troubles de la circulation centrale ou périphérique, M. Mosso y étudie le tremblement, les expressions de la face, les songes effrayants, les maladies produites par la peur, etc.; chemin faisant il fait à Darwin et à H. Spencer de très judicieuses critiques relatives à leur théorie sur l'expression des émotions. La peur, selon M. Mosso, bien loin de constituer un avantage dans la lutte pour l'existence, est une maladie, qu'il faut prévenir, si l'on peut, et soigner quand elle est déclarée.

Outre l'intérêt propre du sujet, outre la valeur très réelle des observations et des théories de l'auteur, cet ouvrage a une qualité qu'il est rare de rencontrer dans les ouvrages des savants étrangers: il est éloquent et amusant; profitant de ce qu'il fait une œuvre de vulgarisation qui s'adresse au public instruit et curieux comme aux savants, M. Mosso a laissé libre cours à sa verve descriptive; il s'est plu à raconter un très grand nombre d'anecdotes et à décrire avec une exubérance tout italienne les émotions qu'il a ressenties dans le cours de ses travaux. Aussi la lecture de ce petit volume est-elle singulièrement attachante; il est difficile de le quitter quand on l'a commencé, et il est impossible de l'oublier quand on en a terminé la lecture.

V. E.

VARIÉTÉS

Distinction honorifique. — Le Sénat et l'Académie d'Edimbourg viennent de conférer le diplôme de docteur honoraire à M. le professeur Tarnier, en raison des « grands services qu'il a rendus à la science et à l'humanité par l'introduction en obstétrique de l'antisepsie, par l'invention d'une couveuse, la découverte de nouvelles méthodes pour diminuer la mortalité des enfants, et par-dessus tout par les progrès considérables qu'il a réalisés dans la construction du forceps ».

Concours des prix de l'internat. — Le jury du concours des prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris se compose de MM. les docteurs Balzer, Legroux, Merklen, Brun, Lannelongue, Terrier et Tarnier.

Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de Paris. — Jeudi dernier, 12 août, a eu lieu à la Salpêtrière, la distribution des prix aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et infirmières et la remise des diplômes aux élèves des trois Ecoles de la Pitié, de Bicêtre et de la Salpêtrière, sous la présidence de M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique; auprès de M. Peyron, on remarquait la présence de MM. les docteurs Regnard, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur; Bourneville, député, et de plusieurs directeurs d'hospices. Après une allocution du président, dans laquelle il a recommandé principalement aux infirmiers et infirmières l'égalité et la douceur de caractère envers les malades, M. Bourneville a prononcé un discours au cours duquel, tout en accordant des éloges aux élèves de l'Ecole et à l'institution, il a fait quelques réserves en ce qui concerne particulièrement les mutations trop nombreuses, qui désorganisent le personnel, le service de nuit encore mal organisé, et la revaccination, à laquelle les infirmiers ne se soumettent pas volontiers, malgré les exemples encore récents de plusieurs de leurs camarades emportés par la variole. M. Bourneville a, en outre, constaté que les principaux hôpitaux actuellement « laïcisés », à Paris, sont : Laennec (1878), la Pitié (1880), les Ménages (1880) La Rochefoucauld (1881), Saint-Antoine (1881), Lourcine et Tenon (1882), Ivry et Cochin (1885), Necker, Enfants-Malades (1886). La cérémonie s'est terminée par la distribution des récompenses, consistant en ouvrages, livrets de caisses d'épargne, trousses et diplômes.

Choléra. — L'épidémie cholérique continue à sévir avec une certaine intensité en Italie et dans le sud de l'Autriche. On constate encore de nombreux cas de choléra dans la province de Brindisi, notamment à Francavilla (12 à 15 décès par jour), à Latiano (8 à 10), à Brindisi (6 à 8), etc. On en signale quelques-uns à Naples, Milan et dans la Vénétie. A Trieste et à Fiume, la mortalité cholérique est de 3 à 5 en moyenne chaque jour pour chacune de ces villes. Le gouvernement autrichien a dû prescrire aux autorités des provinces contaminées d'interdire les processions, les foires, et, en général, toutes les fêtes qui provoquent des rassemblements populaires.

Femmes-médecins en Prusse. — Le ministre de l'instruction publique vient de prendre une décision en vertu de laquelle les femmes ne pourront être admises ni comme étudiantes, ni comme auditrices, dans aucune des Universités prussiennes.

Cours des vacances. — M. Landouzy, agrégé, suppléant, pendant les vacances, M. le professeur Hardy, à la Charité, commencera le mardi 24 août, à dix heures, des leçons cliniques qu'il continuera les samedis et mardis suivants. Visite tous les jours à neuf heures.

Nécrologie. — On annonce le décès de M. le docteur George Busk, ancien professeur d'anatomie et de physiologie comparées au Collège royal des chirurgiens de Londres; de M. le docteur Robert Fowler, l'un des représentants de la cité de Londres au conseil métropolitain des hôpitaux; de M. le docteur Purdon (de Dublin).

Mortalité a Paris (32e semaine, du 8 au 14 août 1886. — Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 0. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 15. — Choléra, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 34. — Phthisie pulmonaire, 106. — Autres tuberculoses, 32. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchite aiguë, 22. — Broncho-pneumonie, 29. — Pneumonie, 23. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 103; au sein et mixte, 38; inconnu, 16. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83; de l'appareil circulatoire, 44; de l'appareil respiratoire, 49; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 0; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 20. — Total : 970.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

6545. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE N° 35 27 AOUT 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Extraction d'une fourchette par la taille stomacale. — Mécanisme du saut.

Il paraît à peu près certain que le bateleur auquel M. Polaillon vient d'extraire si habilement, par la taille stomacale, une fourchette en fer, sera promptement guéri, et ce nouveau cas de corps étranger retiré des viscères abdominaux fera grand honneur à la fois à l'opérateur et à la méthode qu'il a employée. L'Académie a été vivement frappée de la facilité du manuel opératoire imaginé par M. Polaillon, et de l'immense service que l'antisepsie a permis de rendre en cette circonstance. Rentrer l'estomac que l'on vient d'ouvrir, après l'avoir fermé par une suture perdue, eût semblé, il n'y a pas longtemps, un acte opératoire non seulement téméraire, mais coupable; tout porte à croire aujourd'hui que cette tentative sera suivie d'un éclatant succès. D'autre part, les moyens d'exploration que M. Trouvé, avec son ingéniosité bien connue d'électricien, a pu mettre, pour ce malade, à la disposition de M. Polaillon, sont une nouvelle preuve des ressources que la médecine et la chirurgie savent emprunter aux sciences physiques. Il reste à savoir si le procédé d'extraction par les voies naturelles d'un corps en fer tombé dans l'estomac, à l'aide d'un puissant électro-aimant, comme le propose M. Trouvé pour des cas analogues, donnerait des résultats meilleurs que ceux obtenus par la taille de l'organe, pratiquée à l'aide du nouveau manuel opératoire et de l'antisepsie ; il ne paraît pas douteux, en tout cas, que la contraction du cardia puisse être assez diminuée, grâce à la distension préalable de l'estomac par des liquides ou des gaz, pour laisser momentanément libre cette partie du trajet que devrait faire le corps étranger dans la direction de la bouche.

M. Giraud-Teulon a de nouveau engagé la lutte qu'il soutient depuis longtemps avec M. Marey sur les difficiles problèmes de la physiologie de la locomotion. Il s'agit cette fois du mécanisme du saut, pour lequel les deux savants physiologistes sont encore loin de se trouver d'accord. La dialectique serrée et précise, l'étendue des connaissances scientifiques de M. Giraud-Teulon, aussi bien que les ressources expérimentales et la compétence autorisée de M. Marey, marquent chaque reprise de ces débats d'une nouvelle conquête pour la science.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Vie moyenne des médecins à Essling pendant quatre siècles. — Statistique sanitaire de la marine allemande. — Le charlatanisme devant les Sociétés médicales. — Le Conseil sanitaire de Karlsruhe à propos d'un remède secret. — Une dramatique affaire. — Les détails d'un attentat contre un médecin par un aliéné donnés à l'avance.

De toutes les statistiques de notre époque, une des plus curieuses est probablement celle que vient de publier, dans le journal de la Société de médecine wurtembergeoise, le docteur Salzmann (d'Essling); cet ingénieux praticien a su allier deux choses qui semblent s'exclure : les recherches historiques et le calcul arithmétique. En cherchant dans les archives de la ville ce qui concerne les médecins, dans le cours des trois derniers siècles, il est arrivé aux résultats suivants :

La moyenne de leur vie, au seizième siècle, était 36 ans 5; au dix-septième, 45 ans 8; au dix-huitième, 51 ans 8. A notre époque, les médecins wurtembergeois vivent en moyenne 56 ans 7. Il paraît que l'élévation tient à la disparition de la peste et à la diminution des épidémies de typhus exanthématique. On est porté, de nos jours, à condamner la pusillanimité des médecins des siècles antérieurs; le costume isolant, recommandé par Bartholin, ne nous représente plus qu'une caricature grotesque. Ces frayeurs s'expliquent facilement si l'on tient compte de la mortalité épouvantable de chaque épidémie. La peste noire du quatorzième siècle décima les praticiens du temps ; Guy de Chauliac en fut atteint deux fois et survécut; Chalin de Vinario succomba. La superstition, l'ignorance, les pratiques irrationnelles faisaient peut-être autant de victimes que la maladie elle-même. On regardait le vin comme un préser-

— On trouvera plus loin le compte rendu analytique, et groupé par ordre de matières, des principaux travaux communiqués à la section des sciences médicales du Congrès de Nancy.

HISTOIRE MÉDICALE

La dengue et la maladie de Périnthe.

(Fin. — Voyez le numéro 32.)

Les observations ci-dessous tirées du quatrième livre des *Epidémies*, § 25, sont rapportées par Littré à la maladie de Périnthe. « Les deux frères, parents de Cécrops, qui eurent au début des *déjections noires*, *ressemblant un peu à de la lie, à de la substance de boudin*, devinrent, après des selles écumeuses et foncées, d'*une teinte verdâtre*..... L'homme des mines..... chez lui le mal se porta au *genou gauche*, *récidive* (1)... Le fils de Téménès avait un peu de gêne dans la respiration, *étant de couleur verdâtre ; douleurs dans le dos et dans les bras.* »Un autre malade ictérique succomba. Les deux parents de Cécrops, le fils de Téménès et le malade ictérique non dénommé n'auraient-ils pas été atteints de cette dengue maligne observée par Charles dans l'Inde et caractérisée par des selles noires et une teinte sub-ictérique de la peau ?

« Une femme avorta au septième jour de sa maladie d'une enfant femelle de sept mois ; l'annonce de l'avortement parut le quatrième jour ; au début elle eut de la *douleur aux pieds;* la fièvre cessant, la gêne de la respiration, loin de se dissiper, augmenta ; *douleurs aux mains et aux bras;* la *récidive* la prit au bout d'un temps très long. » On a signalé assez souvent l'avortement chez les femmes enceintes atteintes de la dengue.

« La femme auprès de la sœur de Téménès fut jugée avec un frisson, la couleur jaune disparaissant ; *les bras et les épaules furent promptement saisis;* cela disparaissant aussi, douleurs de la tête et des *yeux ; les paupières supérieures se tuméfièrent; larmoiement;* je ne sais pas le reste ; elle fut jugée en premier le septième jour. » Nous notons ici la douleur des globes oculaires, la tuméfaction et le larmoiement si souvent observés pendant le cours de la dengue.

« Le foulon éprouvait de la douleur au *cou* et à la tête ; le septième jour, *le bras engourdi;* le neuvième jour, *la jambe engourdie, la toux cessa* » (*Epid.*, liv. IV, § 36).

« *Une toux sèche ne se dissipe pas sans une douleur intense, soit aux hanches, soit aux membres inférieurs, soit au testicule.* » Nous parlerons tout à l'heure des déterminations testiculaires de la dengue.

Le facies des malades atteints de la dengue est assez souvent caractéristique ; le visage est coloré plus ou moins vivement, quelquefois comme empourpré ; il est comme tuméfié (Mahé). Dans l'épidémie de l'Inde la rougeur débutait par la face. A la Réunion l'exanthème se marquait par une rougeur diffuse de la face et du cou rappelant l'érythème du coup de soleil ou bien l'érysipèle (Cotholendy, *Relation de l'épidémie de dengue* qui a régné à Saint-Denis (Réunion) en février, mars, avril et mai 1873, in *Arch. de méd. nav.*, t. XX, 1873, p. 190. Miorcec, *Etude sur la dengue*, d'après les travaux des médecins français et étrangers, thèse de Paris, 1876). La description générale du sixième livre des *Epidémies* ne mentionne ni l'exanthème, ni l'état du facies, mais on les retrouve en fouillant les observations particulières.

« S'il reste de la difficulté de respirer ou une toux sèche non causée par les vers, il faut s'attendre à un *dépôt sur les articulations;* la plupart de ces malades ont le *visage rouge*, même quand ils ont une complexion blanche » (*Epid.*, liv. VI, sect. 2, § 6).

Littré rattache à l'épiderme de Périnthe l'observation de la nièce de Téménès qui, atteinte de gêne dans la respiration eut, le onzième jour de sa maladie, un panaris du pouce droit. « Elle mourut, elle était aussi *très rouge* » (*Epid.*, liv. IV, § 86).

« Celui qui avait une plaie à la jambe et qui usa de la composition attique, eut une *éruption rouge et grande;* elle suppléa à la *récidive de la toux ;* en effet, il ne l'eut pas ; mais il avait eu de la toux au début » (*Epid.*, liv. IV, § 47).

« Les femmes qui, dans des fièvres avec nausées et frissons, ont la *face rouge*, éprouvent de la lassitude, des *douleurs dans les yeux*, de la pesanteur de tête, des *paralysies* » (*Epid.*, liv. II, sect. 3, § 1).

« Il y eut aussi des lichens qui se soulevèrent, comme chez la femme de Pythodore et le marchand, avec de la fièvre au début ; la femme de Pythodore eut presque une *impuissance des hanches* » (*Epid.*, liv. II, sect. 20).

« La femme dans le village de Boulagoras, ayant eu ses

(1) Les indigènes de l'Arabie appellent la dengue *mal des genoux*.

vatif, et les époques de mortalité étaient constamment signalées par des excès propres à débiliter les constitutions les plus robustes. Une sorte de manuel mnémotechnique destiné aux barbiers qui passaient leurs examens professionnels vers 1460, renferment deux vers rustiques qui rappellent le refrain attribué à tort ou à raison au franc buveur normand :

> Ne souffre jamais dans ta main
> Ton verre ni vide ni plein.

L'absence de mesures hygiéniques, l'abus d'un pareil moyen prophylactique étaient propres à tous points de vue à diminuer la longévité moyenne.

— Le compte rendu officiel de l'état sanitaire de la marine allemande enregistre des résultats jusqu'ici peu favorables à la politique coloniale de l'empire. Dans le cours des années 1884-85, le nombre des cas de malaria, dans l'armée de mer et le personnel des équipages de la flotte, a augmenté de 31,4 pour 1000. La plupart ont été constatés sur des marins croisant sur les côtes de l'Asie ou de l'Afrique. Il y a eu à bord 502 individus atteints de fièvres intermittentes ; 402 cas, parmi lesquels 7 décès, furent constatés dans les mers orientales de l'Asie ; 92 cas, avec 2 décès, sur la côte d'Afrique ; 5 dans l'océan Pacifique, et 3 dans la Méditerranée. C'est dans les stations de Singapour et de Shang-haï qu'on nota les accidents palustres les plus graves ; en Afrique, ils se développèrent à Cameron et aux environs ; les régions basses de la côte et les estuaires des fleuves ont été surtout pernicieux. En 1883-84, 155 hommes des escadres d'Asie avaient présenté des accidents palustres ; 651 ont été pris en 1884-85. Pendant cette dernière période, il y a eu 51 cas de dysentérie, dont 32 en Asie, 16 en Amérique. Dans le Pacifique, 8 individus ont été atteints du choléra, un seul est mort.

— Les Conseils d'hygiène, les Sociétés médicales de tous les pays essayent de réprimer et de limiter le charlatanisme ;

purgations, fut prise de fièvre ; ces malades deviennent *très rouges, celle-ci l'était beaucoup.* » Elle eut en outre beaucoup de larmoiement (*Epid.*, liv. IV, sect. 35).

On observe d'ailleurs des épidémies de dengue sans exanthème ou à exanthème très fugace (Sénégal, 1865 ; canal de Suez, 1871). Souvent la petitesse et la limitation des éruptions ne sont égalées que par leur durée, si brève qu'elle n'a été parfois que d'une demi-heure (Martialis, La *dengue*, d'après les documents anglais et les observations recueillies dans les possessions françaises de l'Inde, in *Arch. de méd. nav.*, t. XXI, 1874). On comprend que cette éruption, ayant lieu la nuit ou à d'autres moments, passe fréquemment inaperçue des malades et des médecins (Mahé, *loc. cit.*).

La toux est un symptôme rare de la dengue. A Périnthe, elle ouvrait la scène, pas toujours cependant, car il est dit au § 7 du sixième livre que parfois la fièvre précédait la toux. Elle n'était pas constante et ne constituait parfois qu'un symptôme sans importance ; ainsi le malade auprès duquel l'hippocratiste fut conduit par Cyniscus, était, selon Littré, atteint de la maladie de Périnthe et il ne toussait pas (*Epid.*, liv. IV, § 53). Une jeune fille atteinte de la maladie régnante, puisqu'elle fut paralysée, eut au début une toux courte et sans importance (*Epid.*, liv. II, sect. 2, § 8).

Les rechutes de la dengue sont tellement fréquentes qu'elles constituent une des caractéristiques de la maladie. A Périnthe, presque tous les malades eurent généralement, le quarantième jour à compter du début de la maladie, une rechute s'annonçant par une recrudescence de la toux. Dans les épidémies de dengue, on signale des rechutes le dixième, le vingtième et même le trentième jour à compter du début.

C'était presque toujours dans les rechutes que l'on observait à Périnthe les complications notées dans les épidémies de dengue.

A Amoy on observa des paralysies généralisées ou limitées à quelques groupes de muscles. En 1871, dans le district de Baroda (Inde anglaise), la dengue sévit sur les vaches et les chevaux ; elle paralysait temporairement les animaux d'une ou plusieurs jambes. Les paralysies furent fréquentes dans la maladie de Périnthe ; l'auteur hippocratique les mentionne expressément dans la description générale du sixième livre, et les observations particulières ne manquent pas. « Celle qui, à la suite d'une toux courte et sans importance, éprouva une paralysie du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, n'offrit aucune autre altération ; rien à la face, rien à l'intelligence, et encore la paralysie ne fut-elle pas intense ; cette femme commença à aller mieux vers le vingtième jour. Le mieux coïncida à peu près avec l'éruption des règles, qui apparaissaient alors pour la première fois peut-être, car c'était une jeune fille » (*Epid.*, liv. II, sect. 2, § 8). J'ai donné plus haut l'observation du foulon qui eut le bras et la jambe engourdis. On a lu aussi l'observation de paralysie des bras chez l'enfant qui tordait des sarments. Le fils d'Amyntas fut, comme cet enfant, paralysé des bras. « Ceux qui étaient ou cavaliers ou piétons eurent des paralysies dans les lombes, dans les cuisses... » (*Epid.*, liv. IV, § 50).

Dans la dernière épidémie de l'Inde sont signalées les complications du côté du pharynx. A Périnthe, la maladie se compliqua fréquemment d'angines qui entraînèrent plusieurs décès. A Guzerat, en 1824-25, les angines de la dengue étaient assez graves pour rendre la déglutition difficile (Twining, *Calcutta med. Trans.*, II, 13, 1885).

Des amauroses signalées pendant la convalescence de la dengue, on peut rapprocher les nyctalopies de Périnthe mentionnées dans la description générale du sixième livre ; l'auteur en avait déjà parlé au § 52 du livre IV des *Epidémies*. « Les nyctalopes, ceux qui urinèrent le plus, eurent dans la récidive quelque petite chose. »

Martialis et Morgan constatèrent quelques cas de ptyalisme devenant parfois abondant et dépendant de la stomatite qui ne serait elle-même, dans ces circonstances, que le résultat d'une sorte d'éruption intérieure. « A Périnthe, il y en eut qui avaient une dent cariée... Là se fixait une douleur et parfois il se formait tout autour une suppuration. »

Mellis, Aitken, Martialis citent quelques faits très rares d'engorgement des testicules, et nous lisons au § 7 du livre II des *Epidémies :* « Parfois aussi, crise sur les testicules à la suite de toux. »

On a cité des cas de surdité passagère consécutive au catarrhe guttural. Pendant l'épidémie de Périnthe, les complications du côté des oreilles se présentèrent quelquefois. « Quand le mal se porta sur les oreilles dans la toux, il survint de la fièvre, et le dépôt s'ouvrit vers le septième ou le huitième jour. La fille d'Eumyris eut de la fièvre, et il s'écoula de l'oreille une humeur purulente vers le huitième jour » (*Epid.*, liv. IV, § 52).

On a observé des accidents comateux chez des enfants atteints de dengue ; l'auteur hippocratique parle de femmes

---

c'est chose assez difficile ; il est en pleine floraison dans les contrées où la loi prévoit l'exercice illégal de la médecine et le frappe. Découvrir le délit est chose aussi difficile que de le définir. Supposons que le Code, plus explicite, renferme en toutes lettres le mot charlatanisme, les juges ne seront pas plus avancés. Ou l'expression ne signifie rien, ou elle implique une intention dolosive. Celui qui vend du suif vulgaire comme une pommade infaillible est un escroc qui trompe sciemment le public ; mais s'il s'agit d'un pauvre hère sans malice, qui croit aux vertus de la graisse d'ours et de la cervelle de lièvre — Pline et Galien y croyaient — le cas n'est plus le même : le charlatan cesse d'être un industriel sans scrupule, c'est un philanthrope, un apôtre d'autant plus dangereux qu'il est convaincu lui-même. A quel criterium reconnaître la bonne foi? On peut dire qu'il n'existe pas d'éléments de distinction suffisants pour permettre au législateur de viser un délit. C'est là l'écueil auquel se sont heurtées et se heurteront toujours les lois répressives. Sans doute, il y a des réclames tellement outrecuidantes, des tromperies si audacieuses qu'elles excitent le mépris et l'indignation. Ce sont là des sentiments honorables ; mais toute disposition légale basée sur des sentiments est mauvaise et fausse parce qu'ils sont passagers et presque instinctifs. Le charlatanisme est donc un délit, mais un délit qu'on ne peut atteindre. Doit-on, pour le laisser librement s'épanouir au grand jour, attendre sa disparition du progrès et du sens commun? Beaucoup le croient. D'autres, au contraire, pensent que, sans recourir au Code pénal, il faut l'enrayer, signaler au public le fil blanc qui coud les malices de tous les pipeurs de fonds s'adressant à lui. C'est l'opinion du Conseil de santé de Carlsruhe. Sitôt qu'une réclame apparaît dans le pays où s'étendent ses attributions, il en prend note, la discute, examine le produit qu'elle vante, et crie gare au public. Ses avertissements sont judicieux. En voici un spécimen : Un certain J. C. N... recommande dans les annonces des journaux un moyen infaillible pour guérir les dartres et

atteintes d'éruptions miliaires, de teinte rouge de la face et d'accidents comateux ; aucune d'elles ne succomba.

A titre de reliquats de la dengue, on peut citer les éruptions furonculeuses, les abcès et, en général, cette tendance à faire du pus après les fièvres exanthématiques (Mahé). « Chez les enfants, ventres dérangés et toux sèche ; quelquefois il survenait des suppurations à l'épaule dans les toux de récidive » (*Epid.*, liv. IV, § 36).

Les personnes affaiblies ou valétudinaires, mais surtout les enfants et les vieillards, voilà ce qui compose ordinairement la part de la léthalité dans la dengue. «A Périnthe, au printemps, la plupart des phthisiques allèrent mal ; ce qui y aida, ce fut une toux qui régna épidémiquement pendant l'hiver ; il en fut de même pour les autres affections chroniques, elles devinrent confirmées chez ceux où elles étaient mal caractérisées » (*Epid.*, liv. VI, sect. 2, § 10).

On a observé la péricardite comme complication de la dengue ; voici une observation qui nous paraît relative à un cas de péricardite et que Littré rattache à l'épidémie de Périnthe ; mais peut-être s'agit-il ici d'une péricardite rhumatismale.

« La femme de Polémarque atteinte d'angine fébrile présenta, vers le cinquième jour, de la douleur et du gonflement au genou gauche ; il lui semblait, disait-elle, que quelque chose s'amassait sur son cœur, elle respirait comme respirent les plongeurs sortant de l'eau... ; elle mourut » (*Epid.*, liv. VII, § 28).

Les épidémies de dengue sont presque toujours des pandémies. C'est par millions qu'il faut compter les individus qui en furent frappés dans l'Hindoustan en 1872. L'épidémie de la Réunion parcourut l'île en trois mois, et pour citer quelques chiffres, Cotholendy nous apprend qu'à Saint-Denis, sur 35 000 habitants, 20 000 eurent la dengue ; sur 509 soldats, 320 ; sur 11 médecins de la marine, 9 furent atteints. Il en fut de même en Cochinchine et en Chine dans les localités visitées. Il en a été ainsi tout récemment dans la Basse-Égypte. L'auteur hippocratique ne dit rien du chiffre des malades à Périnthe ; mais il a dû être considérable, car on trouve citées par leurs noms quelques personnes qui probablement échappèrent à la maladie. « Apémante et le père du charpentier, celui qui eut une fracture du crâne, et Nicostrate, ne toussèrent pas » (*Epid.*, liv. IV, sect. 2, § 59).

Résumons rapidement les dissemblances et les analogies de la dengue et de la malaladie de Périnthe.

Périnthe était situé sur la Propontide (mer de Marmara), non loin et un peu à l'ouest de Byzance et sur le même rivage. La dengue est remontée dans la région méditerranéenne jusqu'à Malte et Gozzo, dont la latitude ne diffère guère que d'un degré de la latitude de l'ancienne Périnthe.

La dengue aime les centres populeux ; Périnthe était une des principales villes de l'ancienne Thrace.

La maladie de Périnthe commença en hiver ; la dengue est une maladie de l'été et de l'automne, mais il y a des exceptions.

Les bronchites sont rares dans la dengue, mais certaines épidémies ont été accompagnées de catarrhe bronchique. La toux était de règle à Périnthe, tantôt comme phénomène initial, tantôt apparaissant après le début de la fièvre ; elle était parfois sans importance et pouvait même manquer.

Les douleurs articulaires et musculaires constituent le symptôme le plus saillant et le plus pénible de la dengue ; l'auteur hippocratique mentionne expressément dans la maladie de Périnthe la douleur et la lassitude dans les membres, les déterminations articulaires, et, dans un cas, des douleurs cruelles.

L'exanthème de la dengue est très fréquent, mais non constant ; à Périnthe, on note expressément l'exanthème chez quatre ou cinq malades ainsi que la tuméfaction des paupières, les douleurs oculaires et le larmoiement signalés aussi dans la dengue.

Une des caractéristiques de la dengue c'est la fréquence de ses récidives ; à Périnthe, elles étaient à peu près constantes et s'annonçaient par une recrudescence de toux.

C'était à la récidive qu'apparaissaient presque toujours les complications, paralysies généralisées ou affectant seulement un ou plusieurs groupes de muscles, amauroses, stomatites, angines, otites, orchites, abcès, aggravation des maladies chroniques, toutes complications qui s'observent dans la dengue.

La récidive de la dengue peut se faire plus de trente jours après le début ; à Périnthe, on ne la voyait guère avant le quarantième jour.

La dengue est d'une extrême bénignité ; la maladie de Périnthe semble avoir eu quelque gravité résultant surtout des angines de la récidive ; mais nous savons que la dengue est souvent mortelle pour les vieillards et les débilités ; l'auteur hippocratique ne donne pas l'âge des malades qui succombèrent ; plusieurs *femmes esclaves* moururent.

La dengue est contagieuse et transmissible ; le médecin qui observait à Périnthe est muet sur la contagiosité de la mala-

---

toutes les maladies de la peau, moyen découvert, dit-on, par le docteur Wildermann. A un malade qui en avait demandé une dose, N... en envoya deux avec la lettre suivante : « En réponse à votre honorée du ....., je vous adresse le spécifique antidartreux du docteur Wildermann. Comme vous souffrez depuis longtemps de la maladie en question, il est nécessaire que vous fassiez une cure complète sans interruption avec mon produit. Une dose ne suffit pas, je vous en adresse deux, afin que vous puissiez entreprendre un traitement convenable, lequel ne présente naturellement aucun inconvénient. Sans nul doute la guérison sera plus ou moins rapide, d'après la gravité de la maladie ; j'espère que, quand même elle ne serait pas immédiatement parfaite, vous voudrez bien continuer l'usage de mon médicament. Il peut arriver qu'il détermine une éruption comme vous n'en avez pas eu encore ; ne vous effrayez pas, cela démontre l'activité du remède ; il est composé d'ingrédients inoffensifs et absolument inoffensif lui-même. Il nous sera agréable de recevoir de vos nouvelles à la suite d'un traitement de huit à dix jours. »

Cette sollicitude est vraiment touchante, surtout lorsqu'il s'agit non d'un prospectus imprimé, mais d'une missive individuelle. Il y a gros à parier que le fabricant est convaincu. Il n'a, malgré cela, pas trouvé grâce devant le tribunal sanitaire de Karlsruhe. Le médicament comprend un paquet ou plutôt des paquets pour tisane, et un emplâtre. Les paquets se composent de fleurs de camomille, de mauve, d'oranger, de châtaignier, de sené, le gaïac, de santal, de racines de chiendent, de bois de sassafras, de roseau, de fenouil, etc. ; l'emplâtre, de graisse, de cire, d'essence de térébenthine, etc. C'est assez dire que le prétendu spécifique est un mélange de hasard, dont l'emploi n'est fondé sur aucune donnée sérieuse. Cet avertissement sauvegardera-t-il les intérêts du public ? Il n'est nullement démontré que cette énumération d'herbes de la Saint-Jean ne soit point pour lui une recommandation. Dans ce cas, il

die, et cela est tout naturel, puisque le dogme de la contagion ne date que du seizième siècle; avant cette époque la croyance à la transmissibilité des maladies résidait beaucoup plus dans les idées populaires que dans les dogmes médicaux.

Si la maladie de Périnthe n'a pas été une dengue à forme catarrhale, je crois qu'il est difficile de ne pas reconnaître qu'il y a entre les deux affections de grandes analogies. Mahé fait très bien remarquer que, si la dengue paraît avoir pris une grande extension depuis un quart de siècle et surtout de 1871 à 1880, il ne faut pas oublier qu'il en a été de cette maladie comme de tant d'autres qui ne sont devenues en apparence plus fréquentes que parce qu'elles sont plus connues et moins passées sous silence qu'à l'époque où l'on n'était pas fixé sur leurs caractères et leur individualité pathologique. L'histoire de la dengue a pu d'autant plus facilement subir ces péripéties, que ses épidémies n'ont jamais été meurtrières et qu'elle a pu passer ainsi inaperçue au milieu des autres fléaux épidémiques dont la gravité frappait de préférence l'attention des épidémiologistes. Elle est sans doute méconnue de nos jours dans maints endroits où elle règne. On n'est donc pas fondé à regarder la dengue comme une maladie nouvelle, par cette seule raison qu'elle n'était ni décrite ni connue avant le dix-huitième siècle.

Henri Favier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude des sillons congénitaux et des amputations spontanées, par M. le docteur Jeannel, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse.

A M. le docteur P. Reclus

Vous vous êtes occupé des amputations congénitales, vous les avez étudiées comparativement avec l'aïnhum; le premier vous avez pratiqué une opération d'extirpation d'une bride congénitale, enserrant la jambe d'un enfant, à la façon d'une ligature, et la menaçant d'une section complète. Vous avez vu là une amputation, dite congénitale, en évolution et votre opération a eu plein succès; l'enfant, que vous avez présenté à la Société de chirurgie le 20 janvier 1886, en a suffisamment témoigné.

Votre compétence en la matière est donc bien établie, c'est pourquoi je vous demande la permission de vous adresser une observation nouvelle où, chez un garçon de quatre mois, porteur d'une bride congénitale autour de la jambe gauche, il existait en outre toute une série de malformations, à savoir : amputations congénitales des orteils de la même jambe, double pied bot, syndactylie acquise et atrophie des doigts du pied de la jambe droite et des deux mains, absence des pariétaux, atrophie du pied gauche et du segment de la jambe gauche inférieur à la bride; enfin deuxième bride sur la même jambe, au niveau de la jarretière, mais celle-ci à peine dessinée.

Suivant votre exemple, j'ai excisé la bride principale et tout m'annonçait le succès thérapeutique de mon intervention, le pied atrophié avait déjà positivement gagné du volume, lorsqu'un malheureux érysipèle a emporté l'enfant.

Mais voici d'abord l'observation complète:

Observation. — Le 8 mai 1886, je reçois dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, un enfant de quatre mois, qui m'est envoyé par M. le docteur Jougla. C'est un garçon vigoureux, bien nourri, mais porteur de malformations multiples tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. C'est le sixième enfant d'une mère alcoolique avérée; néanmoins les cinq frères ou sœurs aînés sont sains, sauf le dernier, je veux dire le cinquième, qui boite de la jambe droite. D'ailleurs le père ni la mère, ni leurs ascendants, n'accusent aucun vice de conformation.

Chez l'enfant en question, aux membres supérieurs, les malformations portent exclusivement sur les doigts des deux mains. Ce sont: 1° à la main gauche, une amputation spontanée, avec cicatrice bien nette et bien centrale, du cinquième doigt au-dessus de la première phalange, une atrophie pure et simple des quatrième et troisième doigts, réduits à l'état de petits bourgeons de 1 centimètre de long, au sommet desquels on voit une trace d'ongle; une syndactylie supérieure de ces deux derniers doigts; une épingle traverse facilement l'intervalle interdigital, en passant par un trajet très bien épidermisé; 2° à la main droite, une atrophie pure et simple des deuxième, troisième et quatrième doigts, réduits à l'état de bourgeons d'environ 1 centimètre de longueur, et syndactylés à leurs extrémités; ces trois doigts portent des traces d'ongle. Sur la face dorsale et au milieu du deuxième doigt, on voit une petite verrue pédiculée. Les autres doigts sont sains. Aux membres inférieurs, les malformations portent sur les deux pieds et sur la jambe gauche. Les deux pieds sont atteints de pieds bots varus équins irréductibles.

Les orteils du pied droit existent, mais ils sont atrophiés, surtout le second, le troisième et le quatrième, sur lesquels la phalangette fait complètement défaut et où l'on ne découvre aucune trace positive d'ongle. Le troisième et le quatrième sont en syndactylie supérieure.

Les orteils du pied gauche manquent entièrement, ils ont tous été manifestement amputés au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et l'on voit au niveau de la tête de chacun des métatarsiens une petite cicatrice circulaire très bien dessinée.

La jambe gauche porte les malformations suivantes: 1° au

---

résistera malgré le Conseil de santé, et son avis ne sera qu'une réclame gratuite pour le fabricant. La morale de tout ceci, c'est qu'il faut attendre tout du temps. Le glaive de la justice s'émousse toutes les fois qu'il s'agit de croyances non justifiées.

— La mort tragique du docteur de Gudden a attiré l'attention du public médical allemand sur les attentats contre les personnes que commettent ordinairement les aliénés. Les feuilles médicales de l'Allemagne du Nord empruntent, à ce propos, un récit frappant et singulièrement dramatique à un journal de Vienne. Au commencement de l'année, ce journal avait ouvert une sorte de concours littéraire sur un sujet mi-religieux, mi-philosophique. Le thème proposé était le suivant : Comment peut-on arriver à se délivrer de sa passion dominante? Il est probable que si, chez nous, pareil sujet était jamais donné, les dissertations satiriques et humoristiques seraient beaucoup plus nombreuses que les autres. Les Allemands n'entendent point les choses de cette manière ; on voulait un chapitre de morale populaire, il plut des mémoires nombreux, amplifications érudites, analyses longues et minutieuses, autobiographies surtout. Une de ces dernières était aussi remarquable par sa forme un peu incohérente que par le fond; un aliéniste ne se serait point trompé sur l'état mental de l'auteur. Celui-ci avouait sans atténuation, sans artifices littéraires, dans un langage d'une naïveté un peu rude, qu'il était poursuivi depuis longtemps par l'idée fixe de tuer un médecin. C'était le cas ou jamais de violer le secret conventionnel, d'ouvrir le pli cacheté, s'il y en avait un, et de soumettre le signataire à une surveillance rigoureuse; les gens qui parlent si complaisamment d'impulsions homicides, qui les éprouvent à tout instant, sont dangereux. Malheureusement les juges du concours n'étaient pas des aliénistes. Notre homme racontait qu'n avait été amené à son projet un peu par vengeance et lui peu par avidité; son médecin ne croyait guère aux souffrances

niveau du point correspondant à la jarretière, immédiatement au-dessous de l'épine du tibia, existe un sillon circulaire de 2 millimètres de largeur, net, bien visible, mais peu profond, faisant le tour complet de la jambe; la peau y est un peu moins souple qu'au-dessus et au-dessous; le doigt y perçoit un léger épaississement sous-cutané; mais la lésion est minime et la jambe n'est nullement atrophiée au-dessous de ce premier sillon; 2° au niveau d'un point correspondant à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la jambe, à environ 3 centimètres au-dessus des pointes des malléoles, il existe un sillon circulaire profond qui sépare la jambe en deux régions: une région supérieure, saine, bien nourrie, d'un volume supérieur au volume des parties correspondantes de la jambe droite (1), et une région inférieure atrophiée ou mal développée, d'un volume moindre que le volume des parties correspondantes du côté droit.

Les mesures suivantes expriment bien les différences et la profondeur du sillon :

	Jambe gauche.	Jambe droite.
Circonférence au-dessus du sillon	158 millimètres.	140 millimètres.
Circonférence au niveau du sillon	80 —	120 —
Circonférence au-dessous du sillon	110 —	120 —
Circonférence du pied au niveau de la ligne de Lisfranc	112 —	125 —

Au niveau du sillon la peau s'infléchit brusquement, si bien que les parois cutanées de la cavité se touchent et qu'il faut les écarter pour voir le fond. On constate alors que la peau n'offre là aucune autre altération visible que celle qui est ordinaire au fond de tous les plis cutanés des enfants gras, mais qu'il existe dans la peau, sous l'épiderme, une bride circulaire, solide, adhérente aux tissus sous-jacents et les étranglant.

Le pied, bien qu'atrophié dans tous ses diamètres, est spontanément mobile dans tous les sens.

Comme il n'est pas douteux que l'existence de ce sillon et de la bride qui le constitue ne menace, à brève échéance, d'atrophie et d'amputation spontanée le segment inférieur de la jambe et le pied, je décide de pratiquer, à la manière de M. Reclus, l'excision des deux tiers postérieurs de la bride.

Cette opération est pratiquée le 12 mai, en présence de MM. les docteurs Jougla, Bonneau, médecin et chirurgien de l'hôpital; Vieusse, médecin-major, et Soulé, médecin aide-major et des élèves du service. Chloroforme par M. Vieusse. Antisepsie. Bande d'Esmarch. Excision d'une bandelette, large d'un bon centimètre, comprenant toute la bride; l'aponévrose fortement adhérente et même déprimée dut être entamée. Du reste, opération facile; les deux tiers postérieurs de la bride furent seuls excisés. Drainage au crin de Florence; suture au crin de Florence. Pansement ouato-iodoformé légèrement compressif.

(1) Cette augmentation de volume au profit de la jambe sillonnée est remarquable. Il ne faut pas oublier qu'il existait deux sillons étagés. Il semble alors que les parties molles aient été comprimées et refoulées, entre les deux sillons, vers la partie médiane de la jambe pour y former un véritable bourrelet.

Les suites furent des plus simples jusqu'au 24 mai. Le drain en crin de Florence et tous les points de suture furent supprimés le 16. La réunion était complète, sauf en deux points limités où elle avait manqué à la superficie. Le 21, le pied avait déjà positivement repris du volume.

Le 24, un érysipèle fut pris dans la salle où l'enfant venait se faire panser tous les deux jours; il se termina par la mort le 28 mai.

Ce n'est du reste que le 27 que je m'aperçus en touchant la tête du petit malade qu'il y avait une absence d'ossification ou une atrophie des pariétaux, remplacés par une lame fibreuse légèrement parcheminée.

L'autopsie fut impossible.

L'examen histologique de la bride excisée fut pratiqué par moi; voici ce que je constatai sur des coupes perpendiculaires à la bride et comprenant à la fois la zone de peau saine enlevée au-dessus et au-dessous et la bride elle-même.

L'épiderme n'offre aucune modification, il a, au niveau de la bride, la même apparence qu'au-dessus et au-dessous, il y est aussi épais. On voit sur plusieurs coupes au fond même du sillon, en face de la bride, les goulots de glandes sudoripares traverser le corps muqueux et s'ouvrir à l'extérieur. Je n'ai vu de poils en aucun point de mes préparations.

Les papilles du derme sont identiques sur toute l'étendue de la coupe; elles sont absolument saines et normales.

Le derme seul présente une altération au niveau de la concavité du sillon. Il est là véritablement sclérosé, c'est-à-dire qu'il est composé de trousseaux fibreux, épais et enlacés, serrés les uns contre les autres, qui augmentent son épaisseur et sa densité au point de la doubler. Au sein de ces trousseaux fibreux, dans la zone scléreuse et sur toute sa hauteur, on voit des glandes sudoripares, acini ou tubes excréteurs, plus ou moins dégénérés, c'est-à-dire étouffés par la production fibreuse qui les enveloppe.

Voulez-vous me permettre, à l'occasion de ce fait, de vous soumettre quelques réflexions au sujet de la pathogénie des amputations spontanées et surtout des sillons qui les préparent? Certes c'est là, en apparence au moins, une étude un peu stérile, je veux dire que, quelle que soit la pathogénie véritable, qu'il s'agisse d'une striction mécanique ou d'un trouble trophique, la conclusion thérapeutique reste la même, et l'extirpation de la bride du sillon demeure dans les deux cas l'*ultima ratio*. Cependant la vérité est toujours bonne à voir et la science est faite de pures curiosités.

Donc la question posée est de savoir si les amputations spontanées ou les sillons sont d'origine mécanique ou d'origine trophique. Je ne puis du reste admettre avec vous que, ainsi que vous le laissez entendre page 134 de votre livre (*Clinique et critique chirurgicales*, Paris, 1884), quelques cas exceptionnels puissent reconnaître une cause mécanique, tandis que la majorité s'expliquerait autrement. Je crois en effet que la lésion une dans son anatomie, est une dans sa pathogénie et que, s'il est juste, comme vous l'avez montré, de voir une relation ou une communauté d'origine entre les

dont il se plaignait, et il déclarait très franchement qu'après l'avoir tué il lui faudrait le voler ; tout était préparé, l'heure était déterminée, le lieu choisi. Comment le malheureux réussissait-il à vaincre cette obsession? Il le disait lui-même : par des pratiques religieuses, qui lui donnaient de meilleures pensées et un peu de calme intellectuel. C'est malheureusement un assez faible frein pour un aliéné. — Le 5 février dernier, les journaux politiques racontaient qu'un individu avait tiré sans raison sur son médecin. Le juge du concours littéraire songea immédiatement au bizarre mémoire qu'il avait parcouru trois mois plus tôt; il le relut. Les détails énumérés correspondaient exactement à ceux qu'on donnait sur l'attentat, il n'y avait de variantes que vers la fin. L'auteur du mémoire était précisément l'assassin. « L'obsession qui le poursuivait depuis plusieurs mois, dit le journal qui rapporte le fait, était enfin arrivée à sa maturité, malgré les moyens employés par le pauvre fou pour s'en délivrer. Depuis le commencement de l'année l'idée de l'attentat avait pris possession de son esprit; il avait assez d'énergie intellectuelle pour l'envisager en face et l'exposer par écrit, mais pas assez de résolution pour l'exécuter. Enfin il s'y décida malgré les moyens qu'il avait employés pour s'en délivrer. Comme beaucoup de ses pareils, Gschiesmesster (c'est le nom de cet aliéné) laisse un testament sous forme de lettre à ses frères, et entre probablement dans de nouveaux détails biographiques. » Il eût pourtant été facile de prévenir ce crime!

Dr Thomas.

sillons et les malformations trophiques qui coexistent avec eux, ce n'est pas la présence exceptionnelle d'une bride amniotique plus ou moins adhérente à la jambe sillonnée ou au moignon, qui peut rompre cette relation ou détruire cette communauté. En d'autres termes, la vraie pathogénie est toujours mécanique ou toujours trophique. Je pense qu'elle est toujours trophique, mais je veux montrer surtout pourquoi il me paraît impossible qu'elle soit jamais mécanique.

La striction par le cordon ombilical ou bien par une bride amniotique, enroulée autour du membre amputé ou sillonné, en tant qu'agent mécanique, la sclérodermie annulaire, en tant que lésion trophique, telles sont, si je ne me trompe, les trois causes invoquées.

Or la striction par le cordon n'a véritablement à son actif que le cas d'Hillairet, que vous avez rappelé (*Clinique et critique chirurgicales*, 1884, p. 133) où « chez un fœtus d'environ trois mois, le cordon enroulé autour du cou avait déterminé la décollation presque complète, en sorte que la tête n'était plus unie au tronc que par un simple pédicule d'un centimètre et demi d'étendue transversale ».

Mais, en vérité, quoi de probant dans tout cela?

Que d'enfants ont le cordon fortement enroulé et serré autour du cou, qui n'ont pas la moindre décollation ! Et ne peut-on concevoir que le cordon se soit engagé secondairement dans un sillon cervical préexistant, cause directe de la décollation, mais indépendante de la présence même du cordon?

Quant aux brides amniotiques, elles sont invoquées par Zagorski, par Montgomery, par Béraud, par MM. le professeur Trélat et Guéniot et par d'autres encore.

Certes on ne peut nier les faits. M. Guéniot a vu, par exemple, le cas de Béraud au moment de la naissance et a pu constater « de la manière la plus nette, la présence d'une bride, partie de l'œuf qui entourait les jambes et qui en avait déterminé la section à peu près complète » (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 17 octobre 1883, p. 763). Ainsi donc la bride partait de l'œuf et aboutissait aux jambes amputées incomplètement; il n'est pas dit, en effet, que la bride partant de l'œuf entourât les jambes et aboutît en dernier ressort à l'œuf.

Dans le cas de Zagorski, « sur un fœtus de cinq mois, on trouva la jambe droite amputée; la cuisse se terminait en moignon arrondi, d'où partait une bride membraneuse très résistante. Cette bride s'enroulait autour de la jambe gauche, qu'elle serrait à la manière d'une ligature, produisant à ce niveau une dépression considérable. On trouva suspendu, vers le milieu de cette bride, le pied parfaitement bien conformé, mais fort petit. » Tout cela est fort intéressant, mais des détails sur le tenant et l'aboutissant de la bride à l'œuf lui-même, pas le moindre! Serait-ce donc que la bride ne s'attachait qu'au fœtus?

Au surplus, je n'ai trouvé dans aucun auteur français une description suffisante de ces brides, j'entends une description qui satisfasse entièrement ma curiosité. M. Charpentier, dans son *Traité pratique des accouchements* (Paris, 1883, t. I, p. 921 et p. 931), en parle bien avec quelques détails, mais il se borne, en réalité, à résumer les travaux étrangers sans donner son opinion personnelle sur la pathogénie et sans insister sur l'anatomie. Je relève cependant dans son article un fait important, c'est que tous les auteurs étrangers décrivent les brides amniotiques comme des adhérences du fœtus à l'amnios. Simpson les considère comme le résultat d'inflammations locales du tégument du fœtus; Simonart les rapporte à des ulcérations de la peau du fœtus et à l'inflammation de l'amnios; Gurlt en fait des prolongements adhérents de la peau du fœtus; G. Braun et Spiegelberg y voient des adhérences de l'amnios au fœtus; elles sont, d'après ces auteurs, dues à des replis de l'amnios ou à sa séparation incomplète et trop tardive d'avec le fœtus, cela par une cause inconnue, peut-être par insuffisance ou sécrétion trop tardive du liquide amniotique; Schrœder émet une opinion analogue. Il y a donc unanimité, et personne ne signale de brides amniotiques non soudées au fœtus.

Je vois, en outre, que M. Charpentier écrit (p. 931) que « ces brides fixées par leurs deux extrémités à la surface interne des membranes forment des anses, des anneaux dans lesquels une partie quelconque du fœtus peut venir s'étrangler », ce que je ne comprends pas très bien, à priori, si dès sa naissance la bride est adhérente à la partie fœtale.

Quoi qu'il en soit, il existerait donc des brides simples et des brides doubles ou en anneau, les unes et les autres étant, du reste, adhérentes au fœtus. La question est de savoir si cette adhérence est primitive ou secondaire, c'est-à-dire si la bride existe d'abord, l'adhérence se constituant ensuite, ou bien si la bride résulte justement de l'adhérence. Dans le premier cas, il existerait une bride partant d'un point de l'amnios pour aboutir à un autre point de l'amnios, en traversant la cavité de la poche de part en part, *bride interamniotique*, sur laquelle la partie fœtale viendrait s'enrouler, s'étrangler et se souder. Dans le second cas, la bride partirait de l'amnios pour aboutir et adhérer simplement au fœtus, *bride amniotico-fœtale*. Ce sont là les deux seules hypothèses possibles et les deux seules variétés de brides qui puissent se produire.

Eh bien, j'avoue ne pas concevoir embryologiquement la pathogénie des premières, c'est-à-dire des brides interamniotiques, qui traverseraient la cavité de l'amnios comme la corde d'un cercle tendue dans la sphère amniotique. En effet, la production de ces brides ne peut se comprendre que comme le résultat d'adhérences réunissant l'amnios à lui-même. L'opinion de Montgomery, qui veut qu'il s'agisse de lymphe organisée sur place, est insoutenable tant elle est hypothétique, et le liquide amniotique ne saurait être comparé à du liquide pleurétique. Evidemment une adhérence n'est possible que si deux points différents de la paroi amniotique altérée anatomiquement se trouvent en contact. Or, le contact entre deux points de la paroi de l'amnios est rendu impossible d'abord par la présence même du fœtus, en second lieu par la présence du liquide amniotique qui remplit et distend la poche dès sa formation. Du reste, l'absence du liquide amniotique n'a point pour conséquence la formation d'adhérences et de brides interamniotiques, puisque dans les faits rares où cette malformation existait on n'a signalé ni brides, ni adhérences d'aucune sorte. La seule présence du fœtus suffit donc, par conséquent, à empêcher le contact et les soudures.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Sur la récidive du tétanos.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VERNEUIL.

Mon cher maître,

En attendant que les cliniciens répondent à l'invitation que vous leur avez adressée relativement à l'intéressante question de la récidive du tétanos, permettez-moi de vous communiquer un fait que vient de publier le *New-York medical Record*, du 8 mai dernier. Il a beaucoup d'analogie avec celui de notre excellent ami M. Louis Moreau (1), car le sujet était très nerveux, la récidive survint à l'occasion d'un trauma insignifiant, et la guérison eut lieu dans la seconde attaque comme dans la première. Voici le résumé de ce fait :

Un garçon de cinq ans, robuste, de bonne santé habituelle, mais d'un tempérament nerveux, se blessa la plante du pied avec

(1) Voyez la *Gazette hebdomadaire* du 25 juin dernier, p. 425. — L'observation originale a paru dans l'*Alger médical* de janvier et février 1886, p. 31.

un morceau de verre, en mai 1882; dix jours après, apparut le tétanos. La plaie ne présentait aucun symptôme inflammatoire, mais ne se cicatrisait pas. Le tétanos fut traité par l'alcool à haute dose (Whiskey), et dura une quinzaine de jours. La santé redevint bonne.

Le 1er février 1883, l'enfant fut vacciné; le 22 février, l'auteur de la relation, M. Hobart Cheesman (de New-York), trouva au siège de la piqûre un ulcère d'un pouce de diamètre, profond, à bords taillés à pic et à surface inerte, douloureux depuis une semaine, avec douleurs dans le poignet, l'avant-bras, et crampes dans la main. Etat fiévreux, envies fréquentes d'uriner, incontinence nocturne; appétit normal, ainsi que les selles; insomnie depuis le 20; le 21, céphalalgie, vomissements, délire, raideur dans la nuque et dans le dos, spasmes des mâchoires, avec grimaces, puis contracture; douleur à l'estomac.

Le 23, mêmes symptômes, avec opisthotonos; température, 39 degrés; pouls rapide, surtout dans les paroxysmes, qui surviennent toutes les dix ou quinze minutes; raideur qui fait saillir les muscles sur les côtés du cou; dyspnée et dysphagie très grande pour les liquides; voix forte; rien au cœur ni aux poumons.

Traitement: calomel, lait; une cuillerée à bouche de whiskey toutes les heures, et 5 centigrammes de quinine toutes les quatre heures. Le lendemain, les symptômes s'étant aggravés, on donna en outre une potion contenant du chloral, du bromure et de l'élixir parégorique. L'après-midi, il y eut de telles palpitations du cœur que la paroi thoracique en était violemment soulevée; 39°,4; une ou deux cuillerées de whiskey après chaque accès, et le calme finit par se produire; le jeune malade en prit ainsi une pinte et demie en trente-six heures. Contracture des membres supérieurs. Le 24, rash semblable à la scarlatine, qui ne dure que quelques heures.

Le 25, on remarque que le pouce et le petit doigt de la main gauche sont atteints de contracture constante; douleur vive aux tempes et au sommet de la tête; 2 sangsues en avant des oreilles; ces douleurs durent plusieurs jours. Respiration Cheyne-Stokes. Le 26 et le 27, signes de bronchite; le 27, œdème des jambes et des pieds pendant quatre heures; jusqu'au 28, la température demeure aux environs de 39 degrés et redevient ensuite normale. Le 6 mars, il restait encore une grande raideur et une vive sensibilité dans le cou et le dos, mais elle diminue rapidement.

Pendant la convalescence, le malade était comme épuisé et obligé de rester constamment couché; il était encore plus nerveux que jamais un an après.

L'auteur se demande s'il s'agit bien là d'une seconde attaque de tétanos, survenue huit mois après la première, et s'il n'a pas eu affaire à une méningite. Mais après avoir discuté longuement le diagnostic, il se prononce pour le tétanos.

Quant à l'étiologie, il se contente de dire: « Il pourrait être intéressant de rechercher si la première attaque de tétanos fut la cause prédisposante de la seconde, et s'il en est ainsi, combien de temps après une attaque de tétanos il serait permis de vacciner le malade. Pour des raisons évidentes, de telles conditions ne se rencontrent pas souvent réunies. »

L.-H. Petit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

L'Eulyptol. Note de M. *Schwetz.* — Il s'agit d'une combinaison d'acide salicylique et d'Eucalyptus, à laquelle l'auteur donne le nom d'Eulyptol, combinaison qui n'aurait de particulier que ses propriétés antiseptiques.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. *Fenouillet*, pharmacien à Cette, adresse une *Note* manuscrite sur *l'emploi du quinquina.* (Commission: MM. *Gallard, Méhu* et *Joannès Chatin.*)

M. *Giraud-Teulon* dépose: 1° une brochure de M. le docteur *Hirigoyen* (de Bordeaux) sur *la syphilis et la grossesse;* 2° une brochure de M. le docteur *Grellety* (de Vichy) sur *quelques notions récentes concernant la syphilis et certains accidents vénériens.*

M. *Panas* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *E. Rolland* (de Mont-de-Marsan) sur *l'énucléation sous-cutanée des tumeurs dermoïdes du sourcil.*

M. *Rochard* offre un ouvrage de M. le docteur *Orgeas*, ayant pour titre: *La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation.*

M. *Luys* présente: 1° une brochure de MM. les docteurs *Bourru* et *Burot* sur *l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses;* 2° un mémoire de M. le docteur *A. Berjon* sur *la grande hystérie chez l'homme.*

Décès de M. Briau. — M. *le Président* annonce le décès de M. le docteur *René Briau*, bibliothécaire en chef de l'Académie depuis 1855.

Élection. — Par 23 voix sur 24 votants, M. le docteur *Bateman* (de New-York) est élu correspondant étranger dans la division de médecine. M. le docteur Ossian Bonnet (de Rio-de-Janeiro), présenté en deuxième ligne, obtient 1 voix.

Mécanisme du saut. — Dans une note lue à l'Institut le 24 août 1885, M. Marey a repris la suite de la discussion soutenue devant l'Académie de médecine en septembre et octobre 1883. D'après cette note, M. Marey, comme ses devanciers, considère le saut comme une projection de la masse du corps par la détente brusque des membres inférieurs, préalablement fléchis; c'est, dit-il, un mouvement comparable à ceux qu'on étudie dans la balistique, dont il suit les lois.

M. *Giraud-Teulon* prend acte de cette déclaration qu'il avait toujours soutenue, notamment contre M. Marey dans la discussion précitée. Il se demande comment son contradicteur a été conduit à admettre la nature parabolique de cet acte si important de la locomotion biologique. Et il estime que c'est à la suite de l'étude des détails d'une photographie instantanée, représentant les attitudes successives d'un homme exécutant un saut. Cette conclusion était d'ailleurs fort bien dessinée, dans la communication antérieure (1883), et il était difficile d'y méconnaître les caractères indiscutables de la parabole. Il est, en outre, de la plus grande facilité d'y relever tous les éléments propres à la dessiner, pour ainsi dire point par point. Toutefois M. Giraud-Teulon regrette que M. Marey n'ait pas apprécié toute la valeur de ces données et les facilités qu'elles apportent pour la solution intégrale du problème posé; c'est une erreur de croire que cette courbe peut, *pendant le cours du mouvement*, être modifiée par les inclinaisons mutuelles que peuvent prendre le tronc et les membres, réclamées, par exemple, par un obstacle à franchir; aussi a-t-il fait, en conséquence, rechercher par des expériences directes, entreprises sur le modèle de celles de Borelli, la nouvelle courbe qui lui paraissait devoir résulter de ces inclinaisons mutuelles. Mais, dans cette entreprise accessoire, M. Marey aurait négligé le principe de Newton: « qu'il s'agisse d'un seul corps ou d'un système de corps liés entre eux, le mouvement du centre de gravité du système entier n'est en rien modifié par l'action des forces réciproques intérieures. Il tombe exactement de la même façon que ces forces agissent, ou qu'elles n'agissent pas ». La courbe parabolique apportée par la première planche photographique ne devait donc recevoir aucune modification du travail entrepris par le collaborateur de M. Marey; elle contenait en elle tous les éléments du problème. Mais ces considérations sont au fond superflues; car, dans le plan de son travail, ni l'une ni l'autre de ces deux

courbes ne doivent ultérieurement être invoquées par M. Marcy.

Ecartant, sans motiver cet abandon, l'étude de la trajectoire pendant la phase de suspension, M. Marey croit devoir s'attacher à l'analyse de la phase précédente du saut, le mouvement d'extension. Des épreuves photographiques correspondant à cette dernière phase doivent lui procurer les éléments d'une nouvelle courbe, desquels, par l'application du principe mécanique des aires, l'auteur obtiendra « la loi de variation de l'accélération verticale du centre de gravité pendant le mouvement d'*extension des jambes* ». Mais les éléments de cette application du principe des aires ne sont point reproduits dans la communication de M. Marey : les seuls documents qu'il apporte consistent dans la reproduction des enregistrements dynamographiques des pressions relevées dans les anciennes expériences sur le saut, et qui ont fait l'objet des discussions de 1883 et 1884. De plus, ces nouveaux diagrammes diffèrent des anciens par des particularités importantes, qui les rendent inacceptables, par cause d'incompatibilité mutuelle. Il faut donc se borner, dit en terminant M. Giraud-Teulon, à retenir l'unique conclusion qui intéresse ici la physiologie, à savoir : l'adhésion finale que le savant professeur du Collège de France apporte au mécanisme balistique du mouvement physiologique du saut.

Diagnostic par l'électricité de la présence d'une fourchette de fer dans l'estomac; extraction.— M. *Polaillon* présente à l'Académie une fourchette en fer étamé, mesurant 21 centimètres de longueur et du poids de 59 grammes, qu'il a extraite la veille, de l'estomac d'un homme de vingt-cinq ans, baleleur de profession. Seize jours auparavant, cet homme l'avait avalée par mégarde, dans un mouvement de profonde inspiration au cours d'exercices consistant à la faire disparaître dans le pharynx et l'œsophage tout en la retenant par l'extrémité des piquants. Cette fourchette déterminant seulement un peu de gêne au creux épigastrique et les fonctions digestives se faisant normalement, il y avait utilité à ne pas en retarder l'extraction. Le malade déclarait la sentir très nettement à la partie supérieure du ventre et suivant une direction dont il se rendait parfaitement compte. Néanmoins, et bien que l'abdomen fût dépourvu d'embonpoint, il fut impossible à M. Polaillon de la sentir par la palpation; l'introduction de la sonde œsophagienne avec olive métallique reliée à un résonnateur ne donna pas de résultat appréciable, non plus que l'emploi d'une sonde œsophagienne portant à son extrémité les deux pôles d'une pile. C'est alors que M. Trouvé imagina d'approcher du malade une aiguille aimantée, d'une très grande délicatesse, renfermée dans une éprouvette; cette aiguille s'orienta aussitôt dans la région stomacale du malade, lorsque celui-ci s'approcha d'elle, et suivit ses mouvements; de même un électro-aimant, placé à quelques millimètres de la paroi abdominale, produisit, lors du passage du courant, une voussure brusque de la peau. Aucun doute n'était possible désormais; M. Polaillon se résolut à pratiquer l'extraction du corps étranger à l'aide de la taille stomacale en pratiquant exactement l'incision indiquée par M. Léon Labbé comme permettant, dans les cas de ce genre, d'arriver sûrement à l'estomac. Avant d'ouvrir cet organe, il crut pouvoir se dispenser de le fixer à la paroi abdominale par une suture; puis, lorsque le corps étranger eut été extrait avec la plus grande facilité, une suture exacte de l'incision lui permit de rentrer l'estomac dans le ventre; telles furent les particularités nouvelles de cette opération, dont il fera connaître ultérieurement les suites, jusqu'ici très favorables. M. Polaillon ajoute que les services rendus par l'électro-aimant dans le diagnostic de la présence du corps étranger ont inspiré à M. Trouvé l'opinion qu'on pourrait peut-être utiliser cet instrument pour l'extraction par les voies naturelles des corps en fer avalés et transportés dans l'estomac; aujourd'hui l'on possède des électro-aimants qui peuvent soulever des poids de 4 à 5 kilogrammes; peut-être pourrait-on transporter cette force à l'extrémité d'une sonde œsophagienne qui, mise en contact avec le corps étranger, le fixerait et permettrait de l'extraire.

Cette opinion n'est pas partagée par M. *Le Roy de Méricourt;* le corps étranger vînt-il à être saisi, il ne pourrait traverser le cardia, dont la contraction offrirait une résistance très supérieure à la force employée. M. *Polaillon* objecte qu'on pourrait au préalable distendre l'estomac par des liquides ou des gaz et M. *Goubaux* fait observer que chez les chevaux il a constaté maintes fois que la distension de l'estomac dans ces conditions permettait l'ouverture du cardia, surtout à la suite d'efforts.

Incidemment M. *Larrey* cite un cas d'extraction de fourchette tombée dans l'estomac, chez une jeune fille, et un autre cas d'extraction de même corps étranger parvenu jusque dans l'intestin d'un adulte; la guérison fut obtenue dans ces deux circonstances à la suite de l'ouverture de l'abdomen. M. *Polaillon* ajoute qu'on a compté jusqu'ici 17 cas de fourchettes avalées, dans lesquels sept fois le corps étranger fut bien supporté et s'élimina après formation d'un abcès.

Société de chirurgie.

Séance du 11 aout 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Traitement des fractures par le massage (Discussion : MM. Desprès, Reclus, Lucas-Championnière, Berger, Horteloup). — Rapport sur diverses observations : M. Polaillon. — De la périnéorrhaphie : M. Jude Hue. — Taille hypogastrique : M. Poncet.

M. *Demons* adresse à la Société une lettre dans laquelle il annonce qu'il a fait il y a déjà plusieurs mois, une pneumotomie, dont il enverra l'observation.

— M. *Desprès* prend la parole au sujet du traitement des fractures par la non-immobilisation. Il rappelle qu'il y a longtemps que Giraldès a dit au sein même de la Société que pour les fractures du coude l'immobilisation ne devait pas être pratiquée et l'orateur lui-même a publié des faits à l'appui de cette manière d'agir. Si M. Desprès ne craignait pas de paraître par trop paradoxal, il formulerait le précepte suivant, à savoir que les fractures articulaires et juxta-articulaires doivent être traitées par le mouvement.

M. *Reclus* a été appelé récemment à donner ses soins à un élève du petit lycée Louis-le-Grand, qui avait une entorse juxta-épiphysaire de l'humérus d'un côté et une fracture de l'olécrâne de l'autre. Le coude fut parfaitement immobilisé d'un côté et très imparfaitement de l'autre, en sorte que le malade pouvait imprimer des mouvements assez étendus à son avant-bras; de ce côté l'articulation récupéra toute sa mobilité sitôt la consolidation de la fracture, du côté opposé on eut une certaine difficulté à vaincre la raideur articulaire. Cette observation est des plus démonstratives relativement aux avantages que présente la mobilisation des jointures au voisinage des foyers de fractures.

M. *Lucas-Championnière* rappelle que la méthode de traitement des fractures, qu'il a préconisée, est toute différente de ce dont il vient d'être question. Ce n'est pas la non-immobilisation, l'absence de tout appareil de contention qu'il recommande, mais le massage, c'est-à-dire des manœuvres en apparence brutales, en réalité très méthodiques, dont le résultat est excellent et rapide, ainsi qu'il a pu s'en rendre compte dans un très grand nombre d'observations. La difformité des fractures du radius et du péroné n'est rien; il faut d'autant moins chercher à la combattre par des appareils, qu'on n'y parvient jamais complètement, et tous les efforts doivent être dirigés vers l'épanchement de sang que les manœuvres font diffuser dans le tissu cellulaire pour en favoriser la résorption.

M. *Berger* croit qu'il serait dangereux de généraliser à tous les cas le traitement des fractures du péroné et du radius par le massage. C'est ainsi qu'il ne saurait convenir, lorsqu'il existe en même temps que la fracture du péroné un écartement de la mortaise tibio-péronière; il faut évidemment ici joindre l'immobilisation au massage.

M. *Desprès* dit que précisément pour ces cas particuliers les rebouteurs après leurs manipulations emploient une bande avec laquelle ils serrent fortement la jambe et le pied.

M. *Horteloup* estime qu'il est moins facile de faire le massage qu'on le croit généralement et que ces manœuvres mal faites sont très douloureuses; il ne faut donc pas présenter cette méthode comme une chose de la plus grande simplicité; de plus, il y a des cas où le massage peut être extrêmement nuisible.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur plusieurs observations adressées à la Société par M. Féré (de Meaux). La première est relative à une hématocèle spontanée de la tunique vaginale chez un homme de trente-deux ans: incision, drainage, suture et pansement de Lister, guérison sans incident. M. Polaillon fait des réserves sur la guérison par simple incision d'une hématocèle dont les parois mesuraient 6 millimètres d'épaisseur; il croit qu'il serait plus juste de dire qu'il y a simple amélioration. Dans la deuxième observation il s'agit d'une infection purulente à la suite d'une plaie du pouce, au cours de laquelle se développa une arthrite purulente du genou: arthrotomie et guérison. La troisième observation a trait à une fracture de cuisse, dont le col se résorba au soixante-dixième jour sous l'influence d'un érysipèle; la consolidation eut lieu consécutivement, après l'ouverture d'un petit abcès au niveau du foyer de la fracture. Une taille hypogastrique pour un bout de sonde restée dans la vessie d'un vieux prostatique de soixante-cinq ans fait le sujet de la quatrième observation : le corps étranger fut extrait sans difficulté et le malade se rétablit, mais quelques mois après, à la suite d'une rétention prolongée, la cicatrice de l'hypogastre céda, l'urine sortit par cet orifice et depuis ce temps il persiste une fistule hypogastrique. La dernière observation concerne l'extraction par la voie sus-hyoïdienne d'un volumineux canal de Wharton mesurant 9 centimètres cubes de volume et qu'il fallut extraire après fragmentation.

— M. *Jude Hue* lit un important travail sur la périnéorrhaphie, dans lequel il donne les indications de l'opération, le moment le plus opportun pour la pratiquer, le manuel opératoire.

MM. *Richelot* et *Polaillon* reconnaissent l'un et l'autre l'excellence et la simplicité de la périnéorrhaphie suivant les préceptes formulés par M. Jude Hue; mais dans certains cas ce procédé de suture est en défaut et il faut y joindre, outre la suture de la muqueuse vaginale, le dédoublement de la cloison recto-vaginale à la manière de M. Richet; cela de d'après eux indispensable lorsque la déchirure est profonde et que l'éperon est situé très haut dans le vagin.

M. *Tillaux* fait remarquer que le dédoublement de la cloison peut exposer à une petite fistule recto-vaginale, qui passe souvent inaperçue de la malade et que le chirurgien lui-même doit rechercher avec le plus grand soin pour la découvrir.

— M. *Poncet* (du Val-de-Grâce) présente un calcul extrait par la taille sus-pubienne chez un malade de cinquante et un ans, petit-fils de calculeux et ayant subi lui-même la lithotritie en 1885. L'opération faite sans injection parce que la vessie était distendue par une hémorrhagie grave, n'a présenté aucun incident malgré les caillots très abondants au milieu desquels se trouvait le calcul. Les tubes Perrier placés ont fonctionné parfaitement et la vessie gardait l'urine dès le douzième jour. La guérison était complète en un mois. Au centre du calcul qui, pesant 27 grammes, était formé d'acide urique pur, existait un fragment de calcul broyé dans la première lithotritie. Le dernier calcul, mesurant 4 centimètres 1/2 sur $3^{cm},4$ et $1^{cm},9$, a donc mis juste onze mois pour se former par dépôts concentriques. En présence d'un calcul assez volumineux qui avait résisté aux instruments les plus puissants avec une hémorrhagie vésicale considérable, la taille sus-pubienne pouvait seule donner des résultats immédiats, complets et sûrs. La méthode antiseptique rend cette opération peu dangereuse.

Alfred Pousson.

REVUE DES TRAVAUX DES CONGRÈS

Association française pour l'avancement des sciences (Congrès de Nancy, 1886).

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Ainsi que nous l'avons dit dans le précédent numéro, le bureau de la section des sciences médicales du Congrès de Nancy était composé de M. *Tourdes*, président d'honneur; M. *Bouchard*, président; MM. *Gross*, *Bernheim*, *Hecht*, *Hergott* (de Nancy), *Duguet* (de Paris), *Poncet* (de Lyon), *Picot* (de Bordeaux), *Grasset* (de Montpellier), *Pamard* (d'Avignon), *Ladame* (de Genève), vice-présidents; MM. *Simon*, *Parisot*, *L.-H. Petit* et *Barbier*, secrétaires.

La plupart des communications faites à cette section ont eu une importance remarquée; au lieu de mentionner les principales d'entre elles en suivant l'ordre des séances, il nous a paru que les lecteurs nous sauraient gré de les grouper, autant que possible, d'après les sujets traités.

I. *Physiologie pathologique*. — Applications de l'hématoscopie a la clinique et a la physiologie. — M. *Hénocque* communique les résultats obtenus par sa méthode d'hématoscopie, et montre comment elle permet l'évaluation de l'*activité de la réduction de l'oxyhémoglobine*, donnant ainsi les moyens d'apprécier l'activité des échanges dans une partie de l'organisme. Sur la demande du bureau, M. Hénocque a fait une séance de démonstrations de ses procédés; il avait déjà présenté ses appareils à la section de physique.

(M. Hénocque publiera prochainement un travail d'ensemble sur sa méthode dans la *Gazette*.)

Lois de l'acoustique et du stéthoscope. — D'après M. *Maurel*, au point de vue de l'acoustique, les stéthoscopes en bois, en corne et en métal, qu'ils soient pleins ou creux, transmettent les bruits par les ondes solides, tandis que les instruments en caoutchouc flexible les transmettent par les ondes aériennes. Or, les bruits qui intéressent l'auscultation, étant eux-mêmes aériens, liquidiens ou solidiens (ces deux derniers ne forment qu'une catégorie), et les ondes sonores perdant leur intensité en passant d'un milieu dans un autre, l'acoustique conduit à adopter les stéthoscopes aériens pour les bruits aériens, et les stéthoscopes solides pour les autres bruits. On sait d'ailleurs qu'en clinique, les stéthoscopes tubulaires sont préférables en général pour l'auscultation du poumon, et les solides pour les bruits du cœur. Dans la majorité des cas, l'instrument en bois creux, qui est le plus répandu, suffit; car les instruments à renforcement, qui en même temps prolongent les bruits, sont souvent plus nuisibles qu'utiles; ils peuvent cependant, dans certains cas, rendre des services, mais alors il est préférable de s'adresser aux instruments bi-auriculaires, qui renforcent les bruits beaucoup plus que les autres et qui ne les prolongent pas; ils sont, du reste, les seuls qui puissent servir pour les auscultations simultanées et différentielles. Dans la clientèle,

en ville, comme commodité et avantages pratiques, tout en lui reconnaissant une infériorité dans l'auscultation du fœtus et des affections du cœur, il faut donner la préférence au stéthoscope tubulaire, composé simplement de 0m,50 de feuille anglaise, et d'un collecteur en bois de 3 centimètres de hauteur sur 3 centimètres de largeur.

II. *Pathologie générale.*—RÉCIDIVE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. *Deshayes* (de Rouen), à propos de deux cas très nets de récidive de la fièvre typhoïde au bout de trois années d'intervalle, se demande si cette affection ne tendrait pas, depuis quelques années, à changer d'allure, d'autant que les typhiques présentent aujourd'hui assez fréquemment du muguet. Ou bien, fait observer M. *Maurel*, la maladie s'est modifiée depuis l'époque où elle a été bien étudiée, ou bien on fait erreur dans l'interprétation sur les rechutes ou les récidives. D'ailleurs cette affection n'est pas la même partout. A Nancy, tout au moins, objecte M. *Bernheim*, une première atteinte de fièvre typhoïde ne paraît pas conférer l'immunité, si bien qu'en présence des cas nombreux et bien constatés de récidive, on pourrait presque nier l'immunité de cette affection, comme si le poison, au lieu d'évoluer en une manifestation unique, comme dans les fièvres éruptives, procédait ici par poussées successives, prolongeant, en quelque sorte, la période d'état. Suivant M. *Rochard*, il n'existe pas de maladie infectieuse qui puisse conférer une immunité absolue; c'est là affaire de degré, l'immunité relative diffère pour chacune d'elles, suivant aussi l'état pathologique antérieur; néanmoins, les recidives paraissent aujourd'hui plus fréquentes qu'autrefois. Il faut enfin reconnaître que les personnes ayant vécu dans des milieux infectés depuis leur enfance résistent mieux plus tard à la fièvre typhoïde que tous autres, lorsqu'ils sont déplacés; les enfants de Toulon, par exemple, ne prennent pas facilement cette maladie lorsqu'ils sont devenus hommes; les conscrits des villes y sont moins sujets que les conscrits venant de la campagne. M. *Layet* croit, de son côté, que la récidive existe, puisque l'immunité peut s'éteindre, et d'autant plus vite que l'individu est plus jeune; ainsi les récidives sont fréquentes pour la variole, puisque les revaccinations réussissent dans une assez grande proportion. Il faut assurément aussi tenir compte de l'accoutumance de l'organisme aux infections; dans les pays intertropicaux, une première atteinte met jusqu'à un certain point à l'abri de la fièvre jaune, au moins dans ses formes graves. Ce qui revient à dire, réplique M. *Maurel*, que l'accoutumance s'est produite par suite, non d'une atteinte grave, mais d'une série de petites atteintes partielles et faibles conférant à l'organisme une réelle résistance contre les formes graves de la maladie infectieuse. C'est souvent aussi, suivant la remarque de M. *Landowski*, affaire d'influences climatériques et telluriques; la vérole des Russes du Midi reprend une marche grave lorsqu'ils se transportent en Sibérie; des familles habitant des pays à l'abri de la fièvre jaune, tels que la France, sont, à leur retour dans les pays chauds, sujettes à reprendre cette affection sous la forme la plus violente. Pour M. *Bouchard*, il y a assurément aujourd'hui modification de la fièvre typhoïde; l'agent pathogène et l'homme lui-même sont les deux agents de cette modification. Le premier diffère d'intensité suivant la latitude, suivant la nature du sol, suivant aussi le nombre d'atteintes antérieures dans la race; l'homme, d'autre part, ressent par contre de moins en moins ses effets. Sur un sol vierge, les premières atteintes d'une maladie infectieuse exercent des ravages considérables. Peut-être aussi l'immunité propre à l'individu atteint se transmet-elle, au moins d'une manière relative, par l'hérédité. En tout cas, s'il est difficile d'admettre que la fièvre typhoïde confère l'immunité, puisque le nombre des récidives peut être évalué à 20 pour 100 des malades atteints, il faut reconnaître que cette immunité est ici moins grande que pour la variole, la scarlatine, la syphilis et même la rougeole, dont M. Bouchard a vu jusqu'à quatre récidives chez le même sujet. Ce qu'il faut admettre, c'est qu'il existe à l'égard des maladies infectieuses dans un pays, une sorte d'acclimatement, conféré par une série de petites atteintes de la maladie à peine perçues.

III. *Médecine.*—ZONA CHRONIQUE.—M. *Leudet* (de Rouen) communique deux cas de zona chronique qu'il a observés chez deux malades atteints de tuberculose pulmonaire au moment d'une recrudescence de poussées tuberculeuses. Cette forme de zona, signalée comme rare par M. Verneuil, est caractérisée par une lésion cutanée provoquant des ulcérations nouvelles, des cicatrices avec ou sans pseudo-phlegmon; cet état peut se continuer pendant trois et même six mois, provoquer le développement de chéloïdes, et s'accompagner de névrite noueuse. La tuberculose pulmonaire, l'irritation causée par une fistule pleurale après l'empyème, peuvent provoquer le développement du zona à distance, au front, par exemple. S'il y a récidive sur le même sujet, elle peut avoir lieu dans les mêmes régions ou dans des régions différentes. M. *Boucheron* se demande si le zona ne serait pas infectieux; à la suite de l'injection dans le nerf auriculaire d'un lapin du liquide d'un zona ophthalmique, il a vu des vésicules d'herpès apparaître sur le nez de cet animal. M. *Bouchard* a démontré, il y a sept ans, que les vésicules d'herpès renferment des microbes; mais il n'en a pas trouvé dans le liquide clair du zona. Il y aurait intérêt, fait remarquer M. *Verneuil*, à séparer le zona de l'herpès, car, dans certains cas, l'herpès latéral est manifestement contagieux.

AMYGDALITES INFECTIEUSES. — L'évolution clinique des amygdalites infectieuses est la suivante, d'après M. *Dubousquet de Laborderie :* un sujet débilité pour une cause quelconque, porteur presque toujours d'amygdales hypertrophiées, est pris brusquement, sans cause appréciable, de frissons, de fièvre vive avec brisement et courbature considérable et quelquefois un lumbago insupportable, d'anorexie, céphalée avec excessive sensibilité du pharynx, avec rougeur et gonflement des amygdales et de la muqueuse buccale et pharyngienne sans aucune production herpétique ou diphthéritique; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, douloureux; l'urine contient de l'albuminurie et le microscope y décèle des débris épithéliaux et des bactéries. Tandis que dans les angines simples, le malade est guéri en même temps que la gorge, ici au contraire il ne revient à la santé qu'après la disparition de tous les accidents locaux et généraux, et surtout de l'albuminurie. La médication doit être antiseptique ; la quinine et la résorcine donnent, en pareil cas, les meilleurs résultats. Comme traitement préventif, il faut recommander l'ablation des amygdales hypertrophiées à l'aide de l'ignipuncture.

MICROBES DE LA SCROFULOSE BÉNIGNE. — En étudiant les lésions des scrofulides bénignes, MM. *Boucheron* et *Duclaux* ont trouvé qu'il y existerait, d'une manière à peu près constante, un ou plusieurs coccus très voisins, sinon identiques, qui, inoculés dans les veines des lapins, produisent de nombreuses lésions, rappelant les accidents déjà notés en clinique comme dépendant de la scrofulose interne. Il faut toutefois remarquer que les voies naturelles sont peu propices à l'introduction pathogène de ces microcoques. — M. *Bouchard* estime que la démonstration de la spécificité de la scrofule n'est pas encore faite ; les coccus signalés par MM. Boucheron et Duclaux sont plutôt de ceux qui vivent normalement avec nous et n'attendent qu'une débilitation de l'organisme pour produire en quelque sorte des accidents ou des infections secondaires. La scrofule constitue en réalité bien plutôt une prédisposition morbide, un terrain favorable. De nombreuses inoculations d'impétigo, ajoute M. *Verneuil*, ont été faites sans résultats; de plus, la scrofule ne donne pas lieu en général à des lésions viscérales aussi graves que celles qui ont été observées par MM. Duclaux et Boucheron.

Celui-ci réplique que si les lésions séreuses viscérales sont rares dans la scrofule, elles le sont moins pour les articulations; or dans les expériences précitées, ce sont des lésions de ce genre qui ont été le mieux et le plus nettement localisées.

Gangrène symétrique des extrémités d'origine palustre. — M. *Bérillon* a observé un cas de cette affection, dans lequel l'analyse des commémoratifs et l'efficacité du traitement de la diathèse impaludique qui fut institué, lui en ont fait admettre l'origine palustre. — Toutefois, M. *Bouchard* se demande si, la malade en question n'ayant jamais eu d'accès de fièvre intermittente, quoique vivant dans un milieu impaludique, on peut admettre cette étiologie comme démontrée. M. *Verneuil*, quant à lui, n'éprouve aucun doute; il a, en outre, depuis longtemps remarqué les ressemblances qui existent entre les gangrènes sèches d'origine paludéenne et la maladie de Reynaud: il n'est pas, du reste, nécessaire d'avoir eu des accès de fièvre intermittente pour se trouver sous une influence impaludique grave.

Myopathie atrophique progressive. — Après avoir rappelé l'histoire de l'atrophie musculaire progressive tour à tour considérée comme une maladie du muscle, puis comme une maladie de la moelle, puis d'après les travaux de Erb se divisant en deux types, l'un myélopathique, l'autre myopathique, M. *Ladame* (de Genève) s'attache au type décrit par Déjerine et Landouzy, lesquels observateurs confirment les travaux de Erb, en particulier sur l'absence de contractions fibrillaires dans l'atrophie myopathique et de réaction de dégénérescence. Mais, d'après lui, c'est aller trop loin que de vouloir faire de la myopathie une affection tout à fait à part, sans rapport avec la paralysie pseudo-hypertrophique, la forme juvénile de Erb et l'atrophie héréditaire de Leyden. Erb a prouvé la connexion de ces formes, et M. Charcot a apporté à cette opinion l'appui de sa grande expérience. Tout en reconnaissant au type facio-scapulo-huméral de Déjerine et Landouzy une grande importance, M. Ladame ne va pas jusqu'à en faire une maladie spéciale; c'est peut-être le type classique de la dystrophie musculaire progressive en regard duquel la forme juvénile de Erb, la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie héréditaire de Leyden n'occuperaient qu'un rang secondaire. Il cite une observation avec photographie du type Déjerine-Landouzy: c'est un jeune homme de vingt ans, ayant un grand-père mort d'une atrophie musculaire; à quatorze ans l'atrophie était manifeste à l'épaule droite et au bras, elle occupe également la cuisse droite et commence à s'étendre à gauche. L'atrophie de la face échappe à l'examen, ce qui s'explique par l'examen de la photographie. Intégrité des muscles de la langue, du larynx, de la mâchoire, de l'œil, du diaphragme, du thorax (intercostaux). Pas de contraction fibrillaire; excitabilité électrique simplement diminuée dans les muscles malades, abolition des réflexes cutanés, intégrité des sphincters, pas de troubles sensitifs. Le traitement le plus efficace est la galvano-faradisation des muscles d'après une méthode précise et avec des courants modérés.

Hématémèse hystérique. — M. *Auguste Ollivier* communique plusieurs observations montrant l'existence chez les hystériques d'une hématémèse indépendante de toute lésion organique de l'estomac et d'un trouble menstruel; le diagnostic différentiel, très difficile, de pareils accidents résulte de l'absence de troubles de la nutrition, de la soudaineté du début, le fait d'une récente commotion nerveuse, le rétablissement rapide de la santé; quant à la pathogénie, il faut admettre simplement un trouble vaso-moteur aboutissant à la rupture vasculaire. — M. *Delmas* (de Bordeaux) a observé un cas semblable; ces hématémèses ne sont pas rares, du reste, dans l'hémophilie. De son côté, M. *Constantin Paul* a vu les malades conserver, après de tels accidents, de la dyspepsie et des vomissements, sans toutefois maigrir. M. *de Valcourt* (de Cannes) estime, en raison d'un cas qu'il en a observé, que ces hématémèses proviennent souvent d'une congestion intense de la muqueuse stomacale au moment de la digestion. Quant à M. *Leudet*, il fait observer que ces accidents ne sont pas rares chez les femmes jeunes en dehors de l'hystérie et des règles; on en constate aussi chez les anémiques, par suite de la fragilité spéciale des vaisseaux dans cette maladie. M. *Ollivier* n'a jamais nié ces faits, il a seulement voulu montrer que l'hystérie peut ne se manifester que par un seul symptôme et que l'hématémèse a la valeur d'une contracture isolée.

Amaurose hystérique. — Pour M. *Bernheim*, l'amaurose hystérique, comme toute hémianesthésie sensitivo-sensorielle des hystériques, est purement psychique; l'image est neutralisée inconsciemment par l'imagination; l'hystérique ne voit pas avec les yeux de l'esprit, il se fait une illusion négative des impressions perçues. M. *Bernheim* cite à l'appui deux malades de son service, hystériques avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et ayant une amaurose gauche complète. De plus, l'achromatopsie hystérique est tout aussi psychique que l'amaurose, il s'agit là d'une auto-suggestion inconsciente. Enfin, l'amaurose hystérique n'a aucune localisation anatomique; elle ne réside ni dans la rétine, ni dans le nerf optique, ni dans le centre cortical visuel; elle est localisée uniquement dans l'imagination du sujet. On pourrait démontrer facilement que toute l'hémianesthésie hystérique est un phénomène du même ordre, purement psychique.

Hypnotisme. — Plusieurs communications ont été faites à ce congrès sur l'hypnotisme; il fallait s'y attendre, Nancy étant devenue l'une des villes de France où l'on s'en occupe le plus aujourd'hui. Cependant la première de ces communications a été faite par M. *Auguste Voisin*, sur la production du sommeil hypnotique dans l'aliénation mentale. Déjà, aux précédents Congrès de Blois et de Grenoble, il avait déclaré qu'il y avait là une influence curative manifeste; il apporte de nouvelles observations à l'appui de sa thèse. Trois autres malades, auxquels il a appliqué le même mode de traitement, lui ont permis d'étudier les phénomènes réflexes comme éléments de diagnostic du sommeil hypnotique, de façon à montrer que c'est par cette étude que l'on arrive à se mettre à l'abri de la simulation; pendant l'hypnotisation, il y avait suspension presque complète de l'activité cérébrale avec prédominance d'action bulbaire.

M. *Bérillon* entretient la section de la dissociation expérimentale, dans l'état d'hypnotisme et à l'état de veille, des phénomènes psycho-moteurs. Afin de déterminer ce phénomène, il a institué une série d'expériences, dans lesquelles, utilisant l'aptitude spéciale qu'ont certains sujets, aussi bien dans l'état d'hypnotisme que dans l'état de veille, de se laisser contracturer les muscles du corps, et en particulier de la face, dans une attitude déterminée, il contracture fortement les muscles de la face de plusieurs sujets hommes dans l'expression de l'hilarité la plus nette; en même temps il évoque, dans le cerveau de ces sujets, soit en somnambulisme, soit éveillés, des pensées tristes en complet désaccord avec l'expression hilarante de leur physionomie. Inversement il provoque l'éclosion d'idées très gaies coïncidant avec l'expression la plus lugubre de la physionomie. Tous les autres muscles du corps, sauf ceux de la face contracturée, prennent l'attitude correspondant aux idées du sujet, qui ne se rend pas compte, à moins qu'il n'en soit averti, que l'expression de sa physionomie soit en désaccord avec sa pensée. Ces expériences ayant pu être prolongées pendant plusieurs heures, sans que le sujet s'en plaignît, il a pu en conclure qu'elles fournissent une démonstration physiologique d'une localisation cérébrale distincte des diverses facultés mentales; elles permettent, de plus, de démontrer la possibilité de dissocier expérimentalement chez l'homme hypnotisé ou éveillé ces diverses facultés,

puisque l'on peut, à son gré, modifier la faculté d'expression des sujets, quelle que soit leur émotion intime.

On sait que M. *Liégeois*, professeur à la Faculté de droit de Nancy, a lu, en 1884, à l'Académie des sciences morales et politiques, un mémoire très remarqué sur la suggestion dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel. Il a, depuis cette époque, poursuivi cette étude, dont les travaux des médecins montrent de plus en plus l'importance et la gravité. Il est avéré aujourd'hui qu'on peut, sur un sujet déterminé, avoir assez d'influence pour lui faire effectuer les actes les plus graves sans que celui-ci en ait conscience et en garde le souvenir. Deux sortes de suggestions entre autres peuvent être faites : l'une, à l'état de veille, l'autre à l'état de sommeil provoqué. C'est ainsi qu'à un sujet profondément endormi, il suggère, devant la section, l'idée d'aller, cinq minutes après son réveil, écrire sur un tableau noir la phrase suivante : « *Heureux sera le jour où l'hypnotisme entrera régulièrement dans le domaine de la science.* » Réveillé, le sujet, qui ne se souvient de rien, va, au bout de cinq minutes, écrire sur le tableau la phrase demandée. Peu de temps après, M. Henrot (de Reims) propose de faire écrire de nouveau la phrase déjà citée en remplaçant partout la lettre *r* par la lettre *k*. Le sujet, endormi une seconde fois, puis réveillé, va écrire, à la craie, la phrase ci-après : « *Heukeux seka le jouk où l'hypnotisme entkeka kégulièkement dans le domaine de la science.* » Revenu à sa place, et en pleine possession de ses facultés, le sujet a perdu tout souvenir de l'acte qu'il vient d'accomplir à l'instant, et il ne peut comprendre que l'on ait écrit la phrase étrange qu'il vient de tracer lui-même. Sur deux autres sujets, une jeune fille assez délicate et un jeune homme très robuste, M. *Liégeois* produit des phénomènes de catalepsie, de contracture, de mouvements automatiques, etc. Ainsi, il ne paraît pas inadmissible que l'on puisse faire commettre par suggestion des crimes ou des délits par des personnes susceptibles d'arriver au sommeil somnambulique et qui, ayant agi dans un état de véritable automatisme, devraient être acquittées; il faudrait alors rechercher et punir comme seul coupable, l'auteur de la suggestion criminelle.

M. *Burot* (de Rochefort) fait une communication sur les modifications de la personnalité dans cet état physiologique, et M. *Liébault* (de Nancy) lit un mémoire sur le traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine.

III. *Epidémiologie.* — Épidémie de pneumonie a Paris en 1886. — Sous ce titre, M. *Lancereaux* décrit les caractères des pneumonies qui ont sévi au printemps dernier à Paris. Elles se sont fait remarquer, dit-il, d'abord par leur fréquence anormale, puis par leur coexistence avec la grippe, du moins à partir du mois de mars, par un caractère manifestement épidémique (sur vingt-cinq cas en deux mois, il en a observé, à l'hôpital, six cas intérieurs, qui ont tous été mortels), par un début souvent insidieux, par une marche et des symptômes très irréguliers, par des complications relativement communes et par des localisations non pulmonaires, si bien qu'il en tire cette conclusion que la pneumonie est une maladie générale et contagieuse, pouvant, outre sa localisation ordinaire sur le poumon, se fixer sur un autre organe, celui-là restant indemne, et créant ainsi une sorte d'infection pneumonique.

IV. *Thérapeutique.* — Traitement des fièvres intermittentes rebelles. — Les expéditions coloniales récentes et les travaux de l'isthme de Panama ont permis d'observer en France, et surtout à Paris, un grand nombre de fièvres intermittentes rebelles et de cas de cachexie paludéenne contractés dans ces contrées insalubres. Or, les médecins, peu familiarisés avec ces affections, les traitent par le sulfate de quinine, dont ils saturent les malades. M. *J. Rochard* estime qu'il faut alors suspendre l'emploi de ce médicament, en le réservant pour les accès à venir, et lui substituer le quinquina, l'arséniate de soude et l'hydrothérapie, suivant les cas; s'il survient un accès de fièvre, le sulfate de quinine doit être de nouveau immédiatement prescrit à la dose de 1 gramme, avec diminution successive pendant trois jours, et si les accès deviennent réguliers, il faut l'administrer huit ou dix heures avant; dans tous les cas, on reprend le traitement indiqué dans l'intervalle. En outre, le régime doit être réparateur, mais varié, avec séjour à la campagne et exercice au grand air.

Traitement de la diphthérie.—On connaît le traitement de la diphthérie par l'évaporation d'essence de térébenthine, les badigeonnages répétés à l'aide de cette essence et les fumigations de goudron de gaz et d'essence de térébenthine, que M. *Delthil* (de Nogent-sur-Marne) préconise depuis plusieurs années. Il a jusqu'ici soigné ainsi 134 malades, dont 126 ont guéri; le traitement prophylactique a donné, sur 670 personnes assistant les malades à des titres divers, 3 cas seulement de contagion, qui furent d'ailleurs bénins. M. Delthil développe, en outre, un certain nombre de considérations sur la fréquence de plus en plus grande de la contagion diphthéritique; le chiffre de décès par cette affection dépasse actuellement à Paris 2000 par an; en Saxe, 20 000 individus y ont succombé en quatre ans. La diphthérie paraît être une affection primitivement locale, pouvant débuter par les points de l'organisme les plus divers, pour se généraliser ensuite; elle peut végéter chroniquement pendant plusieurs mois chez le même individu. Sa durée d'incubation est de cinq jours en moyenne. Enfin, l'analogie de la diphthérie de la volaille et de celle de l'homme est de plus en plus probable et la contagion de l'une à l'autre est possible. MM. *Verneuil* et *Bouchard* citent plusieurs cas où l'on a constaté une relation évidente entre des affections qui ont dépeuplé les basses-cours et l'éclosion de la diphthérie chez les habitants des maisons environnantes. M. *Pamard* signale un cas où le traitement térébenthiné lui a donné de bons résultats.

Traitement de la coqueluche. — M. *Netter* (de Nancy) cite un certain nombre d'observations, les unes qui lui sont personnelles et d'autres qu'il emprunte à ses confrères de Nancy, observations dans lesquelles d'excellents résultats ont été obtenus dans le traitement de la coqueluche de l'emploi de l'oxymel scillitique composé exactement selon le Codex et administré tel quel de dix minutes en dix minutes dans l'espace d'une heure. La toux devient grasse et la durée de la maladie en est tout au moins diminuée, ainsi que le nombre des quintes. Chez l'enfant à la mamelle, il faut donner 20, 40, 60 gouttes en vingt-quatre heures, dans l'intervalle des tétées; chez l'enfant de deux ans, 4 à 5 cuillerées à café en une heure et s'arrêter jusqu'au lendemain à la même heure; à trois ans et au-dessus, 6 à 7 cuillerées à café; chez l'adulte, 8 à 10. Continuer jusqu'à la disparition complète des quintes, qui arrive en trois, quatre, huit jours au plus, et ne cesser que lorsqu'on voit l'amélioration se produire nettement, par crainte de récidive immédiate.

Traitement de la phthisie. —M. *Seiler* a traité des tuberculoses par les inhalations d'acide fluorhydrique, à la dose de 50 grammes par 150 grammes d'eau et dans la proportion d'environ dix litres de mélange par mètre cube d'air. Les inhalations se font dans une salle où les malades séjournent une heure chaque jour. Comme résultats, il déclare avoir observé, après un nombre variable de séances suivant les cas, la suppression de la dyspnée et de l'oppression, la disparition des quintes de toux et des sueurs nocturnes, la réapparition du sommeil, les modifications heureuses de l'expectoration et une amélioration marquée de l'état général.

M. *Bouchard* rappelle que l'emploi de cette méthode, proposée en 1854, n'avait pas jusqu'ici donné de résultats; elle

n'avait pas d'ailleurs acquis à cette époque un tel degré de précision.

Traitement des cardiopathies artérielles. — M. *Huchard*, poursuivant ses recherches, déjà communiquées au Congrès de Grenoble, sur la guérison des angines de poitrine vraies au moyen des iodures, rappelle qu'il est des cas où des souffles organiques ont en même temps disparu. A côté du groupe des cardiopathies rhumatismales, il place celui des cardiopathies artérielles, qui, au début, peuvent disparaître sous l'influence de doses de 1 à 3 grammes par jour d'iodure de sodium avec des périodes assez longues de repos.

Scrofule et bains de mer. — M. *de Valcourt* (de Cannes) signale les avantages du traitement de la scrofule, chez les enfants, par l'air et les bains de mer, pendant l'hiver, sur les plages de la Méditerranée. Il fait connaître les excellents résultats obtenus à l'hôpital maritime installé depuis 1882 à Cannes par M. J. Dollfus, à l'exemple des nombreux hospices marins que l'Italie a établis sur les côtes de l'Adriatique et de la Méditerranée.

V. *Chirurgie*. — Indolence et douleur dans les néoplasmes. — Ainsi que le fait remarquer M. *Verneuil*, les ouvrages actuels de pathologie externe sont muets sur le chapitre spécial de la douleur dans les néoplasmes. Or, l'on dit communément que la douleur, nulle ou faible, accompagne en général les néoplasmes bénins, tandis que ces données sont très incertaines pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des tumeurs. En effet, lorsque la douleur manque, médecin et malade négligent de faire l'examen de l'organe, et nécessairement la tumeur est méconnue; cette erreur de diagnostic en entraîne d'autres pour le pronostic et le traitement; une opération qui serait urgente est repoussée ou ajournée. La dolence et l'indolence sont des signes contingents des tumeurs, et quelle que soit la nature du néoplasme, l'indolence est beaucoup plus commune que la douleur, au début; car, tant que la tumeur n'est pas envahissante, elle ne peut être douloureuse. Car ces néoplasmes ne renferment pas de nerfs, et ne font souffrir que lorsqu'ils irritent les nerfs de voisinage. La douleur devient alors un signe important pour le clinicien : elle indique que la généralisation a commencé, soit dans les ganglions voisins, soit dans les viscères; c'est dire que le résultat de l'opération est compromis. En résumé, il est incontestable que la douleur existe dans les néoplasmes, mais c'est un phénomène extrinsèque, tandis que l'indolence est un phénomène intrinsèque. M. *Bernheim* ajoute que tous les médecins ont vu dans les viscères, à l'autopsie, des cancers qui ne s'étaient manifestés pendant la vie par aucun symptôme douloureux.

Panaris osseux et ostéomyélite infectieuse.— Il résulterait d'une dizaine d'observations recueillies dans le service de M. Verneuil, d'après M. *L.-H. Petit*, que le panaris osseux peut être assimilé à une ostéomyélite infectieuse capable de causer des accidents d'infection, même au bout d'un temps relativement long, sous l'influence d'une cause pathologique banale, surtout chez des sujets affaiblis et débilités. Ainsi cette affection, considérée en général comme bénigne, est précédée ou suivie de l'entrée dans le torrent circulatoire de microbes pathogènes, lesquels, sous l'influence d'une cause quelconque qui provoque leur irruption hors des vaisseaux sanguins, provoquent des collections purulentes multiples et un appareil fébrile grave. Le panaris se comportant, en pareil cas, comme l'ostéomyélite infectieuse, serait parfois une ostéomyélite, et, par analogie avec cette dernière, il faut la considérer comme infectieuse. Les cas qui viennent d'être rapportés, objecte M. *Hergott père*, ne sont pas douteux; mais n'est-ce pas s'avancer trop loin que d'en faire remonter l'origine à un panaris? on observe nombre de cas de cette affection sans accidents généraux. Sans doute, mais dans les cas cités, réplique M. *L.-H. Petit*, tous les malades étaient déjà affaiblis par une suppuration prolongée. Quant à M. *Verneuil*, il estime que le panaris de la première phalange tout au moins est un abcès sous-périosté, susceptible de donner lieu à des accidents infectieux. M. *Bouchard* pense aussi que le panaris, quel qu'il soit, constitue une infection locale; l'ostéomyélite aiguë aussi. La difficulté, dans les cas de M. Petit, est de savoir si c'est l'agent pathogène du panaris qui a causé l'infection; la difficulté est là, car un agent venu du dehors en pourrait être rendu responsable tout aussi bien. Le panaris, ajoute M. *Henrot* (de Reims), pourrait être considéré comme l'*accident* local d'une maladie générale ayant fait ailleurs son effraction.

Phlegmon sous-pectoral des alcooliques; auto-traumatisme et auto-infection. — Pour M. *Lardier* (de Rambervillers), le phlegmon sous-pectoral est, chez certains alcooliques, le résultat de la fatigue et du surmenage des muscles pectoraux (auto-traumatisme); il est susceptible d'être résorbé, et à la suite de cette résorption se développent parfois des abcès métastatiques qui dénotent l'auto-infection. Il faut alors ouvrir le phlegmon aussitôt que la fluctuation est perceptible, et, comme traitement général, avoir recours à la strychnine, pour laquelle les alcooliques ont une tolérance tout à fait extraordinaire.

Abcès de la région ano-rectale. — M. *Reclus* compare la méthode de Paget à la méthode ancienne de Foubert pour le traitement des abcès de la marge de l'anus, l'une consistant à traiter l'abcès comme la fistule externe à laquelle il donne presque toujours naissance, l'autre à en faire l'incision simple. Il se prononce, avec preuves concluantes à l'appui, pour l'opération immédiate de la fistule, après l'ouverture spontanée ou ponction simple de l'abcès, de façon à supprimer tout intermédiaire entre celui-ci et la fistule; les procédés opératoires actuels rendent d'ailleurs cette méthode promptement et définitivement efficace, tandis que la plupart des cas de guérison cités au profit de l'ancienne méthode n'ont donné lieu qu'à une amélioration temporaire.

Désarticulation du genou. — M. *Heydenreich* (de Nancy) présente un enfant de trois ans et demi, tuberculeux, auquel il vient de pratiquer la désarticulation du genou pour une ostéite de l'extrémité inférieure des os de la jambe; le résultat obtenu est des plus remarquables. Comparant ensuite cette opération avec l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, il montre que la mortalité est à peu près semblable dans les deux cas, l'avantage paraissant toutefois rester à la première. Il est vrai qu'en général le moignon est mauvais dans la désarticulation du genou, bien qu'il doive être plus long, plus maniable et puisse servir de base de sustentation au poids du corps; mais c'est là un accident primitif, et, lorsque le moignon est d'abord bon, il reste bon. S'il est parfois douloureux, ulcéré, cela est dû à la suppuration du cul-de-sac sous-tricipital : or on évitera cet accident en n'opérant que sur une articulation saine et avec la plus rigoureuse antisepsie. Dans ces cas, le moignon est bien supérieur au moignon de l'amputation au tiers inférieur. M. *Verneuil* approuve les deux indications posées par M. Heidenreich; il pense toutefois qu'il faut être très réservé sur les applications de cette opération.

Contre-indications opératoires des tumeurs mélaniques par l'examen du sang. — M. *Nepveu* a constamment observé dans le sang des sujets atteints de tumeurs mélaniques des granulations à l'état libre, des leucocytes devenus en tout ou en partie mélaniques. Dès que la tumeur enlevée, les embolies vasculaires diminuent rapidement en nombre et en importance, pour reparaître en grande quantité lorsque survient la récidive. L'opération n'est donc pas seulement palliative. M. *Nepveu* montre d'autre part

gravité des troubles que ces embolies peuvent amener dans la circulation générale et surtout dans la circulation cérébrale.

Dysménorrhée membraneuse. — M. *Landowski* lit un mémoire sur le traitement local de la dysménorrhée membraneuse à l'aide de l'électrocautère, après dilatation des orifices utérins d'une manière plus que suffisante au moyen de cônes d'éponge préparés.

Métrite chronique. — M. *Apostoli* préconise l'emploi de la galvanocaustique pour le traitement de l'endométrite; il se sert du pôle positif ou acide dans les formes hémorrhagiques et du pôle basique ou négatif dans les formes non hémorrhagiques.

VI. *Oculistique.* — Cataracte. — M. *Rohmer* (de Nancy) a pratiqué dix fois la maturation artificielle de cataractes séniles en achevant l'opacification des couches corticales par la discission de la cristalloïde antérieure, l'évacuation de l'humeur aqueuse par l'ouverture de la piqûre, puis le massage; trois jours après, le résultat fut toujours excellent, c'est-à-dire qu'aussitôt après l'extraction, la pupille apparut noire et resta telle.

Si le résultat était incomplet, il propose, ainsi qu'il l'a fait une autre fois avec succès, de l'achever en faisant une iridectomie, complémentaire de la maturation et préventive pour l'extraction. Enfin, si après l'extraction faite dans ces conditions, il persiste dans le champ pupillaire quelques débris de substance corticale opacifiés consécutivement, les moyens adjuvants tels que l'aspiration ou les lavages intra-oculaires en auront aisément raison.

Ophthalmie scrofuleuse dans les Vosges. — M. *Couturier* (d'Epinal) communique le résumé de dix-sept observations d'iritis séreuse qu'il a recueillies dans les Vosges sur des malades porteurs d'accidents ou de stigmates scrofuleux évidents et qui présentaient, en outre, des traces de poussées multiples d'ophthalmie phlycténulaire sous forme de taies légères et plus ou moins nombreuses. Deux fois il a vu l'iritis séreuse se produire dans le cours même d'un accès de phlyctènes oculaires. D'où il conclut qu'une notable proportion d'iritis séreuses est due, non à la syphilis héréditaire, comme on l'a dit, mais à la scrofule.

— Par 29 voix contre 17 données à M. Grasset (de Montpellier) M. *Pamard* (d'Avignon) est élu président de la section médicale pour la session de 1887 à Toulouse.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des abcès du foie par la résection des côtes, par M. Kartulis (d'Alexandrie). — Les résultats de la ponction et de l'incision des abcès hépatiques sont défavorables, même avec toutes les précautions antiseptiques, parce que le pus ne peut s'écouler librement. M. Kartulis a eu l'idée de pratiquer la résection de la côte au niveau de l'abcès; il l'appliqua à deux cas désespérés et réséqua dans l'un la septième côte, dans l'autre la huitième côte; les deux malades guérirent. M. Zancardt fit plusieurs autres résections de côtes pour des cas analogues, à l'hôpital grec, en présence de l'auteur, et les résultats furent surprenants. Le principal inconvénient de l'opération, c'est que dans les cas, rares du reste, où il n'y a pas d'adhérences formées et où la situation même de l'abcès force à sectionner le diaphragme, le pus peut fuser dans la cavité thoracique; il y aurait lieu, en pareil cas, de réséquer plusieurs côtes et de drainer à la fois la cavité pleurale et le foyer de suppuration du foie.

S'il s'agit d'abcès du lobe gauche, la ponction peut suffire; si les abcès sont volumineux ou situés profondément, il faut répéter les ponctions ou laisser une canule à demeure, avec les précautions de l'antisepsie, surtout s'il n'existe pas d'adhérences. Encore faut-il finalement recourir à l'incision. Quant aux abcès du lobe droit, il faut intervenir de bonne heure et ne pas attendre que les adhérences se forment, car la situation est toujours grave; l'ouverture doit toujours être pratiquée après résection de la côte correspondante, une fois le siège de l'abcès reconnu au moyen de la ponction exploratrice. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 26.)

Paralysie des dilateurs de la glotte comme symptôme initial du tabes dorsal, par M. Weil. — Il s'agit d'un malade de quarante-neuf ans, très vigoureux, qui présenta il y a un an un accès d'asthme de dix minutes de durée; un second accès de ce genre survint il y a quatre semaines. Depuis lors, la respiration devint bruyante à la moindre excitation corporelle, pour ensuite redevenir normale. On reconnut une paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte. Cette lésion a caractérisé ici le début d'un tabes que des symptômes notés ultérieurement, blépharoptose légère à droite, immobilité de la pupille, absence de réflexe patellaire, ataxie, symptôme de Romberg, etc., seuls permirent d'établir sûrement. C'est un fait qu'il ne faudrait pas perdre de vue, dans le cas où l'on constaterait une paralysie des cordes vocales sans cause apparente. (*Berliner klin. Wochensch.*, 1886, n° 13.)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des luxations de l'extrémité supérieure du radius, et plus particulièrement sur les causes de l'irréductibilité de ces luxations et sur leur traitement, par J. Marcellino de Moraes Barros. — Thèse de doctorat, Genève, 1886.

Cette thèse, inspirée par M. J. L. Reverdin, est divisée en quatre chapitres : 1° mécanisme des articulations radio-humérale et cubitale supérieure : anatomie et physiologie; 2° luxations de l'extrémité supérieure du radius, ses variétés, son mécanisme; 3° causes de l'irréductibilité immédiate et tardive; 4° traitements et résultats d'opération. Physiologiquement, pour M. Moraes Barros, l'articulation huméroradiale n'est pas une trochlée, mais une énarthrose. Les surfaces en sont sphériques, et, de plus, comme le dit Streubel, dans la pronation et la supination, la tête radiale décrit une véritable circumduction, en sens inverse du cercle parcouru par l'extrémité inférieure autour de la petite tête de cubitus. Du chapitre suivant, nous ne retiendrons ici que les expériences personnelles à l'auteur sur le mécanisme des luxations huméro-radiales. M. Moraes Barros a eu, par choc direct, quelques rares luxations en avant et en arrière. Mais les causes indirectes surtout agissent; cliniquement il s'agit en général de chutes sur la paume de la main et on peut reproduire à peu près ce mécanisme sur le cadavre, en appliquant la force sur l'éminence thénar, et non sur l'avant-bras comme l'avaient fait Streubel et Pingaud. Pour la luxation en avant, il faut agir dans l'extension forcée et on réussit surtout si on y joint une forte supination; tout récemment, au contraire, Kœlliker avait employé, avec succès paraît-il, la pronation forcée. Souvent, la tête radiale se met en dehors, mais ce déplacement est secondaire; toujours, dit M. Barros, elle est primitivement en avant et en dedans. C'est le ligament annulaire qui s'oppose à cette luxation, on ne peut la produire, chez l'homme adulte et vigoureux, que si on a d'abord pratiqué la section sous-cutanée de ce ligament.

Pour la luxation en arrière, il faut, comme le dit Streubel, avoir recours à la flexion brusque de l'avant-bras, après extension forcée, la main étant en pronation; c'est alors le ligament postéro-externe qui résiste et dont la rupture est indispensable; malgré Pingaud, le ligament annulaire peut

rester intact. La luxation en dehors ne se produit pas, comme l'admettait Broca, par le seul redressement de l'angle huméro-cubital, par flexion latérale interne du coude : il est indispensable d'ajouter à cela une forte pression sur l'éminence thénar, l'avant-bras étant en supination. Enfin la luxation par élongation a pour cause principale la traction, aidée par la torsion ; la pronation simple ne suffit jamais. Tous ces déplacements sont parfois sérieux par leur irréductibilité ou par l'impossibilité de la contention. Ici, la tension des parties non déchirées de la capsule joue un certain rôle ; mais surtout il faut incriminer l'interposition entre les surfaces du ligament annulaire, quelquefois du ligament latéral externe ; Moraes Barros a vérifié cela expérimentalement et conclut qu'en cas d'irréductibilité primitive il ne faut pas hésiter à aller, par une arthrotomie, à la recherche de l'obstacle. L'irréductibilité tardive relève des phénomènes qui président à la formation de la néarthrose consécutive. L'antisepsie permet aujourd'hui de revenir à la résection de la tête radiale, repoussée par Malgaigne, Streubel, et M. Barros à trois observations de Lœbker en ajoute une inédite du professeur J.-L. Reverdin.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Association française pour l'avancement des sciences : Congrès de Nancy ; excursion a Contrexéville et a Vittel. — La section des sciences médicales du Congrès de Nancy avait été spécialement conviée à visiter les établissements thermaux de Contrexéville et de Vittel, une excursion spéciale fut organisée à cet effet pour le mercredi 18 août. Environ soixante-dix médecins français et étrangers quittèrent Nancy à midi par train spécial ; après un arrêt de deux heures pour visiter les thermes de Contrexéville, ils arrivèrent à Vittel, où les attendaient le directeur de l'établissement, les médecins de la localité et un grand nombre de baigneurs, désireux de témoigner de leur vive sympathie pour les excursionnistes. Après un examen détaillé des diverses parties du magnifique établissement fondé, en 1854, par M. L. Bouloumié, et si remarquablement transformé, dans ces derniers temps, par M. Charles Garnier, la soirée s'est terminée par un dîner offert par l'administration des eaux. Au dessert, M. Rochard, vice-président de l'Association française, a porté un toast, avec l'éloquence entraînante qui lui est habituelle, à la prospérité de cette station si hospitalière ; M. Pateron, doyen des médecins de Vittel, M. Debout d'Estrées, au nom des médecins de Contrexéville, M. Charles Garnier, l'éminent architecte, et enfin M. L. Bouloumié ont successivement pris la parole. Puis les visiteurs regagnèrent Nancy, emportant le souvenir de l'entrain, de la gaieté, de la cordialité si marqués avec lesquels chacun s'était efforcé de prendre sa part de cette brillante réception. G. M.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur pour faits de guerre au Tonkin et dans l'Annam : MM. Cardot, Joannet et Durand, médecins-majors de 2e classe ; M. Badinier, médecin aide-major de 1re classe.

Centenaire de M. Chevreul. — Le 31 août 1886, M. le professeur Chevreul, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, aura accompli sa centième année. A cette occasion, M. le ministre de l'instruction publique présidera, mardi prochain, à deux heures précises, la cérémonie d'inauguration de la statue de l'illustre savant, par M. Guillaume (de l'Institut), dans la grande salle des nouvelles galeries du Muséum d'histoire naturelle de Paris, en présence des professeurs et du haut personnel de cet établissement, ainsi que des délégués de tous les corps savants de la France et de l'étranger. Plusieurs discours seront prononcés, entre autres par le ministre de l'instruction publique et par M. le professeur Fremy, directeur du Muséum. Une notice comportant la nomenclature des principaux travaux et le portrait de M. Chevreul sera remise aux invités par l'administration du Muséum. Le soir, à sept heures, un banquet par souscription sera offert à M. Chevreul, à l'Hôtel de Ville. La veille doit avoir lieu, à l'Opéra, une représentation extraordinaire, au cours de laquelle sera lue une ode de M. Armand Sylvestre à l'illustre centenaire, par M. Sylvain, de la Comédie-Française.

Service médical de colonisation en Algérie. — Sous ce titre fonctionne, depuis longtemps, dans notre principale colonie, un service qui a été institué en vue d'assurer aux indigents des secours médicaux gratuits.

Le personnel comprend une centaine de médecins, qui sont divisés en cinq classes, auxquelles correspondent des traitements variant de 3000 à 5000 francs. Les titulaires des circonscriptions médicales ont, en outre, droit au logement ou à une indemnité représentative fixée à 500 francs. A ces allocations fixes peuvent s'ajouter des honoraires provenant tant de la clientèle payante que des services spéciaux, tels que vacations judiciaires, police des mœurs, service médical des hôpitaux, etc. Toutefois ces avantages varient notablement d'une localité à l'autre. Presque nuls dans certaines circonscriptions où la population européenne est noyée dans l'élément indigène, ils ont, dans d'autres, une réelle importance. Les médecins de colonisation sont choisis, par le gouverneur de l'Algérie, parmi les docteurs en médecine n'ayant pas dépassé trente-cinq ans ; mais la limite d'âge est portée à quarante ans pour ceux qui comptent cinq ans de services militaires.

Nous avons cru utile de donner ces renseignements sommaires sur une institution qui est si peu connue en France. Ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir des indications plus complètes les trouveront dans le décret du 23 mars 1883, qui a réorganisé le service dont il s'agit.

Choléra. — L'épidémie entre en décroissance dans le sud de l'Autriche ; elle vient d'envahir les bords du lac de Lugano, sur la frontière italo-suisse.

Nécrologie. — On annonce le décès de M. René Briau, bibliothécaire en chef de l'Académie de médecine ; de M. le docteur Keisser (de Lyon) ; de M. le docteur Frank-H. Hamillton (de New-York) ; de M. le docteur Migotti (de Czernowitz, Autriche).

Mortalité a Paris (33e semaine, du 15 au 21 août 1886. — Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 10. — Choléra, 0. — Erysipèle, 0. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 44. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 29. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 21. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 32. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 94 ; au sein et mixte, 52 ; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 63 ; de l'appareil circulatoire, 51 ; de l'appareil respiratoire, 35 ; de l'appareil digestif, 45 ; de l'appareil génito-urinaire, 19 ; de la peau et du tissu lamineux, 1 ; des os, articulations et muscles, 14. — Morts violentes, 16. — Causes non classées, 16. — Total : 915.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Microbes et maladies, par M. le docteur J. Schmitt. 1 vol. in-18 jésus de 300 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Traitement chirurgical de la péritonite (thèse d'agrégation), par M. le docteur H. Truc. 1 vol. in-8. Paris, F. Alcan. 4 fr.

Almanach annuaire des médecins et des pharmaciens de la France, de l'Algérie et des colonies pour l'année 1887. (En souscrivant). 2 fr.
— Hors Paris (*franco*). On ne paie qu'après réception. 2 fr. 50
— On souscrit, dès à présent, chez M. Alcan-Lévy, éditeur, 24, rue Chauchat, à Paris.

De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, par M. le docteur A. Gerbaud. Grand in-8 de 224 pages, Paris, J.-B. Baillière et fils. » »

La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance, par M. Eugène Alliot. In-18 de 86 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Formulaire de thérapeutique, publié sous la direction de M. le docteur Lutaud, suivi des *Applications nouvelles à la thérapeutique*, par M. le docteur Campardon, et d'un *Vade-mecum des injections hypodermiques*. 4e édition. 1 vol. in-18 de 443 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

6583. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Centenaire de M. Chevreul.

L'Académie de médecine a tenu à s'associer aux hommages rendus à M. Chevreul à l'occasion de son centenaire, en levant sa séance en signe d'honneur, suivant l'heureuse expression de M. H. Roger qui la présidait en l'absence du bureau. Au moment même l'illustre vieillard recevait, au Muséum, les hommages empressés des représentants les plus autorisés des corporations savantes, françaises et étrangères. Depuis 1823, il fait partie de l'Académie à titre d'associé libre et celle-ci ne pouvait manquer de prendre part aux félicitations adressées de tous côtés à son vénéré doyen.

Nous n'avons pas à retracer ici les détails des fêtes extraordinaires qui ont salué l'entrée de M. Chevreul dans son second siècle; cette apothéose a été comme la glorification du travail et de la science et nous ne pensons pas qu'en aucun temps et chez aucun peuple les hommages rendus en une telle circonstance aient jamais revêtu un caractère plus général. On n'en avait jamais exprimé de semblables qu'à des poètes, des hommes politiques ou de grands capitaines. Sans doute dans les manifestations de ces deux jours il en est quelques-unes qui pouvaient paraître quelque peu éloignées du but que les amis et les collègues du savant avaient cherché à atteindre; mais ces manifestations mêmes, qu'en tout autre pays on eût regardées comme déplacées, n'ont été en France que l'expression du désir exprimé par toutes les catégories sociales de témoigner, chacune à leur manière, de la joie générale et de l'orgueil commun pour l'homme et le savant. En un pays où chacun tient à exercer sa part de l'autorité, il n'en pouvait être autrement; de telles manifestations ne sont pas inutiles pour le développement et la vulgarisation de la science, en un siècle qui lui doit tant. La verte vieillesse de M. Chevreul, tout entière encore consacrée au travail, ennoblie par une bonne humeur constante, est un de ces exemples qui ne sauraient trop s'imposer avec force et autorité à l'attention publique.

FEUILLETON

Lettres médicales.

Le choléra en Europe de 1884 à 1886. — La surveillance médicale aux frontières françaises. — L'hygiène et les mouvements de la population. — Les médailles pour les épidémies. — Les victimes du devoir professionnel : sonnet à Jean Dussaud.

La réapparition du choléra dans le sud de l'Europe a rappelé, cher confrère, votre attention sur la situation sanitaire de la France et vous me faites l'honneur de me demander ce qu'on en pense à Paris. C'est en effet une habitude bien inhérente à nous autres Français que de vouloir toujours attendre soit la confirmation de notre opinion, soit notre opinion elle-même, de l'impression ressentie dans la capitale en telle ou telle circonstance. Sans doute on y peut trouver des avantages; mais en matière d'hygiène publique les inconvénients de cette manière de procéder sont souvent fâcheux et non sans quelque danger parfois. L'Etat ne peut tout faire à lui seul, lorsqu'il s'agit des intérêts immédiats de chacun. Quoi qu'il en soit, cher confrère, je vais m'efforcer de satisfaire à votre curiosité. Veuillez d'ailleurs ne prendre ma réponse que pour ce que vaut une opinion individuelle; car il serait impossible, en ce moment, de pouvoir recueillir, à Paris, une opinion collective sur un sujet quelconque de cet ordre, tant la capitale manque de ses habitants accoutumés; je gage que vous comptez peut-être plus de médecins parisiens dans vos alentours que vous n'en auriez trouvé mardi dernier dans la salle des Pas-Perdus de la rue des Saints-Pères.

Voilà trois années que l'Europe subit le choléra. Après l'épidémie qui, en 1883, se limita à l'Egypte en y faisant 70000 victimes environ, l'Italie et la France ont été surtout éprouvées en 1884; on a compté 14299 décès cholériques en Italie et 8719 tant en France qu'en Algérie au cours de cette année. En 1885, l'Espagne, la France et l'Italie furent

CLINIQUE MÉDICALE

De la myopathie progressive primitive.

Pendant longtemps les atrophies musculaires essentielles ont été relativement négligées au profit des atrophies deutéropathiques, en particulier de celles qui relèvent d'une lésion primitive de la moelle épinière. Peut-être serait-il encore plus vrai de dire que toutes les myopathies, ou peu s'en faut, n'ont figuré dans les descriptions pathologiques qu'à titre de conséquences ou de symptômes de quelques affections spinales. Depuis plusieurs années, une réaction se manifeste contre cet exclusivisme, et nous voyons se constituer peu à peu un groupe important de maladies de la fibre striée, sans participation ni intervention de la moelle ou des nerfs périphériques.

Il suffisait que l'attention fût éveillée pour que les faits vinssent au jour immédiatement et en assez grand nombre. Mais ces faits étaient disparates, et, comme il arrive la plupart du temps, on éprouva d'abord quelque difficulté à dégager leurs connexions et à débrouiller leur parenté. En d'autres termes, leurs différences frappèrent plus que leurs ressemblances. De là toutes ces variétés et ces formes cliniques que chacun baptisa de son nom. Aux atrophies deutéropathiques du type Aran-Duchenne ou du type Charcot, on opposa les atrophies protopathiques du type Leyden-Mœbius ou du type Erb, ou du type Landouzy-Dejerine, etc.

Il y a un an, dans une leçon dont le *Progrès médical* a donné un résumé très substantiel, M. Charcot appela pour la première fois l'attention sur le côté artificiel de toutes ces divisions, et fit voir que les *types* cliniques dont il s'agit, loin de constituer autant de maladies distinctes, appartiennent à une seule et même espèce, qu'on pourrait appeler la *myopathie primitive progressive*, et dont le morcellement s'explique uniquement par les besoins de l'analyse. Depuis cette leçon, souvent citée, MM. Marie et Guinon ont développé la même thèse et produit, pour la justifier, de belles observations, recueillies dans le service de clinique nerveuse ou à la consultation de la Salpêtrière. D'autres observations encore plus récentes de Cénas et Douillet, de Brossard, de Westphal, d'Erb, etc., confirment également l'opinion de M. Charcot. Voilà donc le problème des myopathies essentielles très heureusement simplifié par la fusion de tant de formes réputées distinctes dans la *myopathie progressive primitive*. Quoiqu'il existe d'autres myopathies essentielles, cette dernière semble de beaucoup la plus importante, et c'est d'elle seulement que nous nous occuperons aujourd'hui.

I

De toutes les myopathies essentielles ou *protopathiques*, la plus anciennement connue — bien que son histoire ne date que d'une vingtaine d'années — est la *paralysie pseudo-hypertrophique*. Cette affection consiste, comme chacun sait, dans la disparition de l'élément musculaire contractile, auquel se substitue une proportion équivalente ou supérieure d'éléments cellulo-fibreux et de cellules adipeuses. La substitution s'effectuant exclusivement dans les limites naturelles du muscle, et le plus ordinairement dans certains groupes déterminés de muscles, il en résulte cette apparence d'hypertrophie par laquelle on a cherché à caractériser la maladie. Or la lésion musculaire d'où résultent, en pareil cas, les troubles fonctionnels, n'est commandée en aucune façon par une altération spinale ou nerveuse. A une époque où, par une sorte d'engouement, on était disposé à localiser le processus pathogénique de tous les troubles trophiques dans la substance grise de la moelle épinière, M. Charcot faisait déjà des réserves sur cette tendance : « Il faut, disait-il, se garder de céder à l'envie de tout expliquer physiologiquement par la lésion des cornes grises spinales antérieures. Cette lésion a son domaine pathogénique fort vaste déjà; il ne faut pas l'étendre à l'excès, si l'on ne veut pas courir le risque de tout compromettre... L'histoire de la paralysie pseudo-hypertrophique nous offre un exemple de myopathie généralisée progressive se développant en dehors de toute influence du système nerveux. »

Les observations de *paralysie pseudo-hypertrophique* se sont multipliées, et peu à peu on s'est rendu compte que l'augmentation de volume des muscles est loin de constituer, au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la clinique, le phénomène essentiel. Elle représente assurément un élément de diagnostic de haute valeur, mais c'est à peu près tout. Ainsi MM. Damaschino, Hamon, Bourdel, Moëbius, Gradenigo ont tour à tour signalé la coexistence d'une véritable atrophie musculaire avec la pseudo-hypertrophie. Dans 59 cas, le dernier de ces auteurs a relaté 21 fois l'atrophie du muscle grand pectoral, 17 fois l'atrophie du biceps, 6 fois l'atrophie du grand dorsal. Cette localisation dans la région des deux épaules produisait un écartement des omoplates analogue à celui qu'on appelle *scapulæ alatæ*.

---

de nouveau visitées par le fléau ; tandis qu'il succombait 3459 personnes en Italie et à peu près autant en France, on enregistrait en Espagne le chiffre effroyable de 119 820 décès. Et voici que maintenant l'Italie et le sud de l'Autriche sont atteints, comme si les 220 000 victimes que le mal indien a faites en Egypte et en Europe en trois ans n'avaient pas épuisé sa force d'expansion hors des territoires où il reste d'ordinaire cantonné! Etant donnée la création successive des « foyers de renforcement » que ne peuvent manquer de déterminer de telles manifestations épidémiques, il convient évidemment de se tenir constamment sur ses gardes. Or, quelles que soient les obscurités dont est encore entourée l'étiologie du choléra, vous reconnaîtrez avec moi, cher confrère, pour peu que vous ayez été mis au courant des plus récentes recherches, qu'il est bien difficile d'admettre que le choléra *se respire* et qu'il est plus rationnel d'affirmer qu'il *s'avale*. Je m'explique : la plupart des cas, sinon tous, pour lesquels la transmission a été prouvée ont montré que le germe cholérique était certainement contenu dans les aliments ingérés ou qu'il avait pu être absorbé par les muqueuses ou par la peau, dans les conditions où l'absorption par celle-ci est possible. Il a notamment été fait, à propos du choléra en Italie en 1884 et en 1885, une étude officielle des plus remarquables, dans laquelle ce fait est nettement établi et, à l'occasion de notre épidémie cholérique de 1884, M. le docteur Thoinot, conseillé par MM. Brouardel et Marey, a pu faire une monographie considérable qui ne laisse aucun doute à cet égard. Aussi, voici quelle est aujourd'hui l'opinion la plus générale, à Paris, comme vous me le demandez, cher confrère, dans toute la France aussi sans doute : le choléra est toujours importé dans notre pays et c'est actuellement par la voie du canal de Suez et la Méditerranée qu'il nous arrive de l'Inde ; ses points de débarquement naturels sont la côte de Menton à Port-Vendres, et tout spécialement Marseille, Toulon et Cette. Dès qu'il a pris pied, le fléau tend naturellement à se propager, et l'agent infectieux, quel qu'il

En outre, l'atrophie dont il s'agit n'est pas consécutive à la pseudo-hypertrophie, elle est habituellement concomitante, quelquefois même antérieure. On ne peut donc pas la considérer comme une conséquence extrême de la pseudo-hypertrophie.

Mais voici qui est encore plus important : il est des groupes de muscles dont le volume n'a subi aucune modification apparente, et dont la fonction est cependant presque complètement anéantie. Le trouble fonctionnel dont il s'agit ici est d'ailleurs identique à celui qui résulterait de la dégénération pseudo-hypertrophique. Friedreich le premier a signalé cette indépendance du symptôme et de la lésion apparente. M. Bourdel y a insisté ensuite, en faisant voir que l'affaiblissement est toujours antérieur — et de beaucoup — à l'hypertrophie ou à l'*atrophie concomitante*, et qu'il n'a aucun rapport avec celles-ci. Enfin M. Marie a exprimé la même idée, en quelque sorte sous forme de loi : « Dans la paralysie pseudo-hypertrophique, le volume des muscles n'est rien, l'affaiblissement est tout. »

Le nombre chaque jour croissant des faits a fait découvrir encore d'autres particularités de la même maladie, de nature à diminuer singulièrement la valeur pathognomonique de la pseudohypertrophie. En effet, à côté des cas où un certain degré d'atrophie se combine avec celle-ci, il en est d'autres où l'on ne saurait reconnaître *ni hypertrophie ni atrophie*, et en présence desquels cependant le diagnostic ne peut hésiter : c'est bien de la même maladie qu'il s'agit, à cette différence près que tout est fonctionnel, c'est-à-dire qu'on observe le même affaiblissement dans les mêmes groupes de muscles, la même évolution lente de la maladie sous l'influence de la même prédisposition héréditaire, le même retard intellectuel, etc. L'enfant atteint de la paralysie hypertrophique classique a, dans la station debout, les jambes écartées; sa démarche est dandinante; étendu horizontalement sur le dos, il lui est impossible de se relever, ou n'y parvient qu'à la condition de « grimper après ses jambes ». Tout cela n'est-il pas plus caractéristique qu'une hypertrophie musculaire apparente, aléatoire en somme, et presque toujours associée à l'atrophie de certains muscles? C'est donc par les seuls troubles fonctionnels que la diagnostication est réalisable dans les cas où la pseudo-hypertrophie fait défaut. Il est donc, actuellement, aussi légitime d'affirmer l'existence d'une paralysie pseudo-hypertrophique sans hypertrophie que celle d'une paralysie agitante sans tremblement ou d'une ataxie locomotrice sans incoordination. Et cela revient à dire, en résumé, que toutes ces désignations sont mauvaises si on les prend au pied de la lettre.

Enfin, quelques symptômes sur lesquels l'attention n'avait pas été suffisamment retenue se présentent encore avec une fréquence relative dans la paralysie pseudo-hypertrophique : la *petite amplitude du mouvement d'ouverture des paupières*, la *bouche béante*, l'*impossibilité de siffler*, bref la participation de la face à l'impotence fonctionnelle.

II

En 1883, au Congrès médical de Fribourg, Erb signala l'existence d'une espèce nouvelle d'amyotrophie, caractérisée surtout par sa plus grande fréquence dans la jeunesse, sa progression lente et sa localisation. Les muscles frappés d'atrophie sont, ici encore, ceux de la ceinture scapulaire, du bras proprement dit, du bassin et des cuisses. Le processus est lent, quelquefois intermittent, sans aucun trouble des fonctions sensitivo-sensorielles, sans complications organiques. A l'inverse de ce qu'on observe dans les amyotrophies deutéropathiques, il n'existe point ici de secousses fibrillaires, et, comme dans la paralysie pseudo-hypertrophique, les réflexes tendineux sont longtemps conservés.

L'énumération détaillée des muscles envahis par l'atrophie, tour à tour ou simultanément suivant les cas, serait fastidieuse. Il est pourtant indispensable de rappeler que les muscles de l'épaule, les fléchisseurs du bras proprement dit, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur sont presque toujours les premiers atteints. Longtemps après vient le tour du triceps. A l'avant-bras, on n'observe presque jamais rien, sauf dans les extenseurs, et encore à une époque éloignée. Les mains sont indemnes. Rien que cette localisation suffirait à différencier la myopathie de Erb des myopathies deutéropathiques. Mais on constate, avons-nous dit, une atrophie parallèle des muscles pelviens et cruraux (atrophie des fessiers, du triceps, etc.). Bref, l'atrophie se cantonne le plus souvent à la racine des membres.

Au dire du professeur d'Heidelberg, les muscles de la face et les masticateurs seraient respectés. Marie et Guinon ont observé cependant *quelque chose d'anormal dans la face, et en tout cas une diminution de la contractilité des muscles des paupières et de l'orbiculaire des lèvres*. Un fait mentionné par Erb et sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention, est la coexistence d'hypertrophies musculaires partielles avec l'atrophie. Enfin, M. Marie a mentionné l'exis-

---

soit, réside dans les déjections cholériques. Ces déjections souillent par un mécanisme variable l'eau potable; elles sont entassées à l'air libre ou dans de mauvais égouts, et l'eau potable, les aliments, les hardes, etc., sont les agents de transmission, de propagation du choléra.

Les blanchisseuses, vous le savez, sont généralement parmi les premières personnes atteintes; c'est qu'elles lavent les linges infectés de germes cholériques et que leurs mains offrent les conditions les plus favorables à l'absorption. En ce qui concerne les cours d'eau et l'influence des eaux potables, n'oubliez pas qu'en 1884, Paris, où des milliers de personnes fuyant le Midi séjournaient depuis plusieurs mois, n'a été frappé par le fléau qu'après qu'il y eut eu plusieurs cas de choléra sur l'Oise et l'Ourcq en amont de nos fortifications; des mariniers, naviguant sur ces rivières et les canaux qu'elles forment, ont été pris du choléra; leurs déjections ont été jetées dans ces eaux, leurs linges y furent lavés, et quelques jours après Paris, dont l'alimentation en eau potable s'effectue en grande partie à l'aide d'eau de l'Ourcq, eut des cas de choléra, en majorité, du reste, dans des maisons exclusivement alimentées par cette eau. Que d'exemples semblables dans les récits recueillis par MM. Pagliani, en Italie, et Thoinot, en France !

Que doit donc être notre prophylaxie vis-à-vis du choléra, si telle est bien là l'opinion qui domine dans les sphères officielles, comme diraient les journaux politiques? Il faut évidemment, me direz-vous, d'abord empêcher le germe cholérique de pénétrer; puis, s'il a pénétré, l'empêcher de se développer, l'étouffer sur place dès la première manifestation. On ne saurait mieux dire; mais comment y parvenir? Autrefois, on n'aurait pas hésité à répondre qu'il fallait immédiatement établir des quarantaines, aussi bien maritimes que terrestres, et alors séquestrer et détruire sur place tous les germes infectieux. C'était là le seul moyen efficace; car seul il permettait d'arriver, par la durée de la séquestration, à détruire le germe transmissible; mais aujourd'hui, avec la

tence assez commune des rétractions tendineuses — signe de constatation récente et d'une réelle valeur diagnostique dans certaines formes d'amyotrophies.

Nous n'insisterons pas sur l'incapacité physiologique qui résulte de ces dégénérations. Il va sans dire qu'elle est prononcée au plus haut point dans les groupes musculaires les plus frappés, mais ici encore il n'y a pas de concordance absolue entre l'affaiblissement et l'atrophie ; car la parésie précède assez souvent l'atrophie ou l'hypertrophie *apparente*. La loi citée plus haut est donc applicable à la maladie de Erb comme à la paralysie pseudo-hypertrophique. Erb d'ailleurs admet l'identité de nature de la forme juvénile avec la forme pseudo-hypertrophique. Il s'est fondé pour établir cette assimilation sur les troubles fonctionnels qui sont, en dépit de la différence de localisation, tout à fait analogues dans les deux cas (évolution du processus dystrophique, coexistence de l'atrophie et de l'hypertrophie, absence de secousses fibrillaires, persistance des réflexes tendineux, etc.).

Le mérite qu'il y avait à reconnaître l'intime parenté des deux formes, était d'autant plus grand que l'auteur allemand ne disposait pas encore d'une seule autopsie personnelle pour faire la preuve de son dire. Il est vrai que d'autres auteurs avaient publié des examens anatomo-pathologiques qu'il invoquait en témoignage. Une autopsie de Roth (de Moscou) est démonstrative entre toutes, car elle concerne un cas où l'atrophie existait seule, nous voulons dire sans hypertrophie, et où par conséquent la confusion clinique du type juvénile avec la paralysie pseudo-hypertrophique n'était pas possible.

Cette autopsie montre de la façon la plus nette qu'il s'agit là d'une myopathie et non d'une myélopathie ; il y avait atrophie simple des fibres musculaires et sclérose interstitielle, avec infiltration de cellules adipeuses. Rien dans la moelle ni dans les troncs nerveux (1).

Il y a deux mois environ, Erb, ayant eu l'occasion d'observer un cas de myopathie à forme juvénile, dans lequel une notable hypertrophie des deltoïdes coïncidait avec une atrophie du biceps, excisa des fragments de ces muscles pour les soumettre à l'examen microscopique ; et cette autopsie sur le vivant fut encore pleinement confirmative de ses premières assertions. Il faut seulement tenir compte de ce fait : que les fibres du muscle deltoïde étaient réellement hypertrophiées. Nous reviendrons un peu plus loin sur une constatation analogue de Westphal.

En résumé, la forme juvénile de Erb et l'ancienne forme pseudo-hypertrophique des observateurs français sont deux variétés d'une même espèce, différenciées uniquement par la prédominance de certaines localisations et par la prépondérance de la pseudo-hypertrophie sur l'atrophie — ou réciproquement.

III

M. Charcot range encore sous la rubrique de *Myopathie primitive progressive*, l'*Atrophie musculaire progressive de l'enfance*, si bien étudiée et décrite par Duchenne (de Boulogne). Cette affection, dont l'existence même a été longtemps ignorée ou contestée par les auteurs allemands, a fait l'objet d'un remarquable travail de MM. Landouzy et Dejerine en 1884. Strümpell n'hésite pas à proclamer la grande analogie de cette forme de myopathie avec la forme juvénile de Erb et la paralysie pseudo-hypertrophique. Ce qui caractérise l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, c'est, en même temps que la prédisposition héréditaire (qui lui est commune avec les deux variétés précédentes), la participation de la face. Les lèvres sont molles, immobiles, épaisses; la bouche béante prononce mal certaines syllabes; les joues sont aplaties, la physionomie est hébétée ; le malade « rit jaune ». Duchenne avait très bien observé tout cela. Il avait, en particulier, insisté sur le trouble fonctionnel, qui résulte de la paralysie de l'orbiculaire des lèvres. Mais la paralysie de l'orbiculaire des paupières lui avait échappé, et n'a été remarquée pour la première fois qu'en 1874 par M. Landouzy, qui a, du même coup, attiré l'attention sur l'occlusion incomplète des paupières.

Voyons maintenant quels muscles sont le plus ordinairement atteints en dehors de la face : au tronc, les grand et petit pectoral, le trapèze, le grand dentelé; aux membres supérieurs, le biceps, le brachial antérieur, le triceps, le long supinateur et les radiaux; aux membres inférieurs, les muscles de la cuisse et de la fesse. D'autres muscles conservent plus ou moins longtemps leur volume et leurs fonctions. Ce sont les sus- et sous-épineux, les sous-scapulaires, les muscles des avant-bras et des mains. Ainsi, d'une façon générale, l'atrophie infantile héréditaire de Duchenne frappe les mêmes muscles que la dystrophie de Erb à forme juvénile, c'est-à-dire les muscles de la racine des membres

(1) Marie et Guinon, *Revue de méd.*, 1885, p. 805.

---

rapidité obligée des voyages, des échanges, des transactions commerciales, il importe d'être muni de procédés plus expéditifs. Et ceux-ci sont heureusement trouvés; les appareils à désinfection sont tels, au moins ceux que la France possède et qui n'ont pu être encore égalés nulle part, que la destruction des germes cholériques renfermés dans les bagages d'un transport, dans les hardes d'un voyageur, peut s'effectuer avec une entière sécurité, dans un délai extrêmement court. On l'a bien vu, lors de l'arrivée de nos troupes du Tonkin et de l'Annam, lorsqu'on a pu pratiquer la désinfection aussitôt après l'arrivée des bâtiments à Port-Cros et à Bayau, dans les îles d'Hyères. Mais comment nous prémunir contre les relations de l'Espagne ou de l'Italie avec nous, en cas d'épidémie cholérique, comme il arrive en ce moment sur nos frontières communes avec cette dernière puissance? C'est ici, cher confrère, puisque vous habitez l'un des départements les plus menacés, que j'appelle toute votre attention sur une excellente mesure qui avait été indiquée, dès 1884, à propos du choléra de Toulon et de Marseille, et qui ne fut réalisée que l'année suivante contre l'épidémie cholérique en Espagne. Il s'agit de la surveillance sanitaire organisée vis-à-vis des provenances et des voyageurs venant, par terre, d'un pays contaminé. Un décret du 7 juillet 1885 organisa sur tous les points par lesquels pouvaient parvenir ces provenances et ces voyageurs, des postes de surveillance médicale, afin de donner les premiers soins aux malades atteints par l'épidémie et, le cas échéant, de les isoler des autres voyageurs. L'année dernière, dix-neuf postes ont été ainsi installés sur les routes conduisant d'Espagne en Fance; dans chacun d'eux se trouvaient un chef de service, généralement médecin dans la localité, et deux étudiants en médecine ; ils furent munis d'une chambre d'isolement avec tout le matériel de secours nécessaires et de procédés de désinfection à l'aide de liquides appropriés. Actuellement, un certain nombre de postes semblables fonctionnent sur les routes nationales et sur les voies ferrées de la frontière des

avec immunité des extrémités. Pour compléter l'analogie, mentionnons encore la conservation des réflexes tendineux, la production possible de rétractions tendineuses, l'absence des mouvements fibrillaires, et la diminution de la contractilité électrique.

La similitude est donc frappante; mais quelles sont les différences?

Dans l'atrophie héréditaire de Duchenne, selon Landouzy et Dejerine, l'atrophie des muscles de la face serait primordiale; en outre, il n'existerait pas de pseudo-hypertrophie à côté de l'atrophie musculaire. Dans la forme juvénile de Erb, la face serait, au contraire, épargnée et la pseudo-hypertrophie concomitante serait constante. Or, ainsi que le font eux-mêmes remarquer MM. Landouzy et Dejerine, et après eux Marie et Guinon, il est des cas d'atrophie héréditaire où la face n'est prise que longtemps après les membres. Cela seul suffirait aux yeux des premiers pour justifier l'adoption d'un *type scapulo-huméral de la myopathie primitive progressive*. Ne vaudrait-il pas mieux admettre, comme le proposent MM. Marie et Guinon, que le type scapulo-huméral de MM. Landouzy et Dejerine n'est autre chose que la forme juvénile de Erb? Ce dernier auteur, il est vrai, nie l'atrophie faciale dans la forme juvénile; mais nous avons vu que Marie et Guinon ont affirmé, avec preuves à l'appui, la possibilité de la participation faciale.

Un autre argument favorable à l'identité des deux formes peut être tiré de ce fait qu'elles ont été souvent confondues l'une avec l'autre par d'excellents observateurs. E. Remak publiait tout récemment un cas d'atrophie infantile héréditaire sous le nom de *forme juvénile avec participation de la face*, tandis que MM. Landouzy et Dejerine décrivaient des cas de la forme de Erb, comme appartenant à un type de l'*atrophie infantile héréditaire* de Duchenne *dans lequel la face ne serait pas prise*.

Quant à l'absence d'hypertrophie dans cette atrophie héréditaire de Duchenne, plus récemment appelée type Landouzy-Dejerine, elle est, si l'on s'en rapporte à de récentes observations, bien loin de caractériser cette forme. Tout d'abord, on peut dire, avec MM. Marie et Guinon, que rien ne ressemble plus, sous le microscope, à un muscle hypertrophié qu'un muscle atrophié. Puis, dans leur observation fondamentale, où ils ont établi, contrairement à Duchenne, que l'atrophie héréditaire n'est point une amyotrophie deutéropathique, mais une myopathie essentielle, MM. Landouzy et Dejerine ont constaté l'*hypertrophie* de certains faisceaux musculaires, une myosite interstitielle et de l'adipose des muscles, en un mot, les altérations fondamentales de la pseudo-hypertrophie. Pour ce qui est de la face elle-même, Westphal dans un travail de fraîche date, affirme, peut-être non sans raison, que l'atrophie de l'orbiculaire des lèvres est insuffisante pour faire des lèvres épaisses et à bords renversés; il suppose, pour expliquer l'aspect si caractéristique de l'orifice buccal, une hypertrophie ou une pseudo-hypertrophie de l'orbiculaire labial, analogue à celle des autres muscles. Dans une de ses observations, intitulée *atrophie musculaire progressive avec participation de la face*, le même anteur signale une pseudo-hypertrophie du deltoïde, étudiée au microscope après excision de fragments de ce muscle. L'examen pratiqué par Israël révéla une hypertrophie vraie des faisceaux musculaires (nouvelle analogie avec la forme de Erb).

En résumé, nous voyons deux variétés de myopathies essentielles, la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie héréditaire de Duchenne, se confondre par beaucoup de points avec une troisième variété, la dystrophie de Erb à forme juvénile. N'est-ce pas l'équivalent du théorème : deux quantités égales à une troisième sont égales entre elles? Et la conclusion qui s'impose n'est-elle pas, conformément à l'opinion émise par Charcot et adoptée par Marie et Guinon, Strümpell et Westphal, que les trois formes en question ne sont pas des maladies différentes, *mais des variétés cliniques d'une même maladie, toujours identique à elle-même quant à la nature de son processus*, la myopathie progressive primitive?

É. BRISSAUD.

PATHOLOGIE EXTERNE

De la cure des rétrécissements de l'urèthre.

Dans le cours de la discussion qui a eu lieu dernièrement à la Société de chirurgie sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre, personne n'a parlé du calibre normal de ce canal, qu'il était important de connaître dans l'espèce, puisqu'il s'agissait de la cure radicale des rétrécissements et des meilleurs moyens de l'obtenir. Dans presque tous les livres d'anatomie, aussi bien que dans les traités des maladies de l'urèthre, on assigne d'une façon arbitraire un diamètre de 7 millimètres à l'urèthre. M. le professeur Otis (de New-York) a publié un grand nombre de mémoires depuis

---

Alpes. Tout individu passant d'Italie en France est soumis à une visite sanitaire; s'il est reconnu en parfaite santé, il peut poursuivre sa route; s'il est, au contraire, reconnu malade, il est retenu et soigné au poste, où se trouvent des lits, des médicaments d'urgence, des antiseptiques. Lorsque le voyageur poursuit sa route, le poste signale son passage et son arrivée aux autorités des villes et villages dans lesquels il se rend; le voyageur lui-même doit prévenir ces autorités, qui sont chargées de le faire examiner à nouveau. Ces mesures soumettent ainsi les personnes venant des pays contaminés à une observation dont on peut faire varier la durée et la rigueur suivant les circonstances. De plus, la surveillance des postes médicaux s'étend aux bagages et aux marchandises; le linge sale en particulier y est l'objet d'une attention spéciale; aux différents postes est installé, à cet effet, tout ce qui est nécessaire à la désinfection rapide par la chaleur, le chlorure de chaux et le sulfate de cuivre. Enfin, la police des routes est assurée par la gendarmerie, les douanes, les commissaires, les gardes forestiers, etc., la direction des postes restant toujours confiée au service médical. Le *Progrès médical*, dans son dernier numéro, décrit à peu près en ces termes l'installation de ces établissements temporaires; il n'est pas difficile de deviner entre les lignes l'auteur de cette description, l'un de ceux précisément qui ont été chargés d'établir ces postes. Vous jugerez certainement avec lui, cher confrère, qu'ils ont rendu de réels services l'an dernier; tout porte à croire jusqu'ici qu'ils sont appelés à en rendre d'aussi efficaces cette année.

Mais tout cela ne constitue que des mesures provisoires de préservation et, comme vous voulez bien me le faire remarquer, c'est de l'assainissement local qu'il faut attendre, non seulement pour le choléra mais pour toutes les maladies transmissibles, les plus solides garanties; c'est toujours dans les villes insalubres, dans les quartiers malsains, dans les maisons malpropres que les épidémies naissent ou se développent. Mais il s'agit ici d'une œuvre de longue durée pour

plusieurs années pour établir que le calibre de l'urèthre varie avec les individus; qu'il existe une relation constante entre la circonférence du pénis à l'état flasque et le calibre de l'urèthre. Ainsi :

Circonférence.

Pénis flasque.	Urèthre.
75 millimètres.	30 millimètres.
81 —	32 —
87 —	34 —
93 —	36 —
100 —	38 —
106 —	40 —

Le moyen le plus pratique de reconnaître le calibre de l'urèthre est dans l'emploi d'un instrument de l'invention du professeur Otis. C'est un uréthromètre, qui a de grands avantages sur les fines bougies à boule de différentes grosseurs, puisque le méat est souvent plus étroit que le canal uréthral lui-même. Cet uréthromètre consiste en une tige métallique droite et creuse du volume n° 8 de la filière de Charrière, se terminant en plusieurs petits articles métalliques articulés sur le pourtour de la tige et réunis à leur extrémité libre; à cette extrémité, ils sont soudés à un mandrin, qui glisse dans l'intérieur de la tige principale. Ce mandrin est manœuvré par un pas de vis fixé au manche de l'instrument et qui fait mouvoir aussi une aiguille sur un petit cadran divisé en millimètres. L'extrémité où sont les articles est recouverte d'un petit doigt de gant très fin en caoutchouc, qui recouvre complètement cette partie. L'instrument fermé a une circonférence d'à peu près 10 millimètres. En faisant marcher la clef de vis du manche, on tire vers soi le mandrin qui, attirant les articles, fait former une sphère ovoïde par ceux-ci, et comme le même pas de vis qui le fait marcher actionne l'aiguille du cadran, on peut ainsi graduer à volonté le volume de la sphère sur laquelle le doigt de gant se distend et protège la muqueuse contre l'ouverture ou la fermeture des articles qui pourraient la pincer. On reconnaît en millimètres, par cet instrument, le calibre réel de l'urèthre en avant du rétrécissement, le siège et la dimension, aussi bien que le diamètre du rétrécissement et la circonférence du canal en arrière, tout simplement en augmentant ou diminuant, à l'aide de la clef à vis, le volume de la sphère, pour lui permettre de remplir complètement le passage dans lequel il se trouve engagé à un moment donné. Le malade apprécie parfaitement l'état d'extension de son urèthre, et le chirurgien peut s'assurer que, bien qu'ouvert suivant son calibre, il n'est pas distendu, en faisant avancer ou reculer l'instrument.

Pour couper le rétrécissement, le professeur Otis a inventé un uréthrotome composé de deux membres, comme le dilatateur de Thompson ; seulement les membres sont verticaux et s'ouvrent ou se ferment comme une règle à parallèle. La clef à vis tenant au manche, qui fait ouvrir ou fermer l'instrument, actionne en même temps une aiguille fixée à un cadran millimétrique et ajustée au manche. On peut ainsi dilater le rétrécissement jusqu'au calibre dont on a reconnu la circonférence normale pour un pénis donné. Il existe une rainure qui permet de faire glisser une tige, armée d'une petite lame haute de 2 millimètres, dans le membre supérieur de l'instrument. Vers l'extrémité de cette rainure, il y a un petit pont qui fait sortir la lame lorsqu'on tire sur la tige. On introduit donc l'uréthrotome fermé dans l'urèthre et, arrivé au niveau du rétrécissement — le plus antérieur s'il y en a plusieurs — on le dilate jusqu'au calibre normal de l'urèthre, quantité connue par le moyen de l'uréthromètre, en faisant manœuvrer l'uréthrotome comme un dilatateur ordinaire de Thompson ou de Ricord, et l'on coupe le rétrécissement d'arrière en avant, en tirant sur la tige qui porte le couteau. De cette façon, on a un rétrécissement déjà distendu, le couteau ne coupe que cette partie étendue sur l'uréthrotome à la même dimension que le reste de l'urèthre, à la profondeur de 2 millimètres, et tous les éléments qui forment cet anneau sont sectionnés; la muqueuse saine n'est point endommagée en arrière ni en avant. Après l'opération, on passe l'uréthromètre, pour s'assurer que le canal a recouvré son diamètre normal.

Cette méthode est en usage aux Etats-Unis depuis nombre d'années; et il m'a été donné de voir des résultats obtenus en 1876 et 1877 qui s'étaient maintenus intacts en 1885! Comme je désire seulement appeler l'attention sur la méthode et les travaux du professeur Otis, je n'ajoute rien de plus. Ceux qui voudront se renseigner plus amplement seront récompensés par la lecture de son livre *Structures of the male Urethra*, où ils verront des faits très intéressants en grand nombre, des vues originales et neuves sur la nature de la blennorrhagie. des écoulements rebelles, des rétrécissements spasmodiques, etc.

E. DUPUIS.

---

laquelle les efforts et l'accord unanime du corps médical ne sont pas de trop pour vaincre les inerties locales, pour détruire les préjugés et rompre les habitudes. L'un des collaborateurs de la *Gazette*, M. A.-J. Martin, le faisait encore remarquer à Nancy il y a quinze jours dans une conférence publique au grand théâtre à l'occasion du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences : il faut s'adresser en pareille matière, à l'initiative individuelle et à la contrainte administrative tout ensemble. Et citant l'exemple de diverses nations étrangères, il montrait les avantages qu'on trouve à ne pas laisser construire une seule maison insalubre et à surveiller avec soin, par des visites périodiques, la salubrité des logements. Il n'est pas un seul cas de ces affections transmissibles dont on a si justement dit qu'elles étaient filles de la misère, de l'encombrement et de la saleté, dont la cause ne puisse être trouvée dans l'état d'insalubrité de l'immeuble où il s'est produit ou dans l'insuffisance des précautions sanitaires. Aussi ne pouvons-nous que vous approuver, cher confrère, dans les efforts que vous avez déjà tentés et que vous continuez, afin de faire comprendre à votre municipalité que la législation lui a conféré des pouvoirs étendus à ce sujet, et qu'elle rendra le plus signalé des services à ses concitoyens en organisant avec soin une administration destinée, comme dans certaines villes de France, à prévenir l'extension des épidémies. Mais, permettez-moi de vous le dire, ne manquez pas aussi de susciter de tous côtés les bonnes volontés individuelles ; de même que vous auriez tort de tout attendre du pouvoir central, de même ne négligez aucune occasion d'obtenir des particuliers qu'ils préviennent comme il convient, l'action de l'autorité, afin de faciliter, ne fût-ce que par leur exemple, la tâche de celle-ci. Et ainsi, vous le verrez, nous parviendrons tous peu à peu à rendre notre milieu réfractaire aux épidémies et nous laisserons encore une fois le choléra aux nations chez lesquelles les conditions climatériques et surtout locales ont créé et maintiennent un terrain de culture des plus favorables.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude des sillons congénitaux et des amputations spontanées, par M. le docteur Jeannel, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse.

(Fin. — Voyez le numéro 35.)

Existe-t-il pourtant des faits bien authentiques de brides interamniotiques sans adhérences primitives? J'en ai cherché et n'en ai pas trouvé (1); admettons-le toutefois. Voici donc une bride interamniotique tendue comme une corde dans la cavité de l'amnios. Eh bien, je déclare ne pas arriver à comprendre comment une pareille bride aura pu s'enrouler, non seulement sur chacun des orteils du pied gauche, pour les amputer isolément, mais encore sur le cinquième doigt de la main gauche, pour l'amputer aussi, et sur la jambe gauche, pour y produire non pas un, mais deux sillons étagés.

A supposer même qu'il n'y ait qu'un sillon ou qu'une amputation, comme cela se voit dans quelques cas, je ne comprends pas comment ce sillon est toujours si exactement et si régulièrement circulaire, et pourquoi il n'est jamais en spirale. Tendez une ficelle et cherchez à enrouler votre doigt sur elle, vous verrez que c'est en spirale et non pas en cercle que se dispose le plus aisément la ficelle, même si elle n'est pas fortement tendue. L'enroulement circulaire d'une bride tendue autour du membre d'un fœtus agité de mouvements me semble même un véritable tour de force de la part de celui-ci. Il est vrai que si la ficelle ou la bride est tout à fait lâche, l'enroulement circulaire est, au contraire, facile; mais alors il n'y a ni striction, ni section possible, en raison même de l'état de laxité du lien. Qu'on allègue pas d'ailleurs que la mécanique intra utérine des ligatures et des strictions ait des lois spéciales, car je demanderai une preuve à cette allégation. Au surplus, à supposer que la bride existe et arrive à étrangler circulairement le membre qu'elle enroule, comment expliquer la constitution de l'adhérence, si souvent, si ce n'est toujours, constatée entre la bride et la partie fœtale étranglée? L'ulcération de la partie fœtale ne suffit pas, et nous verrons plus loin que, dans les cas où l'anatomie pathologique a pu être interrogée, la lésion fœtale constatée n'était pas une cicatrice.

(1) Il y a pourtant le cas de Charles Bleeck, relaté par Montgomery et par Duplay, « dans lequel (Duplay, article Amputations congénitales du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*) il s'agissait d'une amputation incomplète du bras, et où une bandelette pseudo-membraneuse forte et résistante, d'un pouce et demi de long, partait de la partie supérieure du cordon ombilical, et venait se terminer à la surface du placenta, auquel elle adhérait solidement. Cette pseudo-membrane était perforée, et le bras était venu s'étrangler en passant dans cette ouverture. Les parties molles avaient été divisées jusqu'à l'os. » Mais cette observation est unique, je n'ai pu me procurer à son sujet de plus amples détails; enfin elle n'a aucune valeur négative en présence des autres faits, la coexistence d'un bras sillonné et d'une pseudo-membrane est, en effet, possible sans relation de cause à effet entre les deux. On peut, au surplus, légitimement prétendre que la pseudo-membrane était le résultat d'une large adhérence du bras fœtal logé entre le cordon et le placenta. J'aime en tout cas beaucoup mieux cette interprétation que celle qui voudrait que le fœtus soit venu, par un mouvement intempestif, perforer d'un coup de poing la bandelette préexistante pour y loger et y étrangler son bras, sans chercher ni réussir à se dégager par un mouvement en sens inverse, sans parvenir même, par les mouvements de son bras, à agrandir la déchirure qu'il avait, par ces mêmes mouvements, produite pour venir s'y accrocher!

En résumé, je ne vois pas la pathogénie des brides interamniotiques; en admettant cependant leur existence, je ne vois pas pourquoi le sillon qu'elles produiraient est toujours circulaire et jamais en spirale, comme il devrait être rationnellement dans la majorité, sinon dans la totalité des cas; je ne vois pas enfin comment une bride peut expliquer les amputations spontanées multiples et les sillons étagés.

Faudrait-il admettre autant de brides que d'amputations et de sillons? Jusqu'à preuve convaincante, on me permettra de me refuser à m'imaginer un tel luxe de liens dans l'amnios.

Restent donc les brides amniotico-fœtales. Deux causes ont été invoquées pour les expliquer. Simpson et Simonart les font résulter d'ulcérations de la peau du fœtus et de l'inflammation de l'amnios; Braun, Spiegelberg, Schrœder pensent qu'il s'agit d'un repli de l'amnios non détaché du fœtus. Bref, adhérence pathologique acquise ou adhérence congénitale. La seconde interprétation est une pure hypothèse, je dirais même volontiers une bizarre hypothèse; l'amnios n'est, en effet, jamais attaché au fœtus qu'en un point, à l'ombilic; partout ailleurs il n'arrive au contact direct ou indirect du fœtus que par le fait même de son développement, c'est-à-dire de l'évolution des replis ou capuchons amniotiques. Comment pourrait-il alors s'agir d'un repli de l'amnios non détaché d'un point du fœtus où cette membrane n'est jamais attachée? La persistance d'un état embryonnaire suppose l'existence de cet état embryonnaire.

Les brides ou adhérences amniotico-fœtales sont donc bien des malformations acquises et par conséquent pathologiques. Résultent-elles d'une lésion amniotique, défaut de sécrétion ou sécrétion tardive du liquide amniotique? ou bien d'une lésion fœtale? Si elles résultaient d'une lésion amniotique, ce que les faits n'autorisent guère à penser, elles seraient d'abord multiples; en outre, elles se produiraient de très bonne heure, à l'époque même de la formation de l'amnios, à la fin de la deuxième semaine, c'est-à-dire à une époque où les membres, encore à l'état de simples bourgeons, ne peuvent guère servir de point d'attache privilégié à une adhérence que par leur extrémité saillante. Dans ces conditions, le membre en se développant pousserait l'adhérence devant lui, sans pouvoir s'en entourer, c'est tout au plus s'il pourrait s'infléchir sous l'influence de la traction exercée sur son extrémité.

Il est encore une remarque dans votre lettre que je tiens à consigner ici, cher confrère ; c'est, dites-vous, que les maladies transmissibles comptent au moins pour une forte part dans la statistique des décès et, puisqu'elles sont justiciables d'une prophylaxie rationnelle, il ne tiendrait qu'à nous de diminuer notre mortalité dans une proportion considérable, ce qui, vous le savez, maintiendrait à la population française le rang qu'elle tend de plus en plus à perdre au milieu des nations européennes. Les résultats du dernier recensement de la population sont des plus désolants; le chiffre de notre natalité ne cesse de diminuer et, si, l'immigration étrangère n'en venait pas combler le déficit, la population totale de la France serait sensiblement abaissée. Or, si la faiblesse de la natalité tient à de multiples causes sur lesquelles nous avons peu d'action, il n'en est pas de même de la mortalité et vous avez grandement raison de déclarer qu'il faut à tout prix l'alléger tout au moins de tous ces cas sur lesquels l'hygiène aurait eu, si l'on eût appliqué ses règles, une action manifeste et bienfaisante. Fortifier les corps, leur donner une plus grande force de résistance, ne suffit pas; il faut détruire le germe transmissible dès qu'il est expulsé de l'individu, et c'est ici que le médecin est appelé, par ses conseils et son action, à rendre les plus signalés services. Qu'il fasse cette besogne avec énergie et volonté, qu'il en impose par l'autorité de son savoir aux calculs de l'égoïsme et à la résignation née de l'ignorance et de l'incapacité: il aura tout au moins pour le récompenser de ses efforts la satisfaction du devoir accompli, la certitude du service rendu et souvent aussi les remerciements des dispensateurs du pouvoir. Le *Journal officiel* ne vous apporte-t-il pas de temps en temps les noms de ces médecins, de ces infirmiers et infirmières, laïques aussi bien que religieux, de ces particuliers auxquels l'Etat confère aujourd'hui cette médaille des épidémies, don on doit la création à l'initiative éclairée de MM. Brouardel, Proust et Nicolas? Cette médaille, dont on a médit bien à tort, suivant moi, rehausse le prestige de ceux qui en sont

Du reste, l'amnios ne peut contracter une adhérence pathologique avec le fœtus que si celui-ci lui offre une surface ulcérée; l'épiderme fœtal est un obstacle absolu à la greffe amniotique. Les brides amniotico-fœtales ont donc pour condition nécessaire une ulcération du tégument fœtal, un trouble trophique par conséquent; ce sont alors des lésions secondaires et non pas des causes, et nous verrons plus loin comment on peut concevoir leur genèse. Cherchons seulement quelle relation les unit aux amputations spontanées et aux sillons congénitaux. Je ne puis analyser ici tous les faits connus; mais la conclusion de cette analyse, c'est que : 1° Toutes les brides décrites, qu'elles fussent simples ou doubles, adhéraient au fœtus, et que cette adhérence se faisait, soit au niveau de moignons d'amputations spontanées, soit au niveau de sillons congénitaux, soit en un point quelconque du corps du fœtus, où il n'existait pas de sillon; l'existence d'une bride amniotique adhérente n'a donc pas pour conséquence forcée une amputation spontanée ou un sillon.

2° La fréquence des brides adhérentes sur une partie fœtale donnée est en raison inverse de la fréquence des amputations ou des sillons sur cette même partie : c'est ainsi que les amputations spontanées sont plus fréquentes aux membres inférieurs (Credé, d'après Charpentier et Duplay, article AMPUTATION SPONTANÉE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), et les brides plus fréquentes aux membres supérieurs (7 fois sur 11) (Charpentier).

3° Bien que toutes les brides soient adhérentes, on trouve des sillons et des moignons sans traces de brides ou d'adhérences. On trouverait donc, d'une part, des brides sans sillons ni amputations (Credé, sur 109 cas de monstruosités, en relève 69 avec brides amniotiques et 21 seulement avec des hernies du cerveau, des éventrations, des *amputations spontanées* et des atrophies du squelette. Charpentier), et d'autre part des sillons et des amputations sans brides! N'est-ce donc pas une preuve qu'il n'existe entre les deux aucune parenté ?

On objectera, il est vrai, que lorsque l'on trouve un sillon ou une amputation sans bride, c'est que la bride ou l'adhérence rompue a disparu, qu'elle a été résorbée, et que le sillon subsistant est justement la cicatrice de l'adhérence et qu'elle agit à son tour par sa rétractilité et sa rigidité propre pour étrangler les parties sous-jacentes en voie de développement rapide. Pour répondre à cette objection, il convient, je pense, de faire intervenir dans le débat un nouvel argument, et non pas de médiocre valeur, tiré de la constitution anatomique du sillon lui-même. Ce sillon résulte de la présence d'une bride fibreuse intradermique ; eh bien, la striction du membre par un lien amniotique extrinsèque peut-elle aboutir à produire un sillon avec sa bride intrinsèque ? Au nom de la physiologie pathologique et au nom de l'anatomie pathologique, je réponds hardiment: non.

Que se passe-t-il en effet d'ordinaire à la suite des ligatures élastiques ou non appliquées autour d'un membre? De deux choses l'une, ou bien, si la ligature est serrée, il se fait une plaie, puis une cicatrice consécutive, ou bien, si la ligature est relativement lâche, les tissus sous-jacents cèdent, se dépriment et s'atrophient. C'est par ce dernier mécanisme que Montgomery supposait que se réalisaient les amputations spontanées et les sillons ; le membre se développant dans la ligature, s'étranglant sur elle, les tissus mous ou durs se sectionneraient, seule la peau, essentiellement élastique, se déprimerait sur le lieu. Mais c'est là une pure hypothèse, que viennent absolument contredire d'abord l'intégrité complète de l'épiderme dans les cas qui nous occupent, ensuite la présence de la bride fibreuse intradermique qui ne saurait témoigner d'une atrophie. Il faut donc renoncer à l'idée de la dépression et de l'atrophie consécutive qui n'expliquent pas la bride intradermique. Or cette bride ne peut être qu'une cicatrice ou une lésion trophique. C'est évidemment comme une cicatrice que la considèrent les partisans de la théorie mécanique, mais ils négligent de donner l'appui d'une preuve à leur opinion : or c'est justement ici que l'anatomie pathologique peut être d'un grand secours et peut même trancher la question d'une façon définitive. Nous possédons déjà l'analyse histologique de la bride que vous avez enlevée, pratiquée par M. Suchard ; vous me permettrez bien aussi de m'autoriser de l'examen que j'ai fait de la bride extirpée par moi.

Eh bien, je lis dans votre observation (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1883, 17 octobre, p. 760): « Au-dessus et au-dessous du sillon constricteur, il (M. Suchard) n'a constaté aucune altération de la peau, souple, bien nourrie et sans trace d'inflammation ancienne ou récente : ses glandes sont intactes et ses papilles normales. Au niveau du sillon, l'épiderme est sain, mais le derme a subi d'importantes modifications. Il n'y a plus dans son épaisseur d'alvéoles pleins de graisse, le tissu adipeux sous-cutané fait défaut ; à leur place, on trouve la trame serrée du tissu fibreux, dont les faisceaux, perpendiculaires à l'axe du membre, forment en ce point une épaisseur considérable. » Je note que vous spécifiez l'intégrité de l'épiderme au fond du sillon, mais vous ne parlez pas des glandes. Eh bien, dans le cas que j'ai observé, j'ai constaté la même intégrité de la peau au-dessus et au-dessous du sillon, la même lésion dermique au niveau du sillon ; mais, en outre, j'ai vu, et très bien vu, des glandes sudoripares plus ou moins atrophiées, étouffées par la prolifération fibreuse du voisinage, au sein de la lame scléreuse, qui formait la bride, j'ai vu l'épiderme, au fond du sillon et par conséquent au niveau de la bride, absolument sain avec

---

l'objet toute gloriole mise à part, et elle montre tout au moins que le dévouement du corps médical ne reste pas autant ignoré qu'on le pourrait craindre. Et pour s'en convaincre, il suffit de reconnaître la considération dont on entoure ses possesseurs, à moins qu'on préfère s'en rapporter à la foule énorme de ses postulants.

Mais s'il est bon, s'il est moral de récompenser les vivants, il est consolant de ne pas oublier les morts, de glorifier ceux qui ont succombé dans cette lutte trop souvent inégale entre la science et la mort. Il y a un peu plus d'un mois mourait à Paris l'une de ces nobles et jeunes victimes que le martyrologe du corps de l'internat des hôpitaux compte en si grand nombre ; nous nous empressons de placer sous vos yeux les strophes que cette perte cruelle a inspirées à l'affection de l'un de ceux qui ont été le plus à même d'apprécier les qualités de cœur de celui auquel elles sont dédiées :

A JEAN DUSSAUD (DE NÎMES),

interne des hôpitaux de Paris

mort le 20 juillet 1886, à l'âge de vingt-quatre ans.

L'enfant se meurt du croup. D'un sûr et prompt coup d'œil
Tu mesures le mal, et ta main ferme opère :
Le sang coule... Il respire... Il guérit, il prospère,
De ses heureux parents le trésor et l'orgueil.

Mais l'ennemi cruel, chassé loin de leur seuil,
Mordit ton propre sein de sa dent de vipère...
Tu rendis l'espérance au cœur brisé d'un père :
Ton père, à toi, sanglote auprès de ton cercueil.

Ah! s'immoler ainsi pour le salut des autres,
C'est le chemin royal du Maître et des apôtres,
C'est l'idéal suprême et la divine loi :

Devant cette splendeur, dans la nuit où nous sommes,
Un saint tressaillement saisit l'âme des hommes,
Et c'est vivre à jamais que mourir comme toi !

TH. M.

son corps muqueux bien constitué, ses papilles bien développées, en un mot identique à l'épiderme voisin; j'ai vu enfin l'épiderme, dans la cavité même du sillon, traversé par les goulots de glandes sudoripares qui se perdaient dans l'épaisseur de la bride intradermique. Or, si l'épiderme se reproduit à la surface des cicatrices, vous savez mieux que moi qu'il se refait mince et pauvre, que les papilles, lorsque le derme a été intéressé par le traumatisme, ne se régénèrent qu'incomplètement, que les glandes et les follicules pileux ne se régénèrent pas. Donc la présence même d'un épiderme entièrement développé, de papilles normales et surtout l'existence des glandes au sein de la bande scléreuse dermique et de l'épiderme sus-jacent, montre bien qu'il ne s'agit pas d'un épiderme régénéré, par conséquent qu'il ne s'agit pas d'une cicatrice ou d'une lésion extrinsèque, mais bien d'une lésion intrinsèque, c'est-à-dire d'une lésion trophique.

En résumé, les brides inter-amniotiques ne se conçoivent guère embryologiquement; elles devraient produire des sillons en spirale au moins aussi souvent que des sillons circulaires; elles n'expliquent pas les amputations multiples, ni les sillons multiples et étagés: les brides amniotico-fœtales, les seules qui soient réellement existantes sont des conséquences et non pas des causes, puisqu'elles supposent une ulcération préalable du tégument fœtal: quelles que soient les brides, leur striction devrait produire simplement soit une atrophie pure et simple, soit une ulcération et une cicatrice des parties liées sous-jacentes; il existe une bride intradermique; cette bride fibreuse devrait être une cicatrice, si elle résultait de l'action d'un lien constricteur; or l'histologie y trouve non pas les caractères d'une cicatrice, mais les caractères d'une lésion intrinsèque. Tels sont les arguments qui me font rejeter la théorie mécanique des amputations congénitales et des sillons congénitaux.

Au surplus, la pathogénie des amputations congénitales et des sillons me semble bien définitivement éclairée par la coïncidence des malformations multiples qui les accompagnent, et je ne sais trop pourquoi, en vérité, l'on s'ingénierait à chercher des causes mécaniques indémontrables à une lésion née évidemment sous la même influence que les malformations susdites, dont l'origine trophique est bien établie. Serait-ce parce que dans certains cas une bride extrinsèque a été constatée véritablement? Mais rien ne prouve, nous l'avons vu, l'influence de cette bride sur la génération du sillon et tout s'accorde à montrer au contraire l'influence du sillon sur la génération de la bride. Serait-ce encore parce que dans quelques cas l'amputation ou le sillon est la seule lésion existante? Mais ces cas sont bien exceptionnels, la règle veut que l'amputation ou le sillon coexiste avec différents troubles trophiques: pieds bots, syndactylie supérieure, atrophie des doigts et même des pariétaux, comme je l'ai vu, toutes lésions beaucoup plus fréquentes, à l'état isolé, que les amputations ou les sillons.

Je sais bien que M. le professeur Trélat (Société de chirurgie, 17 octobre 1883, p. 762) incline à penser que la bride intra-utérine enserrant le membre est la cause productrice non seulement du lien fibreux trouvé au fond du sillon, mais aussi des troubles trophiques. « La bride extérieure, dit-il, resterait la cause première et déterminerait la formation de l'anneau fibreux intradermique qui évoluerait à son tour et produirait des lésions secondaires : œdèmes, atrophies, dystrophies proportionnelles à sa puissance. » Mais il ne peut s'agir évidemment dans la pensée du maître que des dystrophies et atrophies frappant le segment inférieur du membre qui porte le sillon; or il n'y en a pas que là et vous avez bien montré qu'on ne saurait comprendre celles qui existent ailleurs autrement que comme de véritables lésions trophiques. Donc les sillons ne sont pas explicables par le mécanisme de la striction exercée par un lien intra-amniotique et ils coexistent avec des lésions trophiques indiscutables. Sont-ils eux-mêmes le résultat de lésions trophiques? et que sont alors les brides amniotiques constatées dans les cas de Zagorski et de Béraud?

Pour appuyer l'idée de l'origine trophique des sillons, vous avez invoqué les deux examens, pratiqués par M. Suchard, de la bride d'un sillon d'aïnhum et de la bride congénitale que vous avez extirpée. De ces examens il résulte qu'il s'agit d'une sclérose dermique, c'est-à-dire d'une sclérodermie annulaire. Partant de là, vous faites le raisonnement suivant: la sclérodermie est une lésion trophique, on trouve un anneau sclérodermique au fond des sillons, donc les sillons et les amputations qu'ils préparent sont des lésions trophiques. D'ailleurs la preuve de la puissance de la sclérodermie à produire des sillons et des amputations ou même des atrophies est faite. Mais le mécanisme de la lésion n'est pas toujours identique. Dans l'observation de Mirault commentée par notre maître M. Verneuil, il existait au fond du sillon une ulcération superficielle; dans l'observation de Hallopeau, relatée dans la thèse de Beauregard sur la *Séméiotique des Dactylolyses* (Paris, 1875, n° 286, p. 93), la peau était rétractée et atrophiée; dans un fait de Liouville et Ball communiqué à la Société de biologie le 13 décembre 1873 et signalé par Beauregard, les phalanges s'étaient spontanément détruites, résorbées et les articulations étaient atteintes d'arthropathies sans qu'il y eût d'ulcérations cutanées ni de sillons bien marqués. Dans un cas que j'ai observé et dont j'ai publié l'observation, dans mon mémoire sur *le Diabète et le mal perforant* paru en janvier dernier dans la *Revue de chirurgie*, les premier et quatrième orteils du pied gauche, atteint de sclérodermie en plaques, étaient amputés, le troisième orteil était pédiculisé par un sillon sans aucune ulcération, les deuxième et cinquième orteils étaient purement et simplement atrophiés dans toute leur substance. La sclérodermie de l'adulte peut donc entraîner la chute des orteils ou des doigts soit par atrophie pure et simple, soit par la pédiculisation, c'est-à-dire la production d'un sillon, et l'on peut trouver des sillons avec ou sans ulcérations superficielles. Eh bien, c'est là un détail qui me paraît permettre de donner une explication fort plausible des brides amniotico-fœtales.

En même temps que des amputations et des membres sillonnés, on trouve, vous l'avez bien fait remarquer, des doigts atrophiés, et parmi ces doigts atrophiés, il en est qui sont en syndactylie. Vous avez, avec grande justesse, insisté sur les caractères si particuliers de cette syndactylie décrite par Maurice Longuet, syndactylie supérieure qui témoigne évidemment d'une ulcération des extrémités digitales déjà individualisées; syndactylie acquise et pathologique résultant d'une véritable greffe de deux doigts voisins. Eh bien, ces ulcérations que certains doigts atrophiés subissent et que d'autres également atrophiés ne subissent pas, ne peut-on en admettre l'existence ou la production sur certains sillons et point sur certains autres? Sous la même influence trophique qui aboutit à l'ulcération digitale, une ulcération ne peut-elle pas se produire au niveau d'un sillon de jambe? et grâce à cette ulcération la jambe sillonnée ne peut-elle pas se greffer soit à la paroi amniotique, soit à la jambe voisine également ulcérée et sillonnée ou même amputée, comme dans le cas de Zagorski? Cette greffe une fois admise, la formation de la bride se conçoit facilement. En tout cas, celle-ci, loin d'être cause, devient alors un résultat; loin de créer des cas exceptionnels, elle prend son rang dans la série des lésions multiples et analogues qui l'accompagnent. Mais c'est là, dira-t-on, une supposition, la moindre preuve serait la bienvenue. D'accord, et je regrette infiniment de ne pouvoir appuyer ma théorie sur une description histologique d'une bride, toutefois il faut bien noter qu'en somme les rapports des brides avec l'amnios lui-même ne sont pas décrits, peut-être bien parce qu'ils n'ont pas été vus et qu'ils n'ont pu être vus, et que d'autre part dans cer-

tains faits, en particulier dans celui de Zagorski, la bride partant d'un moignon de cuisse amputée s'attachait à l'autre jambe, ce qui semble bien témoigner d'une greffe ancienne des deux membres l'un sur l'autre.

Mais j'arrête ici cette trop longue discussion et je me résume dans les propositions suivantes :

1° Le sillon exempt de toute trace d'adhérence n'est pas une cicatrice, c'est une lésion intrinsèque, c'est une lésion trophique comme toutes les malformations qui coexistent. L'histologie le classe dans les sclérodermies.

2° Les adhérences ou brides amniotico-fœtales sont plus fréquentes aux membres supérieurs, les sillons et les amputations spontanées se voient surtout aux membres inférieurs; il n'y a donc pas de relation de cause à effet forcée entre les uns et les autres.

3° On peut facilement expliquer les adhérences amniotico-fœtales, comme la syndactylie supérieure, par des ulcérations trophiques.

4° Les brides intra-amniotiques sont inconcevables embryologiquement et elles seraient incapables d'agir mécaniquement pour produire les sillons et les amputations.

Conclusion : Les sillons congénitaux et les amputations qu'ils préparent sont des lésions trophiques du genre sclérodermie.

Dr Jeannel.

CORRESPONDANCE

Curabilité de la cirrhose du foie.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La communication de M. Troisier à la Société médicale des hôpitaux a mis à l'ordre du jour la question de la curabilité de la cirrhose du foie. Aux observations de guérison qui ont été transmises à la Société, et à celle de M. Saucerotte, que la *Gazette hebdomadaire* vient de faire connaître, je puis ajouter un fait de ma pratique, qui prouve jusqu'à l'évidence qu'une cirrhose alcoolique peut guérir, même après plusieurs ponctions.

Dans le courant de juin 1885, je fus appelé auprès de Mme C..., âgée de quarante-trois ans, malade depuis plusieurs mois, et traitée pour une cirrhose du foie par les médecins qu'elle avait vus antérieurement. Cette dame a été jadis marchande de vins; mais elle s'était tellement adonnée aux boissons alcooliques, que le mari dut céder son commerce et vint se fixer à la campagne, avec l'espoir qu'un changement de milieu modifierait les funestes penchants de sa femme. Mais Mme C... continua à faire une énorme consommation de vin et d'eau-de-vie. Aussi l'appétit était-il perdu depuis longtemps, les pituites, les vomissements étaient survenus, et je trouvai la malade dans l'état suivant : amaigrissement considérable, teint terreux, inappétence absolue, vomissements; le lait seul est toléré; l'abdomen est volumineux et rempli de liquide; douleur obtuse dans la région hépatique, sans qu'on puisse sentir le foie sous les côtes; dilatation des veines sous-cutanées abdominales; pas d'œdème des membres inférieurs; *pas d'albumine dans l'urine.* Le diagnostic s'imposait : cirrhose alcoolique du foie et ascite consécutive.

Je prescrivis : régime lacté, eau de Vichy, iodure de potassium et teinture de noix vomique. L'épanchement augmentant toujours, je fis une ponction le 20 juillet, et retirai 13 litres de liquide. Nouvelle ponction le 16 août, avec 14 litres de liquide. L'épanchement se reproduit très rapidement, les jambes s'infiltrent, et l'albumine apparaît dans l'urine. Le 26 août, la faiblesse est très grande, la maigreur excessive, les urines rares; la ponction est remise à plus tard; en attendant, comme tonique, je prescris la strychnine (1 centigramme par jour) et je double la dose d'iodure de potassium (4 grammes). Deux jours après, à mon grand étonnement, diurèse très abondante, disparition rapide de l'œdème des membres inférieurs; puis l'ascite à son tour diminue, l'appétit se réveille, et dès la fin de septembre ma malade peut être considérée comme absolument guérie.

Mme C... jouit depuis cette époque d'une santé excellente; les fonctions digestives sont normales; l'embonpoint est revenu. J'ajoute même que la leçon a été salutaire, et que mon ancienne malade a renoncé à ses mauvaises habitudes.

Quelle a été la part du traitement dans la disparition si rapide et si inopinée de cette ascite? Je livre mon observation sans faire de commentaires, et je conclus qu'il ne faut pas toujours désespérer en présence d'une cirrhose du foie.

Dr Ch. Fritz,
Médecin de l'hôpital de l'Isle-Adam.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BLANCHARD.

Aucune communication intéressant les sciences médicales n'a été faite dans cette séance, d'ailleurs fort courte, et terminée par une remarquable allocution de M. Blanchard, faisant fonctions de président, à l'occasion du centenaire de M. Chevreul, et par la lecture d'un télégramme de l'Université de Kasan adressant ses félicitations et ses « chaleureux souhaits de santé, de vigueur et de force » à l'illustre savant.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 AOUT 1886. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER, ANCIEN PRÉSIDENT.

En l'absence du bureau, retenu à la célébration du centenaire de M. Chevreul au Muséum et afin de permettre aux membres présents de se rendre à cette cérémonie, l'Académie décide, sur la proposition de M. *H. Roger*, ancien président, de lever la séance en « signe d'honneur » pour l'illustre savant qui lui appartient à titre d'associé libre depuis soixante-trois ans.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1888.

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.

Prix Amussat (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie let sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès e plus important dans la pratique chirurgicale.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.

Prix Civrieux (1000 francs). — Question : Des hallucinations de l'ouïe.

Prix Desportes (1300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret (1500 francs). — Question : Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Itard (2000 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Orfila (4000 francs). — Question : Du venin de la vipère. — D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique. Que devient ce

poison après avoir été absorbé? Dans quels organes séjourne-t-il? A quelles époques est-il éliminé et par quelles voies? Quels troubles amène-t-il dans les fonctions? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'il provoque? Quelle est son action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre ses effets? Enfin, quelle est la marche à suivre pour déceler ce toxique dans les organes ou les liquides de l'économie, soit avant, soit après la mort? Des expériences seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ce toxique jusque dans le sang et dans les organes où il a été porté par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui le rendrait inerte ou beaucoup moins actif » ?

Prix Portal (1000 francs). — Question : Anatomie pathologique des érysipèles.

Prix Stanski (1800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1888 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Monbinne, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'affection paralytique d'Erb, par M. Martius. — Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, tombé d'un échafaudage sur l'épaule gauche et présentant une paralysie du bras gauche, du type décrit pour la première fois par Duchenne, puis avec plus de précision par Erb. Les muscles paralysés appartenaient au domaine du nerf radial, du musculo-cutané, de l'axillaire, du sus-scapulaire et du susépineux. Il ne pouvait être question d'une lésion de la moelle; pour expliquer la paralysie de groupes musculaires si éloignés les uns des autres, on ne peut admettre qu'une lésion des nerfs siégeant en un point où ils se trouvent rapprochés, c'est-à-dire au niveau du plexus brachial. La physionomie de ces sortes de paralysies ne saurait être toujours la même, attendu que la disposition des fibres du plexus présente de nombreuses variations individuelles. Mais comme la douleur, dans le territoire du médian, est à peu près constante, ce nerf tirant son origine à la fois des cinquième et sixième racines du plexus, on peut considérer comme typique la paralysie des nerfs moteurs émanant des cinquième et sixième racines, c'est-à-dire de l'axillaire, du musculo-cutané et du rameau du radial se rendant au long supinateur, en d'autres termes de ce dernier muscle, du biceps, du brachial interne et du deltoïde. La *restitutio in integrum* ne paraît pas probable à l'auteur dans le cas présent. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 28.)

Des fonctions de la prostate et de leurs relations avec la puissance génitale de l'homme, par M. Furbringer. — L'auteur a étudié avec le plus grand soin les propriétés physiques et physiologiques de la liqueur prostatique; il a particulièrement examiné l'influence de cette liqueur sur les spermatozoïdes et il croit être autorisé à conclure que la liqueur fraîchement sécrétée par la prostate est incapable de réveiller la vitalité des spermatozoïdes en déclin, à l'instar des alcalis par exemple, mais qu'elle jouit de la faculté d'appeler à la vie les spermatozoïdes encore plus ou moins inertes accumulés dans les vésicules séminales et le canal déférent, grâce à des propriétés vitales spéciales, en un mot, de communiquer aux spermatozoïdes la vie visible, qui se traduit par les mouvements actifs. On pressent dès lors le rôle que peuvent jouer les maladies de la prostate au point de vue de la puissance fécondante de l'homme. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 29.)

De l'étiologie du tic convulsif, par M. O. Buss. — L'étiologie de cette affection spasmodique est extrêmement obscure dans un grand nombre de cas, et l'on comprend l'inefficacité de la thérapeutique dans ces conditions. On a pratiqué l'élongation du nerf facial, après que les autres médicaments et l'électricité eurent échoué ; mais en général les résultats n'ont pas été encourageants. C'est que nos moyens de traitement ne peuvent atteindre la lésion initiale. Celle-ci, dans un cas de Rosenthal, était un cholestéatome comprimant le nerf facial; dans un cas de Schultze, un anévrysme de l'artère vertébrale gauche comprimant ce même nerf; enfin, dans le cas de l'auteur, une dilatation athéromateuse de l'artère cérébelleuse postérieure gauche, exerçant une pression à la fois sur le facial et sur le nerf acoustique; le malade mourut d'une hémorrhagie de la protubérance avec hémiplégie droite. Dans tous les cas cités, il n'existait que des convulsions cloniques, d'où il résulte, contrairement à ce qu'a dit Natanson, que l'excitation d'un nerf moteur dans un de ses segments périphériques ne détermine pas nécessairement des convulsions toniques des muscles correspondants. Il résulte encore du cas de M. Buss que l'irritation du nerf acoustique ne provoque ni bourdonnements d'oreilles, ni dysacousie, le malade en question ne s'étant plaint d'aucun de ces symptômes. (*Neurologisches Centralblatt*, 1886, n° 14.)

Sur la fréquence des parasites intestinaux chez les enfants, par M. F. Banik. — La fréquence des parasites tant chez les enfants que chez les adultes dépend beaucoup des habitudes, des mœurs locales, et de divers autres facteurs. C'est ce qui fait que Müller, par exemple, a constaté qu'à Dresde les entozoaires (nématoïdes) sont aussi fréquents chez les adultes que chez les enfants, tandis que Bollinger a trouvé qu'à Munich les parasites sont très rares chez les adultes, comparativement aux enfants. L'auteur est arrivé aux résultats suivants :

1° Les entozoaires les plus fréquents chez les enfants sont : l'oxyure vermiculaire, le trichocéphale dispar et l'ascaride lombricoïde, tous trois des nématoïdes.

2° De ces trois, le plus fréquent est l'oxyure vermiculaire, qui s'observe dans 30,15 pour 100 de tous les cas. Vient ensuite le trichocéphale dans une proportion de 8,26 pour 100; enfin l'ascaride lombricoïde avec une fréquence de 7,33 pour 100.

3° A Munich, où a été faite cette statistique, les helminthes s'observent plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes. Mais leur présence est extrêmement rare chez les enfants de moins d'un an.

4° En automne, on trouve plus abondamment qu'en hiver les œufs d'ascaride lombricoïde et de trichocéphale. La quantité d'œufs est sensiblement la même pour l'oxyure pendant toute l'année.

5° Le ténia médiocanellata est plus fréquent à Munich que le ténia solium. Le premier s'observe souvent chez les enfants dès l'âge de deux ans, ce qui tient probablement à l'habitude de donner aux enfants de la viande crue hachée pour les fortifier.

6° Ces parasites peuvent se rencontrer simultanément chez le même enfant ; on a vu les trois nématoïdes associés, ce qui ne présente rien d'extraordinaire, vu que le mode d'infection (par les œufs) est le même pour les trois. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1886, n° 26.)

De la récidive du typhus abdominal, par M. F. May. — L'auteur a observé dans le service de Ziemssen, de 1882 à 1885, 29 cas de récidive de typhus abdominal sur un total de 209 cas,

soit en moyenne 13,88 pour 100; cette proportion a atteint 23,73 pour 100 pour l'année 1885. Ce ne sont pas là des faits purement accidentels; il s'agit plutôt d'une de ces modifications particulières du virus, qui impriment leur caractère spécial à chaque épidémie. Dans le cas particulier, il est très admissible que les bacilles typhiques présentent une vitalité particulière, et que ceux qui n'ont pas péri pendant la première atteinte de la maladie se multiplient de nouveau assez abondamment pour provoquer une récidive; et cela indépendamment de la persistance ou de la non-persistance de l'hypertrophie splénique. Ce n'est donc pas au traitement qu'il faut attribuer les oscillations dans la fréquence de ces récidives, mais au *caractère éventuel du virus typhique*. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1886, n° 26.)

Diabète sucré chez un enfant de quatre ans, par M. A. WINCKLER. — Cas intéressant, non seulement à cause de la rareté du diabète chez les enfants, mais encore à cause de l'extrême rapidité de la marche de la maladie. Il y avait des prédispositions héréditaires, affections nerveuses graves chez les ascendants, diabète chez un grand-oncle. Mais un autre facteur important, c'est les quantités énormes d'eau sucrée qu'on avait données à l'enfant, et qui ont certainement hâté l'explosion de la maladie, si elles ne l'ont pas déterminée. Cantani a établi pour 90 cas sur 218 cette étiologie du diabète, c'est-à-dire l'excès des douceurs ou des féculents. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1886, n° 26.)

Leçons sur le traitement chirurgical des calculs vésicaux, par M. W. CADGE. — Nous ne pouvons indiquer ici que les conclusions de cette excellente étude clinique, — conclusions qui constituent en quelque sorte le code du traitement chirurgical des calculs vésicaux :

1° Chez les enfants la litholapaxie doit être employée plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'à présent;

2° Chez les garçons, s'il s'agit d'un calcul trop volumineux, il faut donner la préférence à la cystotomie sus-pubienne sur la périnéale;

3° Chez les filles, la litholapaxie est de règle pour les petits calculs, l'emploi du grand appareil pour les calculs volumineux;

4° Chez les femmes adultes, la litholapaxie, ou la dilatation avec extraction, s'applique aux calculs de volume modéré; la lithotomie vaginale à ceux qui sont plus volumineux; le grand appareil aux calculs très volumineux;

5° Chez les hommes adultes, la litholapaxie doit être employée pour les calculs pesant moins d'une once ou une once et demie; pour les calculs plus volumineux, la lithotomie latérale ou encore sus-pubienne; cette dernière est de rigueur pour tous les calculs pesant plus de trois onces;

6° Chez les vieillards, les mêmes règles doivent être observées lorsque les voies urinaires sont intactes; mais, lorsqu'il y a hypertrophie de la prostate et atonie de la vessie, la lithotomie sus-pubienne est préférable jusqu'à nouvel ordre. (*British med. Journal*, 3 juillet 1886.)

Etude statistique sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire, par M. SCHNYDER. — Voici les principales conclusions de cet important mémoire :

1° La population des villes est beaucoup plus exposée à la phthisie que celle de la campagne;

2° La phthisie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et la mortalité par cette maladie plus grande chez les premiers;

3° Les femmes de la campagne sont relativement plus exposées à la phthisie que celles des villes; la mortalité la plus élevée dans les villes tombe sur les jeunes femmes; dans les campagnes, sur les femmes d'un certain âge;

4° Les médecins et les infirmiers ne sont pas les plus exposés à la phthisie; les bouchers, charcutiers, aubergistes et tonneliers le sont bien plus, ainsi que les serruriers et les tailleurs de pierre. Les individus qui ont souvent l'occasion de boire meurent jeunes de la phthisie; les ouvriers exposés à l'inhalation des poussières en meurent âgés;

5° L'hérédité est le facteur le plus important de l'étiologie de la phthisie pulmonaire chronique;

6° Cette prédisposition héréditaire a une influence bien plus puissante chez la femme que chez l'homme; en revanche, la phthisie acquise est plus fréquente chez l'homme que chez la femme;

7° La phthisie endémique de nos contrées n'est pas une maladie infectieuse au sens propre du mot. La contagiosité est minime, si toutefois elle existe;

8° La théorie de l'origine bacillaire de cette phthisie endémique est contraire aux faits;

9° Au début de la maladie, le bacille de Koch ne se rencontre qu'accidentellement chez les phthisiques; mais il est probable que s'il arrive dans la circulation, ce même bacille peut déterminer l'infection tuberculeuse miliaire.

L'auteur ajoute que la coïncidence de la mortalité par phthisie avec l'étroitesse de la poitrine s'observe très fréquemment chez les recrues. Du reste, le développement insuffisant hez les individus de vingt ans constitue une prédisposition des lus sérieuses. (*Schweizer. Correspondenzblatt*, 1886, n° 12.)

Tuberculose du thymus, par M. DEMNE. — Il s'agit d'un enfant né de parents sains, mort dans le marasme à quarante-deux jours. A l'autopsie, on trouva dans le thymus trois tubercules du volume d'un pois et une autre du volume d'une noix. Au microscope, on découvrit, en petit nombre il est vrai, le bacille caractéristique. L'enfant ayant été élevé au lait de vache bouilli, l'auteur considère ce cas comme étant de la tuberculose congénitale. (*Fortschritte der Medicin*, 1886, n° 9.)

Résection du coccyx, par M. Ch. W. WHITEHEAD. — L'auteur rapporte deux cas de coccygodynie dans lesquels la résection du coccyx fut suivie des meilleurs effets. Il s'agissait d'hommes. Il a déjà pratiqué la même opération chez cinq femmes souffrant de coccygodynie, due chez toutes à une lésion pendant l'accouchement. La guérison fut complète. M. Whitehead rappelle que la coccygodinie est justiciable de trois méthodes de traitement : 1° le repos et les anodyns; 2° la section plus ou moins complète des attaches musculaires qui se font sur le coccyx; 3° la résection du coccyx. Le traitement varie d'après la nature même des cas. Dans ceux où la douleur est due à l'hystérie ou à une excitation réflexe, dépendant d'une maladie de l'utérus ou de l'ovaire, l'intervention chirurgicale se trouve exclue. On peut, ou l'on doit, y avoir recours, au contraire, dans les cas de fracture et luxation anciennes avec consolidatien vicieuse dans l'allongement congénital du coccyx, la nécrose qu'elle qu'en soit la cause, les tumeurs coccygiennes, enfin, dans un grand nombre de cas à symptômes plus ou moins obscurs où l'on peut soupçonner la périostite, enfin dans d'autres inflammations de l'articulation sous-coccygienne. Pour plus de précision des indications, nous renvoyons au mémoire original. (*The Lancet*, 17 juin 1886.)

Travaux à consulter.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE SULFURE DE CARBONE, AVEC AUTOPSIE, par M. W. FOREMAN. — L'empoisonnement par le sulfure de carbone étant rarement observé, ce cas présente un grand intérêt tant pour la symptomatologie que pour les lésions cadavériques qu'on rencontre dans ce genre d'intoxication. (*The Lancet*, 17 juillet 1886.)

CAS DE RÉSECTION DU PYLORE; MORT AU BOUT DE QUATRE JOURS, par MM. J. COATS et A.-E. MAYLARD. — Il s'agissait d'un squirrhe du pylore. Quoique l'opération n'ait pas été suivie de succès, il faut savoir gré à l'auteur d'avoir publié le cas, la valeur de la *pylorectomie* étant loin d'être établie jusqu'à présent. (*The British med. Journal*, 24 juillet 1886.)

Traitement des fractures de la rotule, par M. Fr. Treves. — Cet auteur emploie le procédé de Malgaigne comme le meilleur, la suppuration que produisaient jadis les crochets n'étant plus à craindre, grâce à la méthode antiseptique. (*The British med. Journal*, 24 juillet 1886.)

Cas d'excision du larynx pour une affection de nature maligne, par M. D. Newman. — Il s'agissait d'un carcinome; la laryngectomio réussit fort bien, comme dans la plupart des cas où l'affection est bornée à la cavité laryngée et où il est possible d'exciser une grande quantité de tissu sain autour de la tumeur. (*The Lancet*, 24 juillet 1886.)

Déplacement du cœur par traction, par M. A.-M.-F. MacAldowie. — Il s'agit de deux sujets chez lesquels le cœur se trouvait déplacé de sa position normale; comme on ne peut découvrir chez eux ni cirrhose du poumon, ni emphysème, l'auteur pense que cette ectopie a dû être déterminée par la rétraction du poumon droit, consécutive à une attaque de pleurésie chronique ou subaiguë, dont les symptômes seraient passés plus ou moins inaperçus. (*The British med. Journal*, 24 juillet 1886.)

La digestion stomacale chez le cheval, par M. H. Goldschmidt. — On sait combien la physiologie de la digestion présente encore d'obscurités. Il faut savoir gré à l'auteur d'avoir, par des expériences minutieuses, étudié phase par phase cet acte important chez le cheval; sans aucun doute,une partie des résultats obtenus par lui pourra s'appliquer à la digestion chez l'homme. (*Zeitschrift f. physiol. Chemie*, Bd X, H. 5, 1886.)

De l'histoire naturelle des rötheln, par M. R. J. Ryle. — Nouvelle contribution à l'étude de cette maladie, dont la vraie nature est toujours encore mystériouse. (*The British med. Journal*, 24 juillet 1886.)

Les baraquements-ambulances transportables, par MM. von Langenbeck, von Coler et Werner. — Mémoire très étendu, avec figures et plans, dans lequel se trouvent décrits les principaux systèmes proposés dans les différents pays, et dont la plupart ont été exposés à Anvers en 1885. (*Archiv. f. klin. Chirurgie*, Bd XXXIII, H. 4, 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de la peau, par M. le professeur Hardy. In-8° de 1228 pages. — Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

Lorsque, en 1858, M. le professeur Hardy, alors médecin de l'hôpital Saint-Louis, fit paraître ses *Leçons sur les maladies de la peau*, son ouvrage eut un tel succès que l'édition fut vite épuisée. Il y a quelques années on ne parvenait à s'en procurer un exemplaire qu'avec la plus grande difficulté. La plupart des jeunes praticiens ne connaissaient les idées du célèbre dermatologiste, dont la réputation, pendant plus de vingt ans, avait balancé celle de Bazin, que par les articles signés de lui qui se trouvent dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Nous ne pouvons que le remercier d'avoir bien voulu les réunir en un volume, et d'avoir ainsi rendu plus facile la connaissance des opinions qu'il a professées avec tant d'éclat.

Comme tous les ouvrages didactiques, le nouveau livre de M. Hardy échappe à toute analyse. Je me contenterai d'énumérer les dix classes de maladies cutanées qu'il admet :

La première classe comprend *les difformités de la peau*, qui se subdivisent en : 1° *difformités de l'appareil pigmentaire* par excès (nævi pigmentaires, lentigo, mélanodermie, argyrie, cyanose, etc.) et par défaut (albinisme, vitiligo, etc.); 2° *difformités de l'épiderme*, dans lesquelles nous sommes un peu surpris de voir ranger le xanthelasma; 3° *difformités des poils et des ongles*, comprenant les alopécies; 4° *difformités des follicules sébacés*, comprenant les acné miliaire, pisiforme, et nous ne savons vraiment pas pourquoi le molluscum fibreux; 5° les *difformités vasculaires*, *télangiectasies ou angiomes;* 6° les *difformités du derme*, telles que la kéloïde, les sclérodermies, les morphées, la cachexie pachydermique et l'éléphantiasis des Arabes.

La deuxième classe est celle des *inflammations locales.* L'auteur y étudie : 1° les *éruptions artificielles provoquées*, soit par un irritant local, soit par l'ingestion de certaines substances; 2° les *éruptions inflammatoires spontanées*, qui comprennent : *a.* les *érythèmes; b.* l'*ecthyma;* c. le *zona; d.* le *pemphigus; e.* les *acnés inflammatoires; f.* le *strophulus; g.* le *prurigo; h.* la *dermite exfoliatrice.*

La troisième classe est celle des *maladies parasitaires de la peau.* Elle se divise tout naturellement en deux grands groupes: 1° les *maladies parasitaires végétales*, comprenant le *favus*, la *trichophytie*, la *pelade*, que M. le professeur Hardy considère comme étant *toujours* parasitaire et causée par la spore de Malassez, dont la banalité est aujourd'hui universellement reconnue, enfin le pityriasis parasitaire ou versicolore et l'érythrasma; 2° les *maladies parasitaires causées par la présence de parasites animaux*, lesquels peuvent se subdiviser en deux familles : *a.* les *dermatozoaires*, qui pénètrent dans les téguments, et qui comprennent les acares, le demodex folliculorum, la puce de sable, le rouget, la filaire de Médine; mais nous nous demandons pourquoi M. le professeur Hardy a rangé dans ce groupe le bouton de Biskra, d'Alep, du Nil, etc., alors qu'il n'y met ni la pustule maligne, ni la tuberculose cutanée; *b.* les *épizoaires*, tels que les poux, les puces, les punaises, etc.

La quatrième classe, celle des *maladies infectieuses et gangreneuses de la peau*, comprend des affections peu comparables entre elles, telles que le décubitus aigu, le furoncle et la pustule maligne.

Dans la cinquième classe, l'auteur décrit les *congestions cutanées;* il y range l'acné congestive ou couperose, et la congestion simple idiopathique, telle que l'érythème pudique des femmes ou la congestion émotive.

Les *hémorrhagies cutanées* forment la sixième classe.

La septième classe comprend les *hypercrinies cutanées*, telles que l'hyperidrose, l'anidrose, les sudamina, la bromidrose, la chromidrose, l'acné sébacée fluente et l'acné sébacée concrète.

La huitième classe est celle des *névroses cutanées :* on y trouve décrites la dermalgie, l'hyperesthésie cutanée et l'urticaire.

La neuvième classe comprend les *éruptions fébriles*, telles que la roséole, les érythèmes généralisés (polymorphe, noueux, scarlatiniforme, mamelonné), la miliaire, les taches lenticulaires rosées, les taches typhiques, l'herpès fébrile.

Enfin la dixième classe, de toutes de beaucoup la plus importante, comprend les *éruptions constitutionnelles*, dont l'auteur donne la définition suivante : « Ce sont des éruptions secondaires, subordonnées à un état général dont elles ne sont que la manifestation extérieure; seulement ces éruptions, au lieu d'être sous la dépendance d'un état accidentel, momentané, sont le résultat d'une disposition morbide, acquise ou innée, souvent permanente, mais en tous cas d'une longue durée. Ces éruptions sont des affections diathésiques, si l'on entend le mot *diathèse* comme exprimant une disposition morbide au développement successif ou simultané d'accidents de même nature; je dirai également que ce sont des affections constitutionnelles, puisqu'elles se rapportent à une maladie générale affectant toute l'économie et pouvant se traduire par des phénomènes différents de siège et d'aspect, mais qui restent toujours sous la dépendance de la maladie principale, à laquelle on doit constamment penser alors qu'il s'agit du traitement. » Telles sont les idées de la vieille école française, idées que Bazin et Hardy ont tant contribué à vulgariser; la nouvelle école de Saint-Louis est loin de les abandonner, bien au contraire; seulement elle y apporte, à certains égards, quelques modifications, et elle

croit qu'elles ne sont pas incompatibles avec une étude plus précise, plus rigoureuse, moins superficielle, plus anatomopathologique qu'on ne la faisait autrefois de la lésion cutanée.

Les éruptions constitutionnelles comprennent, pour M. le professeur Hardy :

A. Les *éruptions dartreuses*, dont il donne une description d'ensemble, et qui renferment : 1° l'*eczéma;* 2° l'*impétigo*, qui n'est pour l'auteur qu'une variété d'eczéma; 3° le *pityriasis*, qui ne serait également pour lui que la variété la plus affaiblie de l'eczéma, et qui, ainsi compris, renfermerait : *a.* le *pityriasis blanc ou simple; b.* le *pityriasis rouge*, maladie peu grave qu'il ne faut pas confondre avec le *pityriasis rubra* de Hebra, que le professeur Hardy range dans la dermite exfoliatrice; *c.* le *pityriasis disséminé*, qui correspond probablement (l'auteur ne le dit pas) à ce que nous connaissons sous le nom de pityriasis rosé de Gibert; *d.* le *pityriasis pilaire* (*pityriasis rubra pilaris* de Devergie, Besnier, Richaud), qu'il ne décrit pas, se contentant de dire qu'il croit devoir le rattacher aux difformités de la peau et le rapprocher de l'ichtyose, opinion que nous ne saurions partager; 4° le *licheu*, qui n'est pour lui qu'une forme, qu'une variété de l'eczéma; il ne fait même pas, à notre grand étonnement, de réserves pour le *lichen planus;* 5° le *mycosis fongoïde ou lymphadénie cutanée* n'a été placé dans la cinquième classe des affections dartreuses, dit M. le professeur Hardy, que parce que cette dermatose, dont la classification est encore difficile à l'heure actuelle, est fréquemment associée à l'eczéma. Il convient de faire remarquer que les éruptions eczématiformes prémonitoires de la première période du mycosis fongoïde typique ne sont pas de l'eczéma, mais des manifestations morbides tenant au mycosis lui-même, et doivent être considérées comme des symptômes de cette affection; 6° le *psoriasis*.

B. Les *scrofulides :* à cet égard, M. le professeur Hardy donne à mon sens une excellente description de la scrofule; il étudie le sujet cliniquement scrofuleux et le dépeint de main de maître. Discutant ensuite la question des rapports de la tuberculose et de la scrofule, il passe rapidement en revue les raisons d'ordre anatomo-pathologique qui ont fait dire à beaucoup de médecins des plus distingués que la scrofule n'existe pas, et qu'on doit la confondre avec la tuberculose. « Il ne croit pas qu'il faille rayer la scrofule du cadre nosologique; il continue à admettre une différence radicale entre la scrofule et la tuberculose, la première étant une maladie diathésique, une disposition morbide semblable à la goutte et à la syphilis, susceptible de se manifester par des lésions différentes, par leur siège, par leur constitution anatomique, mais relevant d'une cause commune inhérente à l'individu, l'autre étant une maladie susceptible de se généraliser, il est vrai, mais ne donnant lieu à la naissance et à l'évolution que d'un seul produit morbide : le tubercule. »

L'auteur examine ensuite ce qu'il convient de décrire sous le nom de *scrofulides*. Il ne croit pas devoir conserver le groupe des *scrofulides bénignes*, créé par Bazin, et qui comprenait l'engelure, l'érythème papuleux, l'érythème induré, le strophulus, etc., parce que ces affections peuvent se rencontrer en dehors de la scrofule. Il combat la dénomination de lupus, qu'il considère comme synonyme de lésions cutanées de nature scrofuleuse, parce que certains auteurs ont décrit sous ce nom des affections cutanées de nature syphilitique, et surtout parce que ce mot, dans l'école de Willan, ne désignait qu'une lésion tuberculeuse de la peau, et qu'il ne saurait, par conséquent, « s'appliquer à des affections dans lesquelles les lésions initiales peuvent être des pustules, des squames, des taches érythémateuses ». Aussi laisse-t-il ce mot de côté, et décrit-il sous le nom de scrofulides toutes les dermatoses que nous sommes habitués à désigner sous celui de lupus. Il en reconnaît cinq variétés : 1° *scrofulide érythémateuse;* 2° *scrofulide cornée ou acnéique;* 3° *scrofulide pustuleuse;* 4° *scrofulide tuberculeuse, superficielle avec ulcération;* 5° *scrofulide phlegmoneuse*.

C. Tout en paraissant admettre que ce sont là des lésions de nature tuberculeuse, il décrit ensuite la tuberculose cutanée vraie, analogue aux ulcérations tuberculeuses des muqueuses.

D. Le *rhinosclérome*.

E. Les *syphilides :* l'auteur décrit rapidement les accidents primitifs, secondaires et tertiaires de la syphilis. Il divise les syphilide en : 1° *syphilides précoces* (exanthématique, papuleuse, pustuleuse superficielle, varioliforme, végélante); 2° *syphilides intermédiaires* (pigmentaire, vésiculeuse, pustuleuse, squameuse, tuberculeuse); 3° *syphilides tardives* (pustulo-crustacée, ulcéreuse, serpigineuse et perforante).

F. La *pellagre*.

G. La *lèpre*.

H. Les *éruptions cancéreuses, cancer de la peau*, comprenant : 1° le cancer épithélial; 2° les tumeurs cutanées sarcomateuses (non mélaniques et mélaniques); 3° les tumeurs cutanées carcinomateuses.

Telles sont les matières contenues dans l'ouvrage de M. le professeur Hardy. En somme, c'est une deuxième édition, plus complète que la première, de ses *Leçons sur les maladies de la peau*. Les étudiants y trouveront une bonne description, des plus simplifiées, des principales dermatoses. Ce traité est fait pour eux et leur plaira certainement. C'est ainsi qu'il faut le comprendre et l'apprécier; mais il n'y faut pas chercher un exposé complet des connaissances actuelles, qui permettent de suivre les enseignements de la nouvelle école de Saint-Louis. Sans entrer dans de trop grands détails, contentons-nous de dire qu'on n'y trouve pas mentionnés l'urticaire pigmentée, le colloïde milium, la maladie de Paget du mamelon, les recherches récentes sur le pemphigus, sur le prurigo de Hebra, etc., que le *pityriasis rubra pilaris*, le *xeroderma pigmentosum*, le *pityriasis rubra* grave de Hebra, etc., n'y sont que cités, mais pas décrits. Ce ne sont là, il est vrai, que des affections rares, et ceux qui ne s'occupent pas spécialement des maladies de la peau ne sont exposés à les observer que fort rarement. Le livre de M. le professeur Hardy ne s'adresse pas à ce public si restreint. C'est une œuvre de vulgarisation qui permet à tout médecin de connaître les grands traits des principales dermatoses, et, à ce titre, nous ne saurions trop louer la clarté de l'exposition. Là encore M. Hardy est ce qu'il a toujours été, un professeur dans toute l'acception du terme, et l'un des meilleurs vulgarisateurs de notre époque.

L. BROCQ.

Manuel de gynécologie, par D. BERRY HART et A.-H. FREELAND BARBOUR, traduit sur la seconde édition, par M. le docteur E. CROUZAT, avec 400 figures et 9 planches chromolithographiées. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier.

Parcourir en 700 pages toute la gynécologie en n'y comprenant pas seulement les affections de l'appareil génital interne et externe, mais encore en consacrant une place relativement importante aux lésions de l'appareil urinaire, du rectum, à l'hystérie, à la stérilité, à l'avortement, à la rétroflexion de l'utérus gravide, aux grossesses extra-utérines, c'est parcourir en peu de pages une matière bien étendue et être par conséquent trop bref sur beaucoup de points. Aussi les auteurs se sont-ils souvent bornés, dans leur description, à énoncer les symptômes, les causes, les maladies qui peuvent être la raison d'une erreur de diagnostic, énonciation n'ayant que l'importance d'un memento. Cette observation est surtout justifiée à propos de l'étiologie et du diagnostic; mais nous nous empresserons d'ajouter que certains de ces chapitres sont fort bien traités, comme, par

exemple, celui qui concerne le diagnostic des tumeurs abdominales. Une récapitulation à la tête de chaque chapitre des points qui doivent fixer l'attention, sauf à y revenir plus tard, rapproche la méthode suivie par les auteurs de la *méthode synoptique*. Elle a des avantages incontestables et donne une clarté et une lucidité toutes spéciales aux descriptions. Il faut cependant que l'étudiant sache bien que la clinique imposera souvent des démentis et des obscurités à des catégories aussi nettement tranchées. Enfin, à côté des chapitres un peu écourtés s'en trouvent d'autres beaucoup plus étendus et très instructifs.

Les auteurs disent dans leur préface qu'ils ont « eu toujours présent à l'esprit que l'anatomie, la physiologie, la pathologie des organes pelviens étaient la base de tout bon ouvrage clinique, etc... » En effet, à propos de chaque chapitre une division spéciale est consacrée à des explications de physiologie pathologique qui cherchent le pourquoi des symptômes et des causes. C'est une innovation heureuse. Quoiqu'elle soit un peu théorique, elle n'en allège pas moins notablement la mémoire en montrant la raison des phénomènes observés.

Mais c'est surtout au point de vue de l'anatomie pure et de généralités au sujet de l'exploration et de la petite chirurgie gynécologique, que les auteurs sont entrés dans des considérations relativement étendues, comprenant près de deux cents pages, à peu près le quart de l'ouvrage. Nous ne nous en plaindrons pas. Apprendre à bien connaître l'anatomie des organes pelviens, à bien les explorer, est un point capital dans un manuel, dans un livre s'adressant à des étudiants. Sans ces connaissances, les notions de pathologie spéciale, plus elles sont étendues, plus elles entraînent de confusion dans l'esprit.

Le chapitre qui traite de l'anatomie présente des descriptions originales, et les auteurs ont réussi « à combler une lacune, ce qui a été le but de leurs efforts ».

Imitant Henle, ils ont cherché dans leurs figures à reproduire les organes pelviens tels qu'ils sont réellement. Ils ont pris le décalque de coupes du cadavre de la femme congelée. Dans nos traités, au contraire, on donne la représentation du vagin et du rectum préalablement bourré de crin: rien n'est moins exact. On conçoit qu'il en résulte dans l'esprit des idées erronées qui rendent absolument inintelligibles de nombreux points, et en particulier tout ce qui concerne les déviations utérines. Ce chapitre est, en particulier, bien traité dans l'ouvrage de Hart et Barbour. Tout ce qui concerne les pessaires, les moyens de redressement de l'utérus y est net et complet. Qu'on superpose le pessaire de Hodge, par exemple, sur une des coupes du vagin de notre important atlas de Bourgery et Jacob, on ne comprendra pas comment il agit pour redresser l'utérus. L'inspection des figures qui sont consacrées à ce sujet dans le livre des auteurs donne immédiatement l'explication claire de la façon dont ces pessaires et les autres peuvent être utilisés.

Tout ce qui concerne l'anatomie du péritoine, la distribution du tissu cellulaire pelvien et les conséquences qui en dépendent au point de vue des lésions de ces tissus y est l'objet d'une attention toute spéciale.

On lira encore avec intérêt ce qui a trait à la situation de l'utérus et du rectum, aux modifications de rapports sous l'influence de la distension de la vessie, à la distribution intra-abdominale des pressions subies par les organes pelviens, à la projection du plancher pelvien, aux changements de situation de l'utérus suivant les positions prises par la femme, en particulier suivant la position génu-pectorale avec introduction de l'air dans le vagin. Une figure intéressante donne la silhouette d'une femme placée dans la position génu-pectorale avec le tracé de la ligne suivant que l'air entre ou n'entre pas dans le vagin.

Malgré quelques omissions à propos de la littérature française, nous nous plaisons à reconnaître que cet ouvrage est au courant des travaux les plus récents : l'ablation des ovaires, l'opération de Battey, de Tait, la dilatation de l'utérus et de l'urèthre, le cathétérisme des uretères, les diverses opérations sur le col y sont indiqués et bien étudiés. De nombreuses figures, bien faites, facilitent la lecture de cet ouvrage intéressant.

M. Budin, dans sa préface, s'occupe particulièrement de l'emploi de l'eau chaude en gynécologie, et rapporte des observations personnelles et de quelques-uns de ses confrères. C'est aujourd'hui un sujet bien connu, sur lequel nous pourrions aussi apporter de nouveaux faits probants. Ils confirment les observations auxquelles notre collaborateur, M. Reclus, a consacré un intéressant article dans ce journal même.

L'ouvrage a été très soigneusement traduit par M. Crouzat, et nous pensons qu'il trouvera honorablement sa place dans la bibliothèque des médecins qui s'occupent de gynécologie.

PORAK.

LE TRIBROMURE D'ALLYLE, MÉDICAMENT NOUVEAU INTRODUIT DANS LA THÉRAPEUTIQUE, par le docteur ARMAND DE FLEURY, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Bordeaux, 1886.

Etude expérimentale et clinique des effets produits par le tribromure d'allyle, composé liquide obtenu par la combinaison du brome au radical allyle renfermé dans le suc de l'*Allium sativum*. Ce médicament employé soit sous la forme d'injections hypodermiques de tribromure d'allyle dissous dans l'éther, soit sous la forme de capsules renfermant chacune cinq gouttes du principe actif, a paru donner des résultats satisfaisants dans le cas de spasme, d'insomnie essentielle ou symptomatique, d'asthme essentiel, d'angine de poitrine; il semble destiné à remplacer avantageusement les préparations morphinées ou chloraliques pour combattre le phénomène douleur.

DE LA SUGGESTION MENTALE ET DE L'ACTION DES MÉDICAMENTS A DISTANCE, par le docteur EUGÈNE ALLIOT. — Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

Considérations transcendantes sur une nouvelle théorie de l'électricité et de la foudre, sur l'identité du fluide électrique et de l'influx nerveux, conduisant l'auteur à interpréter les phénomènes de médiumnité, les relations des âmes à distance, les pressentiments, etc... et même à établir que l'hydrogène « n'a pas de poids, l'une de ses propriétés étant de surmonter la pression atmosphérique pour se diriger vers les astres en subissant des métamorphoses continues et successives qui le conduisent à l'état d'éther ». La physique est peut-être un peu trop delaissée au profit de la métaphysique, que l'auteur croit appelée à fournir la solution des problèmes les plus ardus.

FORMULAIRE DES NOUVEAUX REMÈDES (année 1886), par G. BARDET et EGASSE. — Paris, 1886, O. Doin.

C'est un manuel de thérapeutique et de matière médicale plutôt qu'un simple formulaire dans le vrai sens du mot, les auteurs ayant, avec raison, jugé nécessaire de donner des renseignements plus détaillés que ne comporte la simple posologie, sur les principaux médicaments dont s'est enrichie la thérapeutique. Le formulaire des nouveaux remèdes est rédigé par ordre alphabétique, ce qui a le double avantage de faciliter les recherches, et de prévenir toute contestation au sujet de la classification des nouvelles drogues. Ce petit livre, en dépit de quelques omissions, est fort complet et contient de précieux renseignements, que l'on sera certainement heureux de trouver à l'occasion. Il renferme en outre, sous forme d'appendice, une sorte de memento des eaux minérales que l'on pourra consulter avec fruit.

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES CHEZ LES ENFANTS, par le docteur MONCORVO. — Paris, 1886, G. Steinheil.

L'auteur a poursuivi depuis plusieurs années, avec la collaboration du docteur Silva Aranjo, des recherches sur l'éléphantiasis des Arabes à Rio-de-Janeiro. Après avoir étudié tout particulièrement la thérapeutique de cette affection dans des publications antérieures, le docteur Moncorvo s'est attaché à démontrer ici, con-

trairement aux assertions d'Ernest Godard, que l'éléphantiasis des Arabes n'est pas uniquement une maladie de l'âge adulte, ne se rencontrant jamais chez l'enfant. En effet, des recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré et des multiples observations personnelles qu'il a recueillies, il résulte manifestement que l'éléphantiasis peut se présenter dans tous les pays et qu'elle est de toute les époques de la vie, depuis la naissance jusqu'à l'âge le plus avancé. Toujours elle est le résultat d'une lymphangite déterminée le plus souvent elle-même par le grattage.

La grande hystérie chez l'homme, par le docteur A. Berjon. — Thèse inaugurale, Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

A propos d'un homme hystérique observé par MM. Bourru et Burot de Rochefort, l'auteur de cette thèse entreprend l'étude de quelques-uns des phénomènes de la grande hystérie dans le sexe masculin : inhibition et dynamogénie, changement de la personnalité, etc. Il a également abordé la question beaucoup plus délicate de l'action des médicaments à distance. C'est la répétition de certaine communication faite l'an dernier au Congrès de Grenoble : on sait combien celle-ci rencontra d'incrédules, et l'on peut dire que les expériences de contrôle ont été loin d'entraîner la conviction.

Etude sur la régénération des nerfs périphériques, par le docteur Henri Marciguey, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1886. G. Steinhel.

La régénération est le mode de cicatrisation médiate des nerfs qui ont été sectionnés; mais il faut reconnaître qu'elle est toujours longue à s'effectuer. Les observations recueillies par l'auteur viennent confirmer cette proposition, puisque, dans ces divers cas, la durée totale de la régénération nerveuse a varié depuis plusieurs mois jusqu'à des années. Le chirurgien a d'ailleurs entre les mains un moyen de favoriser cette régénération et de hâter le terme de sa production définitive : c'est la suture des extrémités du nerf sectionné. Les résultats obtenus par ce procédé sont assez satisfaisants et dépourvus de danger pour que l'on puisse poser en principe que la suture nerveuse doit être tentée toutes les fois que le rapprochement des deux segments est possible. On reconnaît que la régénération du nerf est commencée et qu'elle marche vers la restitution complète, lorsque l'on assiste au rétablissement lent et progressif des fonctions de ce nerf. Le retour des phénomènes moteurs peut être attribué non seulement à la régénération nerveuse, mais encore aux phénomènes trophiques qui se passent du côté des muscles : les fibres musculaires, tout d'abord atrophiées, se régénèrent lorsque l'innervation est rétablie. L'étude de la contractilité électrique fournit des renseignements fort intéressants.

VARIÉTÉS

Centenaire de M. Chevreul. — Les fêtes données à l'occasion du centenaire de M. Chevreul ont eu un très vif éclat. Le lundi, à midi et demi, le comité consultatif des arts et manufactures, dont il est le président, a commencé la série des manifestations en son honneur; puis M. Chevreul s'est rendu à la Société nationale d'agriculture, où une séance extraordinaire avait lieu, et enfin à l'Académie des sciences, qui, par la voix de M. Blanchard, lui a présenté ses félicitations et ses souhaits. Le soir, il a assisté à la représentation de gala donnée à l'Opéra.

Le mardi, à deux heures, a eu lieu l'inauguration de la statue de M. Chevreul dans les nouvelles galeries du Muséum, décorées avec une grande somptuosité. De nombreux discours ont été prononcés par MM. Fremy, Janssen, de Bouteillier, Chaumeton, Vitu, Brocq, et par le ministre de l'instruction publique. De nombreuses délégations sont venues défiler devant l'illustre centenaire. A huit heures a eu lieu, à l'heure même où il terminait sa centième année, un grand banquet à l'Hôtel de Ville, où de nombreux toasts lui ont été portés, notamment par MM. les ministres de l'instruction publique et de la guerre, le président de la Chambre des députés, MM. Janssen, Clovis Hugues, Fouquier, etc. Le banquet a été suivi d'un festival auquel n'assistait pas M. Chevreul, et une retraite en musique a parcouru une partie des boulevards.

Rage. — Au Congrès de Nancy, M. le docteur Du Mesnil vient de communiquer les recherches statistiques qu'il a faites, à l'instigation de M. Pasteur, sur la période d'incubation et la mortalité de la rage humaine par morsures de loups enragés. Il en a réuni, d'après divers auteurs, 342 cas, sans compter les 395 cas sur lesquels M. Wallet a fait des calculs relatifs à la mortalité des individus mordus par des loups. De ces faits il résulte : 1° que la rage produite par la morsure du chien apparaît surtout du quarantième au cinquantième jour, tandis que c'est du vingtième au trentième jour qu'elle apparaît après la morsure du loup; 2° la mortalité à la suite de morsures de loup, et même après cautérisation, est de 60,27 pour 100. Or, il a été déjà traité, par la méthode de M. Pasteur, et souvent dans des conditions très défavorables, 50 individus mordus par des loups, dont 8 seulement ont succombé, soit une mortalité abaissée à 16 pour 100.

Variole et vaccine. — L'épidémie variolique qui sévissait à Marseille depuis plus d'un an paraît décidément entrer dans son déclin. Elle a, en douze mois, occasionné la mort de 1972 personnes, dont plus de la moitié chez des enfants âgés de moins de dix ans. En outre, la maladie s'est étendue dans plusieurs localités voisines; dans l'une d'elles, une jeune fille en convalescence de variole, venant de Marseille, causa la mort de 18 personnes, dont 13 non vaccinées.

Ces faits attirent de nouveau l'attention publique sur la nécessité de rendre la vaccination obligatoire. L'exemple de ce qui vient de se passer à Zurich est, à cet égard, des plus convaincants : en 1881, la mortalité variolique comptait pour 7 sur 1000 décès généraux; en 1882, 0; en 1883, cette proportion s'élevait à 8. A cette époque, les partisans de la ligue antivaccinatrice obtinrent le retrait de la loi sur la vaccination obligatoire; l'année suivante il y eut 11,15 décès par variole sur 1000 décès généraux; 52 en 1885, et déjà 85 en 1886.

Aussi nous associons-nous au vœu émis au Congrès de Nancy, sur la proposition de M. le docteur Layet, par la section d'hygiène publique, à savoir qu'une loi déclare obligatoires la vaccination et la revaccination sur le sol français, et que des instituts vaccinifères soient créés dans tous les chefs-lieux de département.

Mortalité a Paris (34e semaine, du 22 au 28 août 1886). — (Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 1. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 29. — Choléra, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 38. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 39. — Bronchite aiguë, 28. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 32. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 105; au sein et mixte, 51; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 64; de l'appareil circulatoire, 51; de l'appareil respiratoire, 44; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 11. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 14. — Total : 937.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du délire chez les dégénérés. Observations prises à l'Asile Sainte-Anne (1885-1886), service de M. Magnan, par M. M. Legrain. 1 vol. in-8 de 291 pages. Paris, *Progrès médical.* 5 fr.

La *Gazette des eaux* publie l'*Annuaire des Eaux minérales de la France et de l'étranger.* Ce volume contient la nomenclature des stations françaises et des principales stations étrangères : classement des eaux minérales selon leur nature, tableau de leurs indications thérapeutiques ; notices sur les stations les plus recherchées ; renseignements pratiques ; moyens de communication ; services spéciaux des chemins de fer, etc. 1 vol. in-18. Paris, librairies Gauthier-Villars, Jacques Lechevalier, Coccoz, etc. 1 fr. 50

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. S. Baudry, professeur agrégé à la Faculté de Lille. Premier fascicule. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

Des luxations pathologiques, leur pathogénie, par MM. les docteurs Forgue et Maubrac. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 14 fr.

Tumeurs du mésentère, par M. Victor Augagneur, chirurgien en chef de l'Antiquaille. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

6659. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Responsabilité partielle des aliénés dits criminels. — Maladie de Bright.

La grave question soulevée par M. Ball dans l'intéressant mémoire qu'il a communiqué mardi dernier à l'Académie est bien l'une de celles sur lesquelles la pathologie mentale apporte le plus de lumière ; car celle-ci permet de s'y décider avec une conviction raisonnée, appuyée sur l'enseignement de faits bien observés. Déjà, en 1882 et en 1883, M. Billod avait appelé l'attention de la Compagnie sur le danger qui résulte pour la société de la tendance à trop multiplier les excuses basées sur l'état mental des criminels ; de même il avait insisté sur la nécessité de rendre légale la prolongation de la maintenue dans l'asile de l'aliéné dit criminel, considéré comme guéri, tant qu'une Commission spéciale, périodiquement consultée, l'aura jugé nécessaire dans un intérêt de préservation sociale. Et l'Académie, le 18 mars 1884, sur le rapport de M. Blanche, a adopté le principe de dispositions de ce genre à l'égard de ces malades, curables de l'effet, mais le plus souvent incurables de la cause, suivant la remarque de Lasègue. La difficulté, comme l'a fait observer M. Ball, réside bien en effet dans l'opinion qu'il faut se faire du degré de responsabilité de l'aliéné : celui-ci est-il réellement en démence au moment de l'action, ou bien son intelligence, entamée sur un point, conserve-t-elle son intégrité dans l'ordre d'idées qui l'a conduit à un crime consciemment perpétré et accompli ? M. Ball a analysé, avec une grande sagacité, l'exemple remarquable de la famille Mercier, devenue tristement célèbre par le crime de Villemomble. L'Académie a paru partager si complètement sa manière de voir, qu'elle a décidé de soumettre cette étude de la responsabilité partielle des aliénés dits criminels à une discussion approfondie, qui sera vraisemblablement suivie de conclusions motivées. Les tentatives faites depuis un certain temps pour expliquer, sinon excuser, bien des crimes en faisant intervenir la notion des prédispositions individuelles, ou même le fatalisme intermittent des races, si l'on en croyait un roman qui fait en ce moment beaucoup de bruit, de même que la publicité donnée aux expériences d'hypnotisme et de suggestion, expériences dont n'a pas parlé M. Ball, ne sont sans doute pas étrangères à cette détermination.

— Nous nous sommes trop nettement expliqué en 1883, lors de sa dernière communication ayant le même objet, sur l'opinion formulée par M. le professeur Mariano Semmola (de Naples), à l'égard de la pathogénie de la maladie de Bright, pour devoir y revenir aujourd'hui. Les notions nouvelles qu'il a apportées à l'appui de ses ingénieuses et persévérantes recherches, mériteront d'être étudiées avec soin, lorsque le mémoire complet de M. Semmola aura été publié, car il n'en a lu qu'un résumé devant l'Académie. Il importe d'appeler tout particulièrement l'attention sur les chapitres qu'il a consacrés à la symptomatologie et au traitement de cette affection, qui, suivant lui, doit être rayée du cadre des néphrites et considérée comme un type morbide à part, constant dans tous ses caractères et faisant partie des différents vices de nutrition. On rapprochera aussi, avec intérêt, ce mémoire de l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie, communiquée à la Société médicale des hôpitaux le 11 juin par M. Dieulafoy.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'origine équine du tétanos.

Je me suis beaucoup occupé du tétanos et de son traitement, mais j'ai toujours déploré l'ignorance où nous sommes en ce qui touche l'étiologie de cette redoutable maladie ; aussi ai-je fort insisté pour que la question fût traitée au prochain Congrès de chirurgie française. Or, quels que soient les résultats du débat, il sera juste de tenir compte de l'importante communication que M. le docteur Larger a faite à la Société de chirurgie dans la séance du 28 octobre 1885.

Peu partisan jadis de la théorie infectieuse du tétanos, bien qu'elle fût patronnée par de grands chirurgiens comme

Lister, Billroth, Rose, etc., je tends de plus en plus à m'y rallier, surtout en présence des arguments et des faits semblables à ceux que vous avez produits.

Il y a plus, et la lecture du travail de M. Larger a fait germer dans mon cerveau une hypothèse que je n'ai vue formulée nulle part encore, que je vais soumettre à mon honorable confrère et qui ne conduirait à rien moins qu'à admettre l'*origine équine du tétanos de l'homme*.

Qu'on ne se récrie pas avant d'avoir écouté la plaidoirie. L'idée est puisée dans la première observation où M. Larger nous apprend que le tétanos humain n'avait jamais été, de mémoire d'homme, observé dans la petite commune d'Achères, mais que le tétanos équin n'y était pas très rare, car on en avait compté quatre cas dans ces dernières années ; — que de ces quatre cas deux s'étaient développés chez un M. P... dont l'écurie n'était séparée de la maison d'habitation que par une cour ; — que dans cette cour même, Mme P... étant tombée sur le coude nu, et s'y étant fait une plaie, avait été quelque temps après prise d'un tétanos bien caratérisé qui avait néanmoins guéri en cinq semaines.

Voilà le fait brut; est-il permis d'en inférer que Mme P... a pris le tétanos de ses chevaux ?

Les arguments négatifs ne manquent pas. Le dernier cheval est atteint de tétanos en 1881, et c'est en 1885 seulement que Mme P... se blesse au coude. La blessure a lieu le 5 octobre 1884 ; elle se cicatrise assez vite et c'est le 15 février seulement que le tétanos se déclare, ce qui fait croire d'abord à un cas de tétanos spontané. Donc, pour accepter l'origine équine dans ce cas, il faut admettre d'abord que le virus tétanique du dernier cheval s'est répandu dans la cour voisine de l'écurie, et qu'il y a gardé sa puissance pendant quatre années, au bout desquelles, inoculé dans la plaie du coude, il y est resté latent pendant quatre mois et demi malgré la cicatrisation. Je conviens que voilà bien des improbabilités. Mais voici ce qu'on peut répondre.

Il n'est pas surprenant que le virus ait gardé son activité de 1881 à 1885, puisqu'il l'avait conservée une première fois de 1871, époque à laquelle le premier cheval de M. P... avait succombé, jusqu'en 1881, où le second cheval était tombé malade à son tour. Si l'écurie a été infectée pendant dix ans, le sol de la cour a bien pu garder les germes pendant quatre années. Le fait d'ailleurs paraît moins extraordinaire si on le rapproche de ce que Pasteur nous a appris sur l'imprégnation du sol par le virus charbonneux et des si curieuses expériences de Nicolaïer sur la propriété tétanogène de la terre des rues et des champs.

Quant à la longue incubation du tétanos et à la latence prolongée du virus dans la plaie du coude, elles ne sont pas plus singulières que ces incubations illimitées du virus rabique, qui lui non plus n'empêche pas la cicatrisation des plaies où il a été déposé. Pour être en droit de faire de l'éclosion tardive du mal un argument négatif sérieux, il faudrait être fixé sur la durée normale de la latence prémorbide et sur ses variations dans la forme dite chronique et dans la forme réputée spontanée ; et à propos de cette dernière, qui sait si elle ne résulte pas de l'insertion d'un virus atténué ?

Si les uns ne voyaient dans le tétanos de Mme P... et de ses chevaux qu'un simple effet du hasard, d'autres pourraient s'étonner que le seul cas de tétanos humain qu'on eût observé dans un petit village, se soit montré justement après les tétanos équins, et précisément dans une maison où la maladie semblait en quelque sorte endémique.

Mais, si l'on veut, abandonnons ce fait initiateur, mais discutable, et cherchons d'autres arguments. Il y a bien peu de temps que j'ai commencé mon enquête et cependant j'ai déjà recueilli des documents favorables à mon hypothèse.

Causant ces jours derniers avec un jeune médecin distingué de la province, le docteur Raguet (de Châtellerault), j'appris de lui que le tétanos est rare dans sa contrée, qu'on en voit à peine un ou deux cas par an, qu'il se montre dans les mois de juillet et d'août, et qu'il est toujours traumatique. Notre confrère a connaissance de 5 cas : 1° après un coup de bâton sur le nez; 2° après un écrasement du gros orteil ; 3° après une plaie d'arme à feu ; les deux derniers faits surtout sont fort intéressants ; 4° l'un est survenu chez un équarrisseur de quarante-cinq à cinquante ans qui, en dépouillant un cheval, s'était fait sous l'ongle de l'index gauche une petite piqûre à laquelle il n'apporta aucune attention. Dix jours après il y avait un peu de pus sous l'ongle; c'est alors qu'apparut une raideur douloureuse dans la nuque, puis dans les mâchoires. Six jours après, mort par asphyxie. 5° Le second cas a été observé en août 1884, chez un charretier âgé de vingt-deux ans, mordu par son cheval au pouce de la main droite ; l'ongle fut enlevé et les parties molles fortement contusionnées. La plaie était en voie de guérison, lorsque le neuvième jour survint le resserrement des mâchoires. Le lendemain, épisthotonos et contracture générale des membres. Mort à la fin du troisième jour.

On remarquera que sur les cinq cas, en voici deux où les rapports entre l'homme blessé et le cheval ont été immédiats; pour les autres, nous ne savons rien, mais la question n'a pas été posée, et des rapports médiats comme ceux qui ont existé entre Mme P... et ses chevaux ont pu passer inaperçus.

Un autre médecin de province, observateur instruit et sagace, M. le docteur Ricochon (de Champdeniers, Deux-Sèvres) m'a promis de faire une enquête dans sa localité. En attendant il m'a fait connaître que les séries de tétanos à la suite de la castration du cheval sont admises par les vétérinaires du pays. Pour lui, il a observé en douze ans quatre cas de tétanos chez l'homme, dont un à la suite d'un écrasement du doigt chez un maréchal ferrant.

On se rappellera enfin que, dans la petite épidémie de Carrrières-sous-Poissy, un des blessés était charretier.

Mais je n'entends pas dire que tout tétanique tiendra nécessairement son mal du cheval par transmission directe ou par inoculation du virus déposé sur le sol; il pourra certainement être contagionné par son semblable, comme le prouvent les petites épidémies déjà connues, entre autres celle dont l'hôpital de Poissy a été le siège et dont vous vous êtes fait l'historien. Mais cela ne prouve rien contre l'origine équine de la maladie, car personne ne contestera l'origine animale de la vaccine sous prétexte qu'elle se transmet de l'homme à l'homme.

Ce qu'il importera de chercher à l'avenir, c'est la genèse du tétanos dans les cas sporadiques et dans ceux qui marqueront le début des épidémies. C'est principalement en province, où le tétanos est d'ailleurs infiniment plus commun que dans les grandes villes, et qu'à Paris spécialement, que ces recherches peuvent être instituées avec le plus de chances de succès.

Et c'est pourquoi je fais un appel pressant à tous les médecins et chirurgiens de la province et de la campagne, dans l'espoir qu'ils pourront et voudront bien publier leurs obser-

vations. Une fois déjà je me suis adressé à eux pour être renseigné sur l'érysipèle en province ; ils m'ont fourni des documents fort intéressants ; pourquoi seraient-ils moins heureux pour le tétanos ?

Qu'on me permette d'invoquer encore, à l'appui de ma supposition, un autre ordre d'arguments, tiré de statistiques faites sans la moindre préoccupation de la question présente. A ma demande, un chirurgien d'armée toujours disposé à servir la science, mon ami le docteur Régnier, a bien voulu consulter les statistiques de l'armée de terre pendant une période de neuf ans, 1873-1881.

Or, conformément à mes prévisions, les chiffres ont répondu de la manière suivante :

La mortalité par le tétanos dans l'infanterie a atteint par an et par effectif de 100 000 hommes 0,85
Dans la cavalerie.............................. 2,15
Dans l'artillerie.............................. 1,05

Ce qui prouve que le tétanos est presque trois fois plus commun dans la cavalerie que dans l'infanterie, et qu'il est 1/5 environ plus commun chez les artilleurs que chez les fantassins.

D'autre part, deux chirurgiens de marine que j'ai interrogés ne se rappellent pas avoir vu un seul cas de tétanos développé à bord.

J'ajoute que les curieuses expériences de Nicolaïer sur la virulence du sol parlent en ma faveur. Ayant essayé comparativement la terre des jardins et des forêts d'une part, et de l'autre la terre des rues et des champs, il trouva que la seconde seule donnait aux animaux une sorte de tétanos. Or, il est évident que la surface des champs et des rues est continuellement imprégnée des déjections de chevaux, directement ou par le fait de la fumure, tandis que les jardins et surtout les forêts ne reçoivent qu'exceptionnellement les mêmes déjections.

Mais on est las, sans doute, de me voir entasser les suppositions; aussi je m'arrête. Je dois cependant ajouter que théoriquement mon hypothèse n'a rien de contraire aux notions générales que nous possédons sur les maladies infectieuses et parasitaires. Nous savons déjà qu'un grand nombre de celles qui frappent l'homme lui viennent des animaux, telles que la rage, la morve, le charbon, la vaccine; vraisemblablement la diphthérie et peut-être la scarlatine. Une unité de plus ne déparerait pas le tableau.

Nous savons encore que lorsqu'une maladie virulente atteint deux ou plusieurs espèces animales, elle affecte une prédilection marquée pour l'une d'elles, qui fournit presque exclusivement aux autres, les germes infectieux. Si, par exemple, des animaux autres que le chien et le bœuf sont susceptibles de contracter la rage et le charbon, c'est cependant dans la grande majorité des cas du chien et du bœuf qu'ils reçoivent médiatement ou immédiatement le virus. Si donc l'homme et le cheval sont également sujets au tétanos, rien n'empêche d'admettre que le premier le tient du second, car rien du moins n'autorise à penser que la contagion s'effectue en sens inverse.

On entrevoit aisément les recherches à faire pour éclaircr la question, et on comprend de quelle importance théorique et pratique en serait la solution. Mais il convient de dire que la méthode expérimentale (qui d'ailleurs n'a pas appris grand'chose sur les causes de la pathogénie du tétanos en général) n'ayant pas à décider si ce tétanos équin est oui ou non transmissible à l'homme, c'est à l'observation clinique qu'incombe la tâche — peine et honneur — de résoudre le problème.

Les médecins et les vétérinaires devront une fois de plus, et comme ils l'ont déjà fait pour la morve, la rage, le vaccin, se prêter un mutuel appui.

A. Verneuil.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'analyse des eaux.

Les découvertes microbiennes et l'influence qu'elles exercent de plus en plus sur la pathogénie des affections transmissibles ont donné, dans ces derniers temps, une grande importance à l'influence des eaux sur les endémies et les épidémies, soit que les eaux empruntent au sol des éléments pathogènes, soit qu'elles prennent à elles-mêmes ces éléments. Que les théories basées sur cette influence aient été trop exclusives, qu'elles ne satisfassent pas complètement les esprits curieux de reculer les bornes de notre ignorance à l'égard de ces difficiles problèmes de pathologie générale, il ne serait pas sans intérêt de le rechercher, mais tel n'est pas le but que nous nous proposons en ce moment. Nous voudrions seulement rappeler aux médecins et aux hygiénistes où en est la recherche, non moins difficile, des procédés susceptibles d'apprécier le degré de pureté ou d'insalubrité d'une eau donnée.

Le temps n'est plus où l'on pouvait se contenter d'admettre comme eau potable celle qui possédait les qualités physiques et chimiques dont les manuels de chimie nous permettaient d'apprendre par cœur l'énumération fastidieuse ; la limpidité, la fraîcheur, la facilité de dissoudre le savon et de cuire les légumes, etc., sont toujours des conditions indispensables, mais elles sont loin de suffire aux exigences de l'hygiène moderne. L'analyse chimique de l'eau est devenue une nécessité indispensable ; et même, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, elle n'offre plus aujourd'hui qu'une sécurité relative; elle doit être complétée par l'analyse biologique, autant du moins que l'état actuel de la science permet de pratiquer celle-ci. Et cependant c'est encore à l'analyse purement physique que la plupart du temps l'on s'en tient dans nos départements! Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, justement soucieux d'assurer aux populations une alimentation en eau potable d'excellente qualité, a obtenu, il n'y a que deux ans, que tous les projets d'amenée d'eau pour l'alimentation des villes et des communes lui soit soumis; jusqu'à cette époque, ces projets étaient seulement examinés en dernier lieu par le Conseil supérieur des ponts et chaussées, qui ne s'en préoccupait guère qu'au point de vue des travaux entrepris, tandis que le Comité d'hygiène recherche tout d'abord avec soin la valeur sanitaire de l'eau amenée, la nature des matériaux employés pour les conduites, les précautions prises pour n'enlever à cette eau aucune de ses qualités naturelles. Lorsqu'il est nécessaire, il exige, avant d'émettre son avis, que des quantités d'eau suffisantes lui soient envoyées afin de pouvoir se livrer à un examen approfondi, dans l'un des laboratoires que l'on veut bien lui prêter pour la circonstance, car il n'en possède encore aucun qui soit affecté aux travaux personnels de ses membres. Mais en dehors de cette opération délicate, difficile, de l'analyse chimique complète

de l'eau, il existe des procédés rapides d'appréciation qui peuvent suffire dans la plupart des cas et qui sont à la disposition, en quelque sorte, de tout le monde. Ce sont ces procédés qu'il importait de fixer afin d'éviter de trop nombreuses causes d'erreurs et afin de préciser également les qualités reconnues indispensables pour affirmer, au moins au point de vue chimique, la salubrité des eaux. C'est dans ce but que le Comité approuva une Instruction rédigée en son nom par M. le docteur G. Pouchet, et que le ministre du commerce et de l'industrie a transmise immédiatement à tous les Conseils d'hygiène de France. Il faut reconnaître, avec regret, que cette Instruction semble être restée à l'état de lettre morte dans nombre de départements, si l'on en juge par l'insuffisance manifeste des analyses consignées dans quelques-uns des projets d'amenée d'eau envoyés au Comité.

Après avoir indiqué quelles précautions doivent être prises pour recueillir les échantillons, l'Instruction énumère les indications que doit fournir une analyse chimique sommaire, à savoir la quantité de résidu solide laissé par l'eau, la quantité des produits volatils au rouge, le degré hydrotimétrique, la quantité de chlorures, celle des sulfates, la quantité d'oxygène enlevé au permanganate, laquelle est proportionnelle à la quantité de matière organique dosée par pesée directe après la combustion et enfin, des indications qualitatives sur la présence des nitrates. Le résumé suivant reproduit les limites dans lesquelles ces divers éléments doivent être contenus :

1° *Eau très pure :* moins de $0^{gr},015$ de chlore par litre; $0^{gr},002$ à $0^{gr},005$ d'acide sulfurique ; moins de $0^{gr},001$ d'oxygène emprunté au permanganate en solution alcaline, soit moins de 10^{cc} de liqueur ; moins de $0^{gr},015$ de perte de poids du dépôt par la chaleur rouge ; 5 à 15°, degré hydrotimétrique total : 2 à 5°, degré hydrotimétrique persistant après l'ébullition.

2° *Eau potable :* moins de $0^{gr},040$ (excepté au bord de la mer) de chlore ; $0^{gr},005$ à $0^{gr},030$ d'acide sulfurique ; moins de $0^{gr},002$ d'oxygène, soit moins de 20^{cc} de liqueur; moins de $0^{gr},040$ de perte de poids au rouge ; 15 à 30°, degré hydrotimétrique total, et 5 à 12°, degré hydrotimétrique persistant après l'ébullition.

3° *Eau suspecte :* $0^{gr},50$ à $0^{gr},100$ de chlore; plus de $0^{gr},030$ d'acide sulfurique; et $0^{gr},003$ à $0^{gr},004$ d'oxygène ; de $0^{gr},040$ à $0^{gr},070$ de perte de poids du dépôt par la chaleur rouge; degré hydrotimétrique total au-dessus de 30°; degré hydrotimétrique persistant après l'ébullition, de 12 à 18°.

4° *Eau mauvaise :* plus de $0^{gr},100$ de chlore; plus de $0^{gr},050$ d'acide sulfurique; plus de $0^{gr},004$ d'oxygène emprunté au permanganate en solution alcaline; plus de $0^{gr},100$ de perte de poids du dépôt par la chaleur rouge ; degré hydrotimétrique total au-dessus de 100°; degré hydrotimétrique persistant après l'ébullition au-dessus de 20°.

Telles sont les conditions d'après lesquelles le Comité se se prononce au sujet des nombreux projets d'amenée d'eau — deux par semaine, en moyenne, — que lui envoient les villes et villages. Son rapporteur, M. G. Pouchet, a d'ailleurs reconnu, d'autre part, « qu'une analyse complète accompagnée de l'examen microscopique permet seule de juger avec certitude de la qualité de l'eau » ; aussi a-t-il émis le vœu que cette analyse complète soit exigible au moins pour les villes ou centres de population à partir de 5000 habitants.

Ce sont précisément les divers éléments de l'analyse biologique des eaux qu'il est aujourd'hui le plus difficile de recueillir, au moins dans la très grande majorité des cas. Sans doute il est toujours relativement aisé, dans un laboratoire convenablement aménagé, de répondre à ce desideratum ; mais le praticien, de même que l'hygiéniste, ne peuvent souvent attendre les résultats de recherches qui demandent un temps plus ou moins long ; ils ont besoin d'avoir rapidement sous la main les éléments d'information qui leur permettent de répondre aux préoccupations publiques et de rendre aux populations, par l'application d'une prophylaxie rationnelle, les services que celles-ci en attendent. Or, comme le fait justement observer M. le docteur Cahen dans une thèse remarquable qu'il vient de passer à la Faculté de médecine de Nancy et qu'il a préparée sous la direction éclairée de M. le professeur Poincaré, rien n'est plus trompeur que les enseignements de l'analyse chimique en ce qui concerne la possibilité de la transmission de certaines maladies par les eaux; elle englobe forcément dans ses résultats la matière organique, la matière organisée, mais cadavérique et la matière vivante, tandis que celle-ci importe seule d'une manière directe au point de vue pathologique ; suivant l'expression de Ripley Nichols, la dénomination de matière organique dans l'eau s'applique à la fois à une livre de sucre, ou à une livre d'albumine ou à une livre d'excréments. Une eau qui aurait donné un chiffre très élevé de matières organiques et qui, d'après les errements établis, serait considérée comme très mauvaise, pourrait fort bien être tout à fait innocente si, à côté de la matière cadavérique et chimique, elle ne renfermait pas de microbes en pleine activité ; de même qu'une eau qui, à l'analyse chimique, aurait donné des quantités infinitésimales de substances organiques, pourrait être très dangereuse par ce seul fait qu'elle renfermerait quelques microbes de fièvre typhoïde ou de choléra.

Ainsi l'analyse biologique doit, en premier lieu, permettre d'apprécier la richesse d'une eau en microbes, sans distinction d'espèces, afin d'éclairer sur son pouvoir infectieux ; elle doit aussi permettre de déceler la présence, dans telle ou telle eau, de certaines espèces déterminées de microbes et, par suite, avertir de son aptitude à engendrer certaines maladies déterminées, pour autant que la spécificité microbienne de ces maladies ait été démontrée. Bien que ce difficile problème commence à peine à être posé, divers procédés ont déjà été indiqués pour le résoudre ; M. Cahen a eu la curiosité de les soumettre tous à une sorte d'épreuve comparative, en analysant successivement une même série d'eaux, celles qui servent à l'alimentation de la ville de Nancy, à l'aide de ces procédés. Ayant employé pour recueillir l'eau une méthode moins compliquée que celle de MM. Miquel et Hermann Fol, moins sûre, mais en tout cas suffisante dans l'espèce, il analysa les divers échantillons en se servant, à la suite les uns des autres, des procédés suivants : 1° l'examen immédiat; 2° l'examen après évaporation et coloration ; 3° l'examen après précipitation par l'acide osmique ; 4° l'examen après culture dans la gélatine, et 5° l'examen après culture dans le bouillon. Ce sont là en effet les procédés actuellement usités dans la plupart des laboratoires. Il n'est pas inutile d'en indiquer les principales dispositions : *a.* L'examen immédiat fut pratiqué à l'aide d'un microscope ayant un grossissement de 700 diamètres ; il suffit d'un peu d'exercice pour parvenir à distinguer dans la goutte d'eau, placée entre deux lamelles de verre flambées au préalable, toutes les impuretés que l'on rencontre dans l'eau et sur-

tout les microbes dont la distinction est facile, grâce aux mouvements dont ils sont animés. — *b*. Quant à l'examen après évaporation et coloration, il a été indiqué par R. Koch il y a quelques années; il consiste à faire évaporer une goutte d'eau sur une plaque à recouvrir, à colorer le résidu à l'aide d'une solution de bleu de méthylène, à faire sécher, laver à l'alcool, tremper dans le baume du Canada et enfin porter sous le microscope au grossissement de 500. M. Cahen a apporté à ce procédé quelques modifications heureuses, tendant surtout à le simplifier; il se sert notamment de lamelles porte-objet au lieu de lamelles couvre-objet, afin d'éviter le bris fréquent de la plaque fragile sur laquelle se fait la préparation; il laisse la préparation dessécher lentement au lieu de la faire évaporer par la chaleur, de crainte de brûler et de détruire tous les micro-organismes. — *c*. L'examen après précipitation par l'acide osmique a été imaginé par M. A. Certes; il consiste à tuer tous les micro-organismes qui se précipitent lentement au fond du vase à l'aide d'une solution à 1 cinquième de cet acide d'eau distillée très pure. — *d*. Le procédé de culture dans la gélatine est emprunté à Koch; il a été modifié en 1884 par MM. Proust et Fauvel; Koch l'a lui-même de nouveau perfectionné tout récemment, ainsi que nous l'apprend M. Ricord dans l'analyse, parue dans la *Revue d'hygiène* (20 août 1886), d'un mémoire de M. le docteur Meade Bolton publié dans le nouveau *Zeitschrift für Hygiene*: Une quantité connue de l'eau à analyser, 1/2 ou 1 centimètre cube, est mélangée avec de la gélatine à culture liquéfiée; le mélange est étendu sur une plaque de verre où il se prend en gelée et maintenu à une température de 22 degrés; les colonies se développent du second au quatrième jour et peuvent être comptées aisément; il ne faut pas que leur nombre soit inférieur à 10 ni supérieur à 5000; au-dessous, l'approximation ne serait pas suffisante; au-dessus la numération serait impossible; aussi est-il bon d'ensemencer à la fois plusieurs cultures avec des volumes d'eau variables. — *e*. Reste le procédé indiqué, en 1884, par M. Hermann Fol et qui consiste à cultiver, suivant la méthode des cultures fractionnées, les eaux à analyser, dans un bouillon spécialement préparé et stérilisé.

M. Cahen a reproduit dans son mémoire, sous la forme d'un tableau récapitulatif, les examens auxquels il s'est ainsi livré, à l'aide de ces divers procédés, sur 53 échantillons des eaux de Nancy, en prenant pour base d'appréciation tout aussi bien les résultats de l'analyse chimique que le nombre de microbes reconnus sous le microscope ou les quantités de colonies développées dans les liquides de culture. Or, ces résultats se trouvent être contradictoires, si bien qu'on ne saurait vraiment en tirer des conclusions pratiques si l'on ne pouvait faire la part non seulement des difficultés qui étaient à surmonter, mais encore de l'impossibilité des rapprochements à établir dans la plupart des cas. Ce n'est pas d'ailleurs à ce point de vue que nous voulons insister en ce moment, et nous aimons mieux faire, avec M. Cahen, le procès des procédés à employer pour rechercher s'il n'y en aurait pas un tout au moins qui fût susceptible de fournir, dans la pratique, les renseignements dont nous avons fait ressortir tout à l'heure l'urgence et l'intérêt. Il va de soi que les méthodes de culture ne sont accessibles que dans les laboratoires spécialement outillés; il serait d'ailleurs facile de montrer qu'ils sont sujets à de nombreuses causes d'erreurs et ne donnent en bloc que des résultats bien souvent incomplets, jusqu'au jour où les espèces pathogènes auront été déterminées avec une précision suffisante; ils constituent plutôt des procédés de détail, des compléments utiles d'informations. Faut-il ajouter plus de foi au nombre total des micro-organismes trouvé dans une eau donnée? M. Ch. Girard a prétendu, il est vrai, que la statistique des microbes ressemble, en général, à celle qui accuserait, dans une forêt, 10000 animaux, sans spécifier leur espèce; que ce soient 10000 lapins, cela ne nous inquiète guère, mais qu'il y ait, sur le nombre, un seul lion, la question change de face; la numération des microbes dans les eaux aurait donc la même valeur, tout étant compté sans distinction d'espèces. Une telle déclaration ne deviendra réellement fausse, on le conçoit, qu'à mesure que la microbiologie aura amassé les découvertes qu'on est en droit d'attendre d'elle; toutefois, en regard de l'analyse chimique, qui, elle englobe à la fois, suivant la remarque de M. Cahen, non seulement le lion et les lapins, mais encore toutes leurs ressources alimentaires, c'est-à-dire la forêt tout entière, il est permis de faire observer que l'existence, en nombre plus ou moins grand, des micro-organismes dans une eau est déjà par elle-même une forte présomption de son état d'insalubrité et que c'est là le renseignement qu'il est souvent le plus urgent de recueillir. Et il arrive précisément que cette recherche, si importante, ne demande qu'un outillage élémentaire. C'est en effet par l'examen immédiat seul que M. Cahen a pu parvenir le plus souvent et le plus sûrement, dans ses recherches, à diagnostiquer, pour ainsi dire, le degré de salubrité de l'échantillon d'eau qu'il analysait. C'est là, dit-il, le procédé que nous n'hésitons pas à déclarer le meilleur, jusqu'à présent. Il est, en effet, essentiellement pratique et ne demande que la possession d'un simple microscope; l'opération peut s'exécuter partout et en tout temps, car elle n'exige aucun préparatif et elle fournit une solution instantanée; elle n'apporte aucun élément de complication dans le problème, pas plus qu'elle ne risque de donner à l'eau des caractères artificiels. Les microbes n'étant pas multipliés et étant habituellement très épais, la numération est, en général, facile; enfin, les mouvements dont ces êtres sont animés, permettent de les distinguer des particules inertes qui ont avec eux une certaine analogie de forme ou d'aspect. L'absence de coloration fait bien que des microbes très fins et très transparents peuvent passer inaperçus; mais, outre que la cause d'erreur est la même pour toutes les eaux et n'empêche pas la comparaison, on acquiert vite, par l'exercice, une habileté telle que l'on finit, au bout de peu de temps, par ne plus rien négliger; il est pourtant indispensable d'examiner successivement plusieurs gouttes de la même eau et de se créer une impression moyenne.

Un autre procédé, tout aussi pratique, nous paraît devoir s'imposer également tôt ou tard pour l'analyse biologique des eaux; nous voulons parler de l'examen optique, suivant la méthode imaginée par Tyndall pour l'examen de l'air. M. Chamberland avait fait disposer, cette année, à l'Exposition d'hygiène urbaine de la caserne Lobau, une chambre obscure dans laquelle se trouvaient des ballons dont l'un des hémisphères verticaux était recouvert à l'extérieur d'un enduit au centre duquel était ménagée une surface arrondie non noircie à travers laquelle un jet de lumière permettait d'éclairer l'eau suivant un cylindre de rayons lumineux. Lorsque l'eau à examiner ne contient aucune matière en suspension, on ne voit pas le rayon dans son passage à travers l'eau; dans le cas contraire, il est rendu visible, tout comme ses rayons de lumière qui pénètrent dans une pièce obscure par une fissure de la fenêtre. Sans doute, a fait

récemment observer M. Vallin (*Revue d'hygiène*, n° du 20 juin 1886), ce ne sont pas seulement les proto-organismes qui rendent brumeux le pinceau lumineux à travers le ballon; l'argile, la craie, les matières diverses en suspension y jouent un grand rôle; mais il serait intéressant de rechercher si cet examen optique si facile, si rapide, ne pourrait pas, dans une certaine mesure, donner des indications tout au moins aussi bien sur les matières minérales que sur les proto-organismes en suspension.

En résumé, le médecin et l'hygiéniste ne peuvent aujourd'hui se dispenser d'examiner les eaux livrées à la consommation à la fois au point de vue de leurs propriétés physiques et chimiques et au point de vue de leurs caractères biologiques. Bien que la plupart des procédés mis à leur disposition dans ce but soient encore imparfaits, ils suffisent cependant à fournir des renseignements précieux pour la santé publique.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Sclérose des corps caverneux (1), par M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

Parmi les affections de la verge qui siègent exclusivement dans les corps caverneux, une des plus bizarres et des plus mystérieuses, dans son origine et sa pathogénie, c'est incontestablement celle qui consiste en nodosités, cordons, bandes ou plaques de tissu fibreux, au sein de leur trame érectile. Je croyais autrefois, un peu comme tout le monde, que de pareilles lésions avaient presque toujours la syphilis pour cause unique et directe. Depuis que j'en ai observé et traité un grand nombre de cas, je ne puis plus accepter les opinions reçues. J'ai la conviction que la syphilis n'intervient que très rarement dans l'étiologie de cette étrange affection. Et, si je m'en rapportais à mon expérience personnelle, j'irais même plus loin, et je dirais : la sclérose des corps caverneux n'est jamais syphilitique. Sans doute, on trouve assez fréquemment, dans le passé des malades qui en sont atteints, des antécédents spécifiques remontant à une époque plus ou moins éloignée. Mais ce que je n'ai jamais rencontré en même temps qu'elle, c'est une de ces filiations ou de ces coexistences d'accidents spécifiques, qui suggèrent à première vue l'idée qu'ils sont tous, elles et eux, de même race morbide, de même souche diathésique. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait point de syphilis chez le patient, la sclérose des corps caverneux conserve une physionomie immuable. Son identité résiste à tout, même au traitement le plus spécifique, même au temps, qui fait subir de si grandes modifications aux syphilomes. Le tissu qui la constitue n'évolue pas ou évolue peu. C'est un tissu fibreux qui ne paraît contenir aucune parcelle de ces infiltrats embryonnaires, toujours mêlés en des proportions variables au tissu conjonctif des scléroses syphilitiques. On dirait que, dans la trame érectile, il s'est formé un tissu de cicatrice, d'emblée ou d'une façon lente, sourde, insidieuse, et sans aucun travail morbide antérieur. Chose curieuse! La lésion commence et se continue par où les autres finissent. Dès le début elle se trouve être, à peu près en ce qu'elle a d'essentiel, ce qu'elle sera et restera plus tard, après des années, et cela chez tous les sujets, quelle que soit la différence des terrains constitutionnels et la nature des maladies vénériennes qu'on peut considérer comme sa cause plus ou moins probable.

Un fait qui m'a beaucoup frappé, c'est que je n'ai jamais vu la sclérose des corps caverneux, sous forme de nodi, de cordons, de plaques fibreuses, coïncider avec aucune des nombreuses variétés de la syphilose génitale. Ces organes sont très réfractaires à l'invasion des syphilomes qui se développent dans leur voisinage. Ils leur résistent et ne se laissent englober que par les infiltrats les plus considérables. Je dis englober et non pénétrer, car je ne suis pas certain que le néoplasme franchisse habituellement la charpente fibreuse du pénis. Il étouffe plutôt l'organe; il l'étrangle, l'asphyxie et le mutile ou le détruit par la débâcle ischémique qu'entraîne sa nécrobiose foudroyante.

Entre le syphilome et les ***nodi fibreux*** il y a donc des différences profondes malgré les apparences. C'est ce qui me fait douter qu'ils soient de même origine. J'ajoute que je n'ai jamais pu leur assigner une cause traumatique.

Quelle est donc leur étiologie? Avant de discuter cette question, qui est une des plus intéressantes de leur histoire, je vais résumer les principaux faits que j'ai observés.

EXPOSITION DES FAITS.

Je les divise en quatre catégories. — Dans la première, je place ceux dans lesquels le développement de la sclérose paraît avoir été spontané. — Dans la seconde, sont compris ceux dont la sclérose semble provenir d'une ou de plusieurs blennorrhagies antérieures. — Dans la troisième, je mets ceux où, à la rigueur, on peut rattacher la sclérose à la syphilis, bien que cette provenance soit fort problématique. — Enfin, dans la quatrième, qui est la moins étendue, il n'y a que deux faits de sclérose. Faut-il rapporter l'un à l'arthritisme, l'autre au diabète?

I. Voici d'abord un cas où il m'a été impossible de découvrir aucun antécédent vénérien. Le malade n'avait jamais eu ni chancre mou, ni blennorrhagie, ni syphilis. Je pense qu'il ne viendra à l'idée d'aucun syphiliographe de supposer que cette dernière avait pu lui être transmise par hérédité, et que la sclérose des corps caverneux en était la conséquence. — C'est donc un cas bien authentique qui met hors de doute le développement spontané de l'affection.

Obs. I. *Tumeur fibreuse ou sclérose limitée au corps caverneux droit, sur sa surface supérieure, survenue spontanément chez un homme dont le pénis n'avait subi aucun traumatisme, et qui n'avait jamais eu ni blennorrhagie, ni chancre, ni syphilis.* — M. X..., âgé de cinquante-quatre ans, n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, et cependant, lorsqu'il vint me consulter, il était atteint d'une affection des corps caverneux, qui avait débuté environ six mois auparavant, sans cause appréciable, constitutionnelle ou traumatique.

Il éprouvait depuis quelque temps comme une sensation de bridement et de constriction dans la verge, dont il ne se rendait pas compte, lorsque sa femme lui fit remarquer que cet organe, pendant l'érection, était devenu recourbé en haut et un peu à droite. Cette courbure augmenta peu à peu et finit par rendre le coït très difficile.

A l'époque où je vis M. X..., je constatai, en palpant les corps caverneux, qu'il y avait un peu à droite de la ligne médiane, à 3 centimètres en arrière du gland, une bande fibreuse, dure, bosselée, inégale, épaisse, longue de 2 centimètres 1/2 environ. Elle occupait la face supérieure du corps caverneux droit et n'adhérait point à la peau. Elle était insensible à la pression. C'est à son niveau que se produisait la sensation de bridement pendant l'érection. Je prescrivis de l'iodure et je fis appliquer un emplâtre de Vigo hydrargyrisé sur la verge. Cette médication, longtemps continuée, ne produisit aucun résultat.

M. X... n'avait jamais fait d'excès vénériens. Il n'avait même commencé à voir des femmes qu'à l'âge de trente-trois ans.

(1) Cette affection a été décrite sous différents noms : *Nœuds et ganglions des corps caverneux; concrétions plastiques, fibreuses, fibro-plastiques, cartilagineuses, osseuses; indurations plastiques des tissus érectiles du pénis* (Demarquay). Kirby en a rapporté quatre observations, sous le nom d'*affections particulières du pénis*. Galligo les a désignées sous le nom de *tumeurs spéciales du pénis*. Monteggia, Boyer, Patissier, Lerminier, Velpeau, Mac Clellan, Fabre, Erichson, et, plus tard, Vidal, Demarquay, et M. Ricord, etc., ont appelé l'attention sur ces productions morbides.

La sclérose n'était-elle pas spontanée aussi dans les deux cas suivants? Les antécédents vénériens se bornaient à des chancres mous, sans aucune trace d'intoxication généralisée, qui avaient été contractés nombre d'années avant l'apparition de la sclérose, et ne s'étaient compliqués d'aucune inflammation susceptible de se propager jusqu'au tissu érectile des corps caverneux. Je ne crois pas que la chancrelle ait été indiquée par personne comme une cause possible de cette sclérose. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'elle fût accompagnée d'un processus phlegmasique ou phagédénique, capable de traverser la charpente fibreuse des corps caverneux ou de provoquer un pénitis. Je n'en connais pas d'exemple.

On remarquera que, dans l'observation III, il y avait aussi une blennorrhagie parmi les antécédents. Les cas sont nombreux où il en est ainsi, et je puis dire d'avance que cette maladie vénérienne est celle à laquelle paraissent se rattacher, le moins indirectement, beaucoup de scléroses des corps caverneux.

OBS. II. *Sclérose en noyau du corps caverneux droit, survenue spontanément, en dehors de toute cause locale, accidentelle et constitutionnelle.* — M. P..., âgé de quarante-sept ans, marié et père de plusieurs enfants bien portants, avait contracté, à l'âge de trente-deux ans, un chancre de la verge, qui s'inocula sur la cuisse et fut jugé chancre simple par M. le docteur Lagneau. Il ne survint jamais aucune manifestation spécifique, et je ne suis parvenu à découvrir chez M. P... aucune trace de syphilis ancienne ou récente. Il était venu me consulter parce que, depuis quelque temps, sa verge s'infléchissait à droite pendant l'érection. L'angle qu'elle formait, d'abord très obtus, s'était rétréci de plus en plus, et maintenant ses deux branches étaient infléchies l'une sur l'autre de 45 degrés, disait-il.

Cette déviation n'avait été précédée d'aucun trouble fonctionnel, ni provoquée par aucune cause appréciable. La verge n'avait point été contusionnée; le malade avouait, du reste, qu'il était très pacifique en amour et peu disposé à rompre des lances.

En palpant les corps caverneux, on trouvait dans celui de droite, à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, un noyau situé dans son épaisseur, isolé, sans irradiation périphérique, gros comme un pois, très dur et indolent. Impossible de savoir sous quelle influence il s'était formé. Je prescrivis inutilement l'iodure de potassium.

OBS. III. *Sclérose un peu diffuse de la partie antérieure des corps caverneux, survenue spontanément, sans l'intervention d'aucune cause traumatique, locale ou diathésique.* — Un homme de soixante-deux ans, d'une santé parfaite, s'aperçut que sa verge se recourbait peu à peu en haut, d'une façon inquiétante, pendant l'érection. Bientôt il sentit des nodosités dures dans la partie supérieure et antérieure des corps caverneux. — Il avait eu dix ans auparavant une blennorrhagie sans complication, et, vingt-quatre ans auparavant, un chancre non suivi d'accidents constitutionnels.

Je constatai chez lui une sclérose un peu diffuse occupant 1 ou 1 1/2 centimètre carré sur la face supérieure et antérieure des deux corps caverneux, indolente et sans aucune connexion avec le gland.—Aspect normal de la verge au repos. Très peu de douleur à la pression; douleur un peu plus forte pendant les érections.— Pas trace de blennorrhagie, ni de syphilis.—Aucune cause traumatique. Impossibilité d'expliquer la genèse spontanée de cette sclérose. Inutilité du traitement ioduré.

II. Dans l'incertitude où l'on est sur l'étiologie de la sclérose des corps caverneux, il n'y a qu'une maladie vénérienne qui puisse dissiper un peu nos doutes et nous éclairer sur les causes et le processus de l'affection : c'est la blennorrhagie. Et encore, dans la grande majorité des cas, n'en est-il pas ainsi, car elle ne fait souvent que figurer comme une de ces circonstances morbides banales et insignifiantes, ou bien vagues et très lointaines, qui ne paraissent avoir sur le tissu érectile du pénis aucune action immédiate et directe.

N'est-ce pas la proximité du siège qui nous fait illusion? Ou bien y a-t-il réellement une filiation pathogénique entre l'inflammation du canal de l'urèthre et la sclérose des corps caverneux? Eh bien, il est incontestable que cette filiation existe dans quelques cas. Je vais en citer un, le plus probant, selon moi, et le plus complet, que nous devons à feu mon ami, le docteur Enrico Rasori (1), un des jeunes médecins de Rome les plus distingués, dont la mort récente a été une vraie perte pour la médecine.

OBS. IV. — R. C., âgé de vingt-huit ans, commis voyageur, n'ayant jamais eu de rhumatismes, et né de parents vivants et bien portants, qui ne présentent aucune trace de diathèse goutteuse, contracta, il y a deux ans, une blennorrhagie, compliquée, au bout du dix-neuvième jour, d'une épididymite droite, qui fut guérie en deux semaines. L'écoulement se tarit de lui-même six mois plus tard.— Masturbation qui lui fit revenir une uréthrite de deux ou trois jours de durée, sous forme aiguë, suivie d'un flux catarrhal très peu abondant.

Nouvelle blennorrhagie en août 1881, suraiguë pendant deux mois, au bout desquels il lui survint une cystite du col avec ténesme, strangurie spasmodique et douleur au périnée, qui le condamna à l'immobilité.

Le 10 octobre (deuxième mois de la blennorrhagie), le docteur Rasori trouva le malade couché sur le flanc. La douleur qui régnait tout le long de l'urèthre le mettait dans l'impossibilité de s'asseoir.— Hémorrhagie uréthrale qui dura douze heures, et fut provoquée par une pollution nocturne. Sensibilité à la pression de l'urèthre, surtout au périnée et à l'extrémité antérieure de la portion spongieuse. Erections fort douloureuses, strangurie. Ecoulement purulent, copieux, crémeux, strié de sang. Miction toutes les demi-heures, très douloureuse au col et à la fosse naviculaire. Jet de l'urine petit et en spirale. Anorexie, selles douloureuses.— Bains, tisanes émollientes, glace dans le rectum, suppositoires contenant 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine, toutes les vingt-quatre heures, et, peu de jours après, injection quotidienne de 4 grammes de caolin dans 100 grammes d'eau et 20 de glycérine, qui diminuèrent un peu le flux gonorrhéique.— Au bout de quinze jours, le malade put se lever et s'asseoir; mais l'hémorrhagie uréthrale revenait facilement et l'urèthre était très sensible, même au contact du pantalon.

Le 2 novembre (deuxième mois et demi), les érections, nulles depuis plusieurs jours, revinrent très fréquentes et fort douloureuses. Jusqu'alors elles avaient produit dans la verge une légère courbure à concavité inférieure, tandis qu'alors, pour la première fois, elles s'accompagnèrent d'une brusque inflexion en haut, formant un angle très prononcé derrière le gland.

En palpant les corps caverneux, on sentait dans leur intérieur deux petites nodosités qui augmentèrent rapidement en cinq ou six jours, et qui ensuite continuèrent à s'accroître, surtout en longueur, et devinrent de plus en plus dures. A l'extrémité du corps caverneux droit, il y en avait une grosse comme une cerise; du côté gauche, à 5 centimètres en arrière du gland, il en existait une autre, du volume d'une noisette, et, un peu plus en arrière, une troisième. Toutes étaient sensibles à la palpation, dures, à contours précis, et formaient pendant l'érection autant de petits centres douloureux qui faisaient éprouver au malade une sensation de tiraillement. Outre son incurvation en haut, la verge avait une forme bosselée, perçue par la vue et surtout par le toucher.

Dans les premiers jours de décembre (troisième mois et demi de la blennorrhagie, trentième jour de la sclérose), la nodosité de droite s'était un peu allongée, sans diminuer de volume, tandis que les deux autres, surtout la supérieure, avaient augmenté de longueur, s'étaient réunies au moyen d'un petit isthme.—Dureté plus grande et douleur moindre dans ces tumeurs. L'écoulement continuait sans brûlure pendant la miction. Cet amendement des symptômes fit négliger par le malade les injections uréthrales.

Mais, si la blennorrhagie diminuait, les nodosités n'en augmentaient pas moins. Le docteur Rasori ne revit le malade que le 20 février 1882 (sixième mois et demi de la blennorrhagie, quatrième de la sclérose). La nodosité de droite était divisée par une dépression médiane en deux parties, ayant chacune le volume d'une noisette. A gauche, il existait trois petits noyaux en chapelet, semblables à de petits pois enfilés, dont le dernier se terminait par une sorte de prolongement caudal aminci, qui finissait par se confondre avec les tissus voisins. Ces tumeurs étaient toutes placées à 1 centimètre de l'urèthre et ne modifiaient en rien le jet de l'urine ; — un peu douloureuses encore à la pression, elles

(1) *Supra una complicazione non commune della blennorragia. Lettura fatta alla Società lancisiana di Roma, dal socio dottor* ENRICO RASORI, *aiuto dell' Istituto sifilipatico.* 1882.

avaient augmenté de consistance. — Persistance d'un léger écoulement jaune clair, plus dense dans la goutte du matin.

Les courbes de l'urèthre étaient de plus en plus accentuées pendant l'érection; la verge était un peu diminuée de volume dans son tiers antérieur, et ne s'érigeait pas avec la même vigueur qu'auparavant. Le coït et l'éjaculation s'effectuaient normalement (1).

En mars (septième mois et demi de la blennorrhagie, cinquième de la sclérose), diminution de volume et augmentation de consistance dans les nodi, toujours sans aucune connexion avec l'urèthre, qui était sain dans toute son étendue, comme on s'en assura par l'examen endoscopique. Aucun changement appréciable à la vue, dans la verge au repos. Erections un peu douloureuses si elles sont violentes. Regardé de haut en bas pendant l'érection, le pénis présente à droite un renflement auquel correspond à gauche une concavité; au delà il diminue sensiblement de volume et présente une convexité à gauche et une concavité à droite. — De profil, la déformation de l'organe est encore plus grande: vers le pubis, le membre, robuste et rigide, se projette en décrivant une courbe à convexité supérieure; puis il diminue de volume et présente une autre courbe, inverse de la première, convexe inférieurement et concave en haut, de telle sorte que le gland se trouve porté en haut. Cette seconde partie ne jouit pas d'une érection complète, puisque, au moment où celle-ci atteint son maximum, la simple pression du doigt peut infléchir la portion antérieure de la verge sur la portion postérieure, de manière que toutes les deux soient à angle droit. Le coït n'est pas impossible, mais le malade fait de lamentables comparaisons avec ce qu'il était autrefois. Le 20 avril (sixième mois de la sclérose), les nodi avaient le même volume, mais ils étaient plus durs. Même déviation dans l'éréthisme du pénis. — Urèthre sain.

N'est-ce pas aussi à une blennorrhagie, et seulement à cette cause, qu'il faut rapporter la sclérose du corps caverneux gauche dans l'observation suivante? Quand le malade me consulta, l'affection datait d'un an et demi environ; par conséquent elle était arrivée à ce *statu quo* de dégénérescence fibreuse contre lequel échouent toutes les médications. Je n'ai pas été témoin du processus, mais je me figure qu'il a dû ressembler à celui qui a été observé et noté si scrupuleusement par le docteur Enrico Rasori. Seulement les phénomènes d'inflammation uréthrale avaient été beaucoup moins violents et beaucoup moins étendus.

Obs. V. *Sclérose sous forme de cordon noueux, dans le tiers antérieur du corps caverneux gauche, consécutive à une blennorrhagie; pas de pénitis; grande faiblesse congénitale.* — M. X..., âgé de vingt-huit ans, d'une bonne santé et n'ayant jamais eu ni chancres, ni accidents syphilitiques d'aucune sorte, contracta une première blennorrhagie le 5 avril 1884. Elle fut très aiguë. On la traita pendant un mois ou six semaines par des tisanes et par des bains. Elle dura sept ou huit mois.

Trois mois après le début de cette blennorrhagie, les érections, qui avaient été normales jusqu'alors, devinrent moins fréquentes et produisirent une incurvation notable de la verge à gauche. Sur le corps caverneux correspondant, on sentait, en arrière du gland, une induration, sous forme d'un cordon noueux, de 2 centimètres de longueur. Aucune douleur, aucun phénomène inflammatoire, actuel ou antérieur, dans le pénis.

Le malade attribuait cet état de choses à sa blennorrhagie, qui, après avoir été régulièrement traitée pendant six semaines par des antiphlogistiques, l'avait été ensuite par des injections astringentes retenues très longtemps dans le canal. Elle était survenue à la suite d'excès de femmes. La verge n'avait jamais subi aucune violence traumatique.

Je fis prendre au malade chaque jour, pendant un mois et demi, 2 grammes d'iodure de potassium. Quand il revint me consulter au bout de ce temps-là, sa situation, loin de s'améliorer, s'était aggravée: l'énergie des érections et leur durée avaient beaucoup diminué, et le cordon sclérosé s'était allongé et occupait le tiers antérieur du corps caverneux gauche.

L'obstacle mécanique à l'intromission, causé par cette sclérose, était peu considérable. Le phénomène prédominant était la faiblesse génitale. Je fis suspendre le traitement ioduré et je prescrivis des bains sulfureux. Je n'ai pas revu M. X...

(1) Rasori prescrivit des frictions mercurielles qui ne produisirent aucun résultat, et l'injection suivante du docteur Edoardo Cherubini, qu'il regarde comme extrêmement efficace: Faites infuser 6 grammes de feuilles de belladone dans 250 grammes d'eau; ajoutez-y 1 gramme de sulfate de zinc et 80 centigrammes d'acétate de plomb. (Trois injections quotidiennes.)

Le cas suivant de sclérose des corps caverneux me paraît devoir, lui aussi, être rattaché à la blennorrhagie. Mais l'étiologie, ici, n'est pas aussi nette que dans les faits précédents, parce qu'un intervalle de temps considérable, de quatre années, s'était écoulé entre la fin de l'inflammation uréthrale et le commencement de la sclérose. Cette observation est intéressante à cause du degré de l'incurvation en haut, qui en vint au point d'empêcher le coït, et à cause de l'évolution spontanée et peu ordinaire de l'affection, qui avait eu une période d'augment, une période d'état et une période de déclin.

Obs. VI. *Sclérose en noyaux des corps caverneux, non syphilitique et survenue sans aucune cause plausible autre que la blennorrhagie. Période d'augment, période d'état et période de déclin dans le processus général de l'affection.* — M. G..., vingt-six ans, entra le 19 novembre 1879, dans les chambres payantes, pour une blennorrhagie légère qui datait de six mois et était réduite à l'état de suintement séreux. Ce qui l'inquiétait surtout, c'était la déviation survenue dans sa verge, pendant les érections, depuis huit ou dix mois. — Très bonne santé habituelle. Aucune trace ancienne ou récente de syphilis; jamais de chancres. Mais, à l'âge de vingt ans, blennorrhagie très violente qui avait duré un an et n'avait présenté aucune complication.

La verge s'était incurvée peu à peu en haut, et la courbe qu'elle décrivait s'était tellement prononcée, que l'intromission de la verge dans le vagin devint difficile, puis impossible. Enfin les érections étaient douloureuses. Aucune cause accidentelle ni constitutionnelle pour expliquer cette lésion.

La blennorrhagie qui survint quelques mois après le début de cette sclérose n'eut aucune action sur elle. Elle fut contractée dans le coït unique que le malade parvint à pratiquer très péniblement.

Les érections avaient diminué de fréquence et les désirs s'étaient émoussés.

Au bout de huit mois, l'incurvation de la verge diminua beaucoup sans aucun traitement.

On sentait, dans l'épaisseur des corps caverneux, depuis leur base jusqu'au gland, quatre ou cinq noyaux irrégulièrement pisiformes, situés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. Celui de la base, à droite, avait été et restait encore le plus volumineux, quoiqu'il eût beaucoup diminué; d'autres, au contraire, avaient grossi. — Tous indolents ou à peu près à la pression.

Les érections étaient presque droites. L'incurvation en haut était devenue insignifiante vers le milieu du neuvième mois. Il se formait dans le pénis, pendant sa turgescence, une dépression, une sorte d'échancrure à droite, au niveau du noyau de sclérose le plus prononcé. Il y avait donc tout à la fois déviation générale de l'axe, déformation locale et aussi diminution du volume de l'organe. — En général, *les scléroses postérieures sont beaucoup plus déviantes que les antérieures*. Je soumis ce malade à l'iodure de potassium. Il ne resta que huit jours à l'hôpital. Je ne l'ai pas revu.

Dans l'observation ci-dessous, l'étiologie est plus nette. C'est bien, en effet, peu de temps après une blennorrhagie qu'a commencé la sclérose. Je ferai remarquer que le malade n'avait fait aucune injection. Il n'y a pas lieu, en général, d'incriminer ce mode de traitement, surtout quand on ne se sert que de liquides astringents.

Obs. VII. *Sclérose des corps caverneux, survenue chez un homme qui n'était point syphilitique et avait eu, six mois auparavant, une blennorrhagie guérie sans balsamiques ni injections.* — M. D..., trente et un ans, d'une bonne santé habituelle, n'avait jamais eu aucune maladie antérieure, héréditaire ou acquise, et n'avait point contracté la syphilis. Une blennorrhagie, survenue en juillet 1874, fut sa première affection vénérienne. Pendant un mois, écoulement jaune, verdâtre, épais et très copieux. Erections douloureuses seulement pendant sept ou huit jours.

Au bout d'un mois et demi cette blennorrhagie guérit spontanément sans que le malade eût pris de balsamiques ni fait d'injections.

M. D... recommença à voir des femmes; la blennorrhagie ne

se reproduisit pas, et sa verge ne fut soumise à aucune violence capable de la blesser.

Néanmoins, six mois après la blennorrhagie, et après une continence de cinq semaines, M. D... s'aperçut que la verge s'incurvait fortement à droite pendant l'érection, qui jusqu'alors avait été normale. Il découvrit ensuite l'existence d'un noyau d'induration sur le côté droit des corps caverneux. Ce noyau était dur, sans adhérence avec la peau et indolent au début. Peu à peu il s'étendit du côté de la racine de la verge et devint un peu douloureux. Les érections conservaient toujours la même énergie, mais l'incurvation s'accentua de plus en plus.

Quand je vis le malade, au quatrième mois de cette lésion, je constatai dans le tiers antérieur du corps caverneux droit, une induration oblongue de 3 à 4 centimètres de longueur. Elle était insensible à la pression et légèrement douloureuse pendant les érections. Aucune adhérence avec la peau, pas trace d'inflammation. Canal sain. Pas le moindre vestige de syphilis.

Je prescrivis de l'iodure. N'ayant pas revu ce malade, j'ignore s'il a guéri. J'en doute.

Je puis encore ajouter aux faits précédents deux autres cas que je viens d'observer, et dans lesquels la blennorrhagie a été, sinon la cause certaine, au moins la cause probable de l'affection.

OBS. VIII. *Sclérose légère de la partie antérieure des corps caverneux, survenue après une blennorrhagie compliquée de manifestations rhumatismales.* — M. X..., vingt-huit ans, d'une bonne constitution. Ni syphilis, ni rhumatisme. Parents non arthritiques.

A l'âge de vingt-cinq ans, M. X... fit des accès de coït avec la même femme et il finit par contracter une uréthrorrhée à la suite de rapports pendant les règles. L'écoulement fut aphlegmasique et indolent. A peine se produisait-il quelques picotements uréthraux pendant l'éjaculation. Traitement antiphlogistique. Guérison au bout de quatre mois. Mais peu de temps après, M. X... contracta une vraie blennorrhagie inflammatoire, aiguë, douloureuse, purulente, qui se compliqua, vers le quinzième jour, de douleurs rhumatismales dans l'épaule droite, de l'inflammation synoviale des extenseurs de la main gauche et d'une petite périostite sur la face antérieure et moyenne des deux tibias. Il fut traité pour cette blennorrhagie à l'hôpital Cochin, pendant soixante-dix jours. Il en sortit à peu près guéri de son rhumatisme; mais l'écoulement qui s'était arrêté ne tarda pas à reparaître et, depuis, il n'a pas cessé, sous forme très légère il est vrai, et avec les alternatives que présentent les catarrhes uréthraux séreux ou séro-muqueux.

Ce malade vint me consulter le 2 mars 1886. Je ne constatai rien du côté de la prostate ni de la vessie. Canal libre, miction normale, urines contenant quelques filaments muqueux.

Ce qui l'inquiétait, c'était moins ce catarrhe insignifiant que l'existence d'indurations dans la partie antérieure des corps caverneux. Il s'en était aperçu en octobre 1885.

La verge était alors devenue un peu sensible à ce niveau pendant les érections et surtout elle s'y était rétrécie et présentait une sorte d'encoche sur son bord, derrière le gland.

Cette affection avait d'autant plus étonné le malade, qu'elle s'était produite d'une façon très insidieuse, sans cause traumatique, sans blennorrhagie uréthrale, sans excès de coït, sans recrudescence dans l'écoulement, sans injections caustiques, sans rien, en un mot, qui pût l'expliquer.

En palpant les corps caverneux, je sentis deux nodosités pisiformes derrière le gland, dans la partie la plus antérieure des corps caverneux. Il paraît qu'elles avaient été plus grosses. La gauche est plus volumineuse que la droite et c'est à son niveau que se produit l'encoche pendant l'érection. Entre les deux nodi, petite plaque mince, irrégulière et superficielle. Aucune déviation générale du pénis pendant les érections.

Est-ce bien aux blennorrhagies qui l'ont précédée qu'on doit rapporter la sclérose suivante? Je n'oserais l'affirmer. — Mais ce cas est intéressant, car il prouve que la *sclérose postérieure* des corps caverneux dévie et incurve beaucoup plus la verge que l'*antérieure*. C'est elle qui rend ordinairement le coït impossible.

OBS. IX. *Sclérose symétrique de la moitié postérieure des corps caverneux. Deux blennorrhagies légères et un chancre dans les antécédents du malade.* — Un jeune homme, âgé de vingt-six ans, vint me consulter, en mars 1886, à l'hôpital du Midi, pour une diminution de volume et une incurvation de la verge en haut pendant l'érection, qui avaient commencé dix ou douze mois auparavant. Il avait eu une première blennorrhagie en novembre 1883 et une seconde à la même époque en 1884. Toutes les deux avaient été légères et n'avaient duré que deux ou trois semaines. — En décembre 1884, il contracta un chancre, qu'il qualifie de volant. Ce chancre guérit très vite et ne fut pas suivi d'accidents constitutionnels, si j'en juge par les renseignements que me donna le malade et par le résultat négatif de mon exploration dans ce sens.

L'incurvation de la verge en haut s'était accentuée de plus en plus et en était arrivée à rendre le coït impossible. Elle était causée par l'existence de deux plaques scléreuses, situées à peu près symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, sur la face supérieure et dans la moitié postérieure des corps caverneux.

La verge n'avait été soumise à aucune violence traumatique. La santé générale était excellente. L'affection s'était produite sourdement, sans inflammation ni douleur.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BLANCHARD.

DE L'ATAXIE PARALYTIQUE DU CŒUR D'ORIGINE BULBAIRE. M. *M. Semmola*. — Après avoir rappelé la publication de ses premières observations cliniques sur ce sujet, faite il y a dix ans, ainsi que sa communication, en 1880, au Congrès international de médecine de Londres, sur l'ataxie paralytique du cœur d'origine bulbaire, l'auteur fait connaître les résultats de ses recherches ultérieures sur ce sujet, lesquels peuvent se résumer ainsi :

1° Lorsque des causes puissantes, et principalement les frayeurs et les excès vénériens, frappent l'organisme d'une façon habituelle entre quarante-cinq et soixante ans, à part l'ébranlement du système nerveux, on voit se développer une double série de troubles fonctionnels, les uns appartenant à l'estomac, et les autres se rapportant au cœur. Ce sont les premiers qui ouvrent la scène avec des formes dyspeptiques rebelles, tantôt isolées, tantôt suivies de catarrhe gastrique. Les troubles du cœur suivent plus lentement, et se bornent, au début, à un affaiblissement de la systole cardiaque avec simple accélération des battements.

Cette période, que M. Semmola appelle prodromique, peut durer très longtemps, voire même jusqu'à deux ou trois ans, avec des alternatives d'amélioration et de retour en rapport des causes, et elle démontre seulement l'insuffisance de réparation des centres nerveux, c'est-à-dire l'épuisement du vague et des ganglions du sympathique qui président aux fonctions du cœur. Elle peut guérir complètement, mais à la condition que le malade sache se mettre absolument à l'abri des causes de son mal, et se condamner au repos relatif le plus complet du cœur.

2° Si, au contraire, les causes persistent, alors la maladie est confirmée, quoique encore guérissable dans la majorité des cas, et des troubles bien autrement graves commencent à se produire. Ils surviennent dans l'ordre suivant :

a. Accès de palpitations et de dysystolie succédant immédiatement à chaque nouvelle cause, et de durée variable; trouble profond de la respiration, état dyspnoïque prolongé après chaque coït.

b. Développement d'une coloration marbrée, cyanotique, sans le moindre œdème sur les extrémités et surtout au niveau des articulations des doigts et des genoux. Ce sont des phénomènes de stase névroparalytique sans rapport avec les

désordres mécaniques de la circulation centrale, sans rapport, par conséquent, avec les stases veineuses qui accompagnent certaines maladies organiques du cœur dans leur période non compensée.

c. Anxiété respiratoire qui se développe avec la plus grande facilité à la moindre fatigue, à la moindre montée. L'auscultation montre l'existence de râles crépitants à la base des poumons, en rapport avec une stase névroparalytique.

d. Accès de suffocation qui réveillent le malade en sursaut dès qu'il est endormi, et le forcent à s'asseoir sur son lit; ils disparaissent bientôt après qu'il s'est mis sur son séant. Ces accès ne sont pas le résultat d'un état organique du cœur.

e. Œdème des pieds, qui ouvre la période *terrible* de la maladie. La dysystolie devient permanente, et bientôt on voit se développer le syndrôme le plus grave des affections organiques du cœur non compensé. Dans quelques cas, l'auteur a constaté un souffle au premier temps sur le foyer de la mitrale ou de la tricuspide, en rapport avec un défaut de contraction des muscles tenseurs des valvules, d'où une insuffisance passagère.

Correspondance. — M. *Sacc* adresse de Cochambo une note relative au *Bejuco*, plante employée dans les pays équatoriaux contre la morsure des serpents venimeux.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. *Gallard* fait hommage de ses *Études sur la pathologie des ovaires*.

M. *Larrey* présente : 1° l'article Éléphantiasis, de M. le docteur *Brassac*, article extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; 2° deux mémoires imprimés de M. le docteur *Gori* (d'Amsterdam) sur *les effets des projectiles* et sur *le transport des malades et blessés par les voies ferrées dans les climats tropicaux*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose un exemplaire de l'ouvrage ayant pour titre : *Hommage à Chevreul*, et qui renferme des mémoires inédits de MM. *Berthelot, Demarçay, Armand Gautier, Grimaux, Ch. Richet* et *Dujardin-Beaumetz*.

M. *Larrey* donne lecture d'une lettre de M. *Polaillon* donnant d'excellentes nouvelles de l'opéré chez lequel il a extrait, il y a une quinzaine de jours, par la taille stomacale, une fourchette de fer (voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 573).

Larves de techomyza fusca dans l'appareil digestif. — M. *Joannès Chatin* présente des larves de *Techomyza fusca*, observées dans les vomissements et les selles d'une malade atteinte de troubles gastriques et intestinaux. Il montre, à l'aide de préparations spéciales, comment ces larves peuvent résister aux liquides digestifs, se fixer aux parois du tube intestinal, comment leur nutrition s'y trouve assurée et enfin de quelle manière leur respiration peut s'y exercer. Ces faits témoignent en faveur de l'opinion depuis longtemps soutenue par M. Laboulbène, de la possibilité de l'existence de ces larves dans l'appareil digestif.

Responsabilité partielle des aliénés. — A propos d'un procès récent, M. *B. Ball* étudie la question, si longtemps et si vivement controversée, de la responsabilité partielle des aliénés dits criminels. Il s'appuie sur les particularités de cette affaire, à laquelle on a donné le nom de crime de Villemomble, pour montrer que la principale accusée, Euphrasie Mercier, présente un exemple des plus remarquables de ces cas difficiles où la responsabilité morale de l'aliéné se pose devant le jugement des experts et des jurés. En effet, il résulte de l'ensemble des faits relevés pendant le procès que le caractère de cette femme se présente sous deux aspects différents : d'une part, le mysticisme, d'autre part, l'esprit de suite, le bon sens, et les aptitudes commerciales. Fille d'aliéné, sœur d'aliénés dont l'état mental ne laisse aucun doute, et bien que subissant cette influence héréditaire, elle n'en est pas moins avant tout une femme résolue, constamment préoccupée du soin de relever le patrimoine tombé entre les mains de son père; à la poursuite de ce but elle déploie des qualités intellectuelles de premier ordre ; commerçante habile, ouvrière infatigable, capacité supérieure, elle a pu cependant délirer sur le terrain mystique sans perdre un seul de ses avantages intellectuels; la cupidité a motivé son crime, comme elle en avait donné l'impulsion à l'ensemble de sa vie, et les précautions ingénieuses dont elle a su s'entourer démontrent jusqu'à l'évidence qu'elle appréciait très exactement les conséquences de la situation qu'elle s'était créée et qu'elle en redoutait très justement les suites; les motifs qui ont gouverné sa conduite sont identiques à ceux qui dirigent les criminels vulgaires et le germe spécial de la folie dont elle est héréditairement atteinte ne saurait en aucune façon créer pour elle un privilège ni justifier une exception en sa faveur; c'est ainsi que l'a compris le verdict du jury. Ainsi il existe des aliénés qui, s'ils ne possèdent pas d'une façon bien complète la notion du bien et du mal, ont du moins une perception très nette des dangers auxquels ils s'exposent au point de vue de la répression pénale. A ceux-là on doit, dans une certaine mesure, appliquer le droit commun; et cette responsabilité partielle ne peut d'ailleurs s'appliquer qu'aux sujets dont l'intelligence, entamée sur un point, conserve sur d'autres son intégrité et même en pareil cas la responsabilité ne s'adresse qu'aux faits en dehors de ce délire limité.

M. Ball tient aussi à faire ressortir deux points qui lui paraissent avoir une grande importance. Le premier, c'est qu'en dehors de la criminalité, nul ne songe à contester la responsabilité morale de certains aliénés; si l'on a compté de ceux-ci parmi les hommes du plus grand génie, si les aliénés peuvent, en quelque sorte, mériter aux yeux du monde, comment soutenir qu'ils sont incapables de démériter et que ni le blâme ni le châtiment ne doivent jamais les atteindre? En second lieu, il faut reconnaître qu'à l'antique idée de la responsabilité tend à se substituer la notion plus moderne et plus physiologique des prédispositions individuelles. Mais en se plaçant sur le terrain de l'utilité publique, il faut reconnaître que, si la socité n'a pas à se venger, elle a du moins le droit de se défendre; il ne s'agit pas de savoir si d'une manière abstraite le coupable a mérité le châtiment qui le frappe, mais si l'exemple ainsi donné peut servir de frein à d'autres organisations semblables. Or le doute n'est pas permis; la crainte exerce une incontestable influence sur les aliénés du type que vient de rappeler M. Ball et il n'existe aucune raison valable pour les rassurer à cet égard. — Sur la proposition de M. *Larrey*, l'Académie décide que la communication de M. Ball fera l'objet d'une discussion ultérieure.

Maladie de Bright. — M. le professeur *Semmola* (de Naples) lit un mémoire complémentaire de celui qu'il a présenté à l'Académie le 3 juin 1883 sur la pathologie et le traitement de la maladie de Bright. Les résultats des recherches qu'il communique ont pour but : 1° de contrôler les opinions qu'il a précédemment exprimées, à plusieurs reprises, depuis 1850 et de répondre à diverses observations qui lui avaient été faites; 2° d'exposer ses nouveaux travaux sur la maladie de Bright expérimentale; 3° de décrire les altérations histologiques de la peau propres à cette maladie; 4° d'en démontrer cliniquement et expérimentalement l'unicité; 5° d'en établir le traitement suivant une méthode rationnelle. Comme il y a trois ans, M. Semmola soutient que la condition qui force les albuminoïdes du sang à être nécessairement éliminés de l'organisme c'est leur diffusibilité pathologique. Au point de vue biologique, la diffusibilité de ces albuminoïdes doit être synonyme d'inassimilabilité; une fois qu'ils sont devenus, n'importe par quelle cause, diffusibles et inassimilables, l'albumine sort par tous les émonctoires; il y a albuminurie, albuminocholie, etc.,

et dans tous ces cas, l'albuminurie a lieu sans aucune altération histologique préalable. Aussi, ne devrait-on plus, au point de vue du diagnostic et du traitement, confondre systématiquement l'existence d'une néphrite préalable avec l'apparition de l'albumine dans les urines.

Quant à la maladie de Bright expérimentale, M. Semmola rappelle qu'il l'a produite complètement, telle qu'on l'observe en nature, à l'aide d'injections sous-cutanées de blanc d'œuf; il provoque ainsi chez les chiens : 1° l'albuminurie; 2° la dyscrasie albumineuse avec diffusibilité progressive des albuminoïdes du sang; 3° la diminution de la production de l'urée dans les vingt-quatre heures; 4° l'hydropisie; 5° la néphrite. Est-il une seule maladie que la pathologie expérimentale ait pu produire aussi complète et aussi probante? Il n'y manque que l'influence première de l'affaiblissement des fonctions cutanées que l'on ne peut provoquer artificiellement, mais qui peut être facilement étudiée dans l'albuminurie survenue pendant la convalescence de la scarlatine. M. Semmola a, en conséquence, porté son attention sur les altérations microscopiques de la peau et, bien que les recherches histologiques soient encore bornées, on peut dire dès à présent que dans la peau des vrais brightiques existe une atrophie de la couche de Malpighi avec prolifération du tissu conjonctif du derme et atrophie des glandes sudoripares.

En définitive, la vraie maladie de Bright doit être rayée du cadre des néphrites et considérée comme un type morbide à part, constant dans tous ses caractères, faisant partie des différents vices de nutrition et caractérisé de la manière suivante : comme étiologie, action lente du froid humide sur la peau ; défaut progressif jusqu'à l'abolition complète des fonctions cutanées due à l'ischémie progressive avec atrophie des glandes sudoripares, puis de la couche de Malpighi et prolifération du tissu conjonctif du derme; altération chimico-moléculaire des albuminoïdes venant de l'alimentation; diminution progressive de la combustion des albuminoïdes; infiltration séreuse sous-cutanée; cachexie caractéristique en rapport avec un profond vice général d'assimilation; développement secondaire d'un processus inflammatoire des deux reins en même temps. Il convient, en conséquence, au point de vue thérapeutique, de fournir aux malades une alimentation très aisément assimilable, d'exciter méthodiquement les fonctions cutanées et de favoriser par tous les moyens possibles l'assimilation et la combustion des albuminoïdes introduits avec l'alimentation; on y parvient à l'aide du régime lacté exclusif, des frictions sèches, du massage, de la douche écossaise et de sudation par l'étuve, du séjour dans un milieu tempéré, sec et constant, de l'administration d'iodure et de chlorure de sodium tout d'abord, puis d'hypophosphates de soude ou de chaux; les inhalations d'oxygène offrent encore des avantages; il faut enfin renoncer absolument à l'usage des astringents. — (Le mémoire de M. Semmola est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Dujardin-Beaumetz*, *Roger* et *Lancereaux*.)

Erratum. — Page 572, n° 35, lire : M. *Bateman* (*de Norwich*) est élu correspondant étranger, au lieu de M. *Bateman* (de New-York).

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'artério-sclérose : son rôle dans la production de l'insuffisance aortique et des hypertrophies cardiaques, par le docteur Botkine. — Homme de cinquante-trois ans, à squelette peu développé, mais fortement musclé. Respiration haletante et superficielle. Dans les carotides, pouls égal des deux côtés. Battements isochrones à ceux du cœur et des radiales. Au toucher, celles-ci semblent un peu inégales; à la vue, on dirait qu'elles sont soulevées comme des cylindres rigides et contournés. Dans les humérales, le pouls est encore plus inégal; présente le type pathognomonique de l'insuffisance aortique. Battements du cœur très forts, on dirait qu'ils sont dédoublés. Le professeur Botkine insiste beaucoup sur la nécessité de faire l'examen du cœur lorsque le malade est dans le décubitus dorsal et lorsqu'il est assis sur son séant, il croit qu'il existe beaucoup de cas dans lesquels il est impossible de découvrir l'hypertrophie lorsque le malade est couché. Ceci dépend de la longueur des ligaments qui l'attachent à la poitrine et lui permettent une mobilité plus ou moins prononcée, et en même temps de l'état des gros vaisseaux, chez les vieillards, on doit toujours compter avec des résultats plus ou moins prononcés de l'artério-sclérose. Les malades se plaignent de dyspnée, de toux et de palpitations. Dans le cas actuel, pas de rhumatisme, ni de syphilis. Les données précédentes démontrent l'existence de l'artério-sclérose. Celle de l'insuffisance l'est par l'existence d'un souffle diastolique au point d'auscultation habituel de l'aorte, par l'absence de propagations du second bruit dans les carotides, par l'hypertrophie du ventricule gauche et le caractère du pouls. L'auteur regarde ces lésions comme primitives (étant donné l'âge du malade). Quand on les observe chez un sujet jeune, qui a eu un rhumatisme peu de temps auparavant, elles sont sûrement secondaires. Dans les cas d'artério-sclérose primitive, par suite de la diminution de l'élasticité des parois artérielles, il se développe une dilatation et une hypertrophie du ventricule gauche, qui n'est pas, il est vrai, toujours proportionnée à la lésion vasculaire; parfois les changements des artères sont très prononcés; ceux du cœur le sont peu. Dans certains cas les scléroses secondaires des artères sont consécutives à des altérations du cœur dues à l'endocardite.

Le diagnostic de l'artério-sclérose primitive ne met pas fin à toutes les difficultés. Beaucoup de malades continuent leur travail habituel et peu se doutent de leur maladie ; d'autres, au contraire, sont obligés d'entrer de bonne heure à l'hôpital. Souvent le ventricule gauche est hypertrophié; cette hypertrophie ne correspond pas toujours au degré du mal, elle tient au changement de pression dans l'aorte, dont le deuxième ton est modifié. Le premier ton devient profond, faible, parfois il disparaît entièrement ou est voilé par un souffle. Lorsque l'endartérite s'étend aux valvules de l'aorte, elles perdent leur élasticité et le bruit correspondant prend une résonance métallique. Le souffle diastolique se produit, lorsque les lésions sont plus avancées.

Botkine croit qu'avec ou sans insuffisance valvulaire, l'artério-sclérose donne lieu à une hypertrophie marquée du cœur gauche et du cœur droit. Les auteurs des livres classiques n'en ont peut-être pas tenu suffisamment compte. Il est pourtant facile de s'expliquer que sous son influence, il se fait une insuffisance aortique, suivie bientôt d'insuffisance mitrale; c'est à la suite de celle-ci que se produit l'hypertrophie du ventricule droit. Mais il y a des cas d'artério-scléroses avec hypertrophie et dilatation du ventricule gauche, dans lesquels il n'est pas possible d'expliquer celles-ci par l'insuffisance aortique. Ces cas s'expliquent par la propagation de la sclérose aux coronaires, d'où résulte une anémie et une dystrophie de la musculature du cœur, dont la paroi se laisse dilater; elle est plus volumineuse qu'à l'état normal, mais en dégénérescence graisseuse. La sclérose peut durer dix ans et aboutir à la mort. Botkine, rappelle qu'on a souvent, dans l'insuffisance mitrale, une hypertrophie du ventricule gauche; on l'explique par l'exagération du travail qu'il doit accomplir. L'auteur ne croit pas que cette explication suffise, car dans bon nombre de cas, la valvule mitrale ne remplit pas son rôle et le ventricule gauche n'a pas changé de volume; l'auteur, outre l'hypertrophie de cause mécanique, en admet une autre d'origine nerveuse et dont le point de départ est dans les centres ou les filets du plexus cardiaque.

Chez le malade qui fait le sujet de l'observation, il n'y avait ni bruit métallique, ni exagération du deuxième bruit pulmonaire, par conséquent on ne pouvait croire qu'il existât une hypertrophie du ventricule droit consécutive à une insuffisance mitrale. Il est

possible, au contraire, qu'il existât une sclérose des coronaires. Il y a deux ans que le malade a eu pour la première fois des accès de dyspnée paroxystique. Leyden a beaucoup insisté sur la production de l'angine de poitrine par suite de la sclérose des coronaires.

On pourrait, à la rigueur, se contenter de cette explication s'il n'existait que de la dilatation du ventricule droit, mais il y a en même temps hypertrophie de sa paroi. La dyspnée a commencé pour ainsi dire avec la maladie, tandis que dans l'artério-sclérose, avec altérations limitées au ventricule gauche, on n'a guère que des palpitations. La dyspnée se montre surtout lorsqu'il y a des lésions du ventricule droit. Dans les premiers temps, ces altérations marchaient parallèlement avec l'état général; quand le malade va bien, le volume du cœur paraît demeurer stationnaire, quand il va mal, il augmente. Cette relation est encore plus frappante lorsque la matité précordiale dépasse la ligne médiane. Par suite de l'augmentation de volume du ventricule droit, il s'établit une circulation supplémentaire, bientôt suivie d'hypertrophie du ventricule gauche.

La toux, les râles indiquent également des changements locaux; on ne saurait songer à une diminution du calibre des bronches par suite d'un catarrhe; les modifications sont trop brusques pour qu'une lésion permanente soit admissible. La cause déterminante des variations dans le calibre des canaux bronchiques agit d'une façon temporaire et non permanente; les maladies du cœur retentiraient sous la musculature en déterminant par voie réflexe le relâchement ou la tétanisation; ces alternatives se succèdent à des intervalles variant entre dix et cinquante minutes. (*Ejened. klin. Gaz.*, n°s 24, 25, et *Meditsinskœ Obozriênié*, t. XXV, n° 11, 1886.)

Anévrysme de l'artère pulmonaire gauche; thrombose de la poplitée; mort; autopsie, par M. GREGORIEV. — Une paysanne âgée de quarante-deux ans se présente, au mois de janvier 1884, à la consultation pour de la dyspnée et un peu d'œdème des jambes. On lui donne de la teinture de digitale. Au mois de juillet, ulcération sur le jarret gauche; elle résultait d'une petite érosion pansée à la pommade iodoformée. Œdème peu prononcé, mais dyspnée très forte; souffle dans le deuxième espace intercostal, au niveau du mamelon; état général satisfaisant. La malade peut travailler. En novembre, le ventre se tuméfie légèrement, mais les jambes sont œdématiées. Au mois de décembre, au moment où elle allumait son feu, elle fut prise tout à coup d'un tremblement et de faiblesse des jambes; elle fut obligée d'appeler; comme elle avait de violents frissons, on la mit devant le poêle, et on la couvrit d'une pelisse : l'état resta le même. Après quelques frictions, la jambe droite reprit le mouvement et la sensibilité, mais l'état de la gauche ne fut pas modifié. Elle entre à l'hôpital dans la soirée. A ce moment elle est dans l'état suivant : lèvres violacées, sueurs; cicatrices vers la base du voile du palais, sur les fesses. Interrogée au point de vue de la préexistence de la syphilis, elle répond négativement. Pouls égal dans les radiales, mais si faible qu'on ne peut le compter; dans les humérales, 124 à 126 pulsations à la minute. L'examen du thorax donne les résultats suivants : les deux moitiés sont symétriques et exécutent les mêmes mouvements dans l'inspiration et l'expiration. Un peu de matité en arrière, à gauche, et dans le creux sous-claviculaire droit. A l'auscultation, râles ronflants en arrière en bas et dans les inspirations profondes. A droite, sous la clavicule, diminution du murmure vésiculaire et expiration prolongée. R = 10 à 24 par minute. La matité précordiale s'étend jusqu'à la troisième côte; le choc de la pointe est senti dans le cinquième espace intercostal, à un travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire; à droite, elle s'étend jusqu'au bord gauche du sternum. Dans le deuxième espace intercostal gauche, près du bord du sternum, battement très net à peu près isochrone avec le choc de la pointe. A ce niveau, souffle perceptible même à distance; il a son maximum au voisinage du sternum, comme les souffles systoliques. On n'entend pas les bruits du cœur; à la pointe, bruits sourds et profonds. Léger battement épigastrique. Ventre gonflé; un peu de fluctuation vers la partie inférieure; en haut, tympanisme; le foie déborde légèrement les fausses côtes; rate de volume normal. La plante du pied droit présente une teinte bleuâtre; vers le genou, quelques taches jaunâtres de la grandeur d'un œuf de poule. Le pied gauche est pâle, légèrement cyanosé; œdème de la face dorsale du pied et de la région des malléoles.

En 1882, elle dut entrer à l'hôpital et y resta du 13 février au 9 mai; la malade se plaignait alors de dyspnée, de toux, de crachements de sang. Après une amélioration temporaire, ils revinrent de nouveau, s'accompagnèrent de point de côté, et obligèrent la malade de rentrer à l'hôpital. Aujourd'hui on remarque que les muscles cervicaux prennent part à l'inspiration; respiration, 18 par minute. Dans la moitié inférieure droite du thorax, la zone de matité s'étend à une surface limitée en dehors par la ligne du mamelon, en dedans par la ligne parasternale, en haut par le bord inférieur de la quatrième côte. Au-dessus de cette zone de matité absolue, le son est obscur jusqu'au niveau de la clavicule.

Téguments du pied desséchés et de coloration jaunâtre; plusieurs taches de forme irrégulière et de couleur ecchymotique se réunissent au voisinage du genou, qu'elles entourent. La sensibilité aux piqûres n'est en partie conservée que d'un côté, elle est perdue au voisinage du genou; la jambe est un peu fléchie sur la cuisse; extension spontanée impossible; les tentatives faites par les autres sont très douloureuses; les orteils sont également immobiles. Vertiges, toux, expectoration muco-purulente; pas d'hémoptysies, de faiblesse, de dyspnée, etc. Douleur dans le membre paralysé; température, 37°,2 à 37°,6; pouls entre 90 et 100; respiration, 24 et 30 par minute.

Le 6 décembre, coloration bleuâtre du pied droit à gauche; la même teinte commence au niveau du genou et entoure toute la jambe. La nuit s'est passée tranquillement. Pouls, 104; respiration, 26.

Le 13 décembre, frissons, sueurs; la tuméfaction et la douleur de la jambe gauche, près du genou, ont un peu diminué, mais elles ont notablement augmenté dans le creux poplité. Mort le 17 sans nouveaux accidents. A l'autopsie, on trouve : le péricarde renferme une petite quantité de sérosité jaunâtre; cœur volumineux; hypertrophie du ventricule droit; insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire; dilatation très sensible jusqu'au niveau de la division en deux branches; le trou commun a un diamètre égal à celui d'un œuf de poule; la dilatation paraît porter surtout sur la paroi antérieure; l'origine des deux divisions est notablement rétrécie par des plaques athéromateuses de forme irrégulière, très nombreuses, très rapprochées et s'étendant aux divisions secondaires; rien de notable sur les valvules aortiques; dépression de la crosse correspondant à la dilatation de l'artère pulmonaire; ecchymoses sous-pleurales du côté gauche; l'artère poplitée est oblitérée par un caillot de couleur sombre; il n'y a pas de sang dans ses divisions. L'auteur dit qu'on avait cru, pendant la vie, à une affection de l'aorte, tandis qu'en réalité on avait affaire à une dilatation sacciforme de l'artère pulmonaire consécutive à l'endartérite ancienne de l'orifice des deux branches. Il est probable qu'elle était de cause syphilitique.

Oblitération des rameaux principaux de l'artère pulmonaire droite, par M. KELKHOVSKI. — Une femme de cinquante-quatre ans entre à la clinique de Popov en se plaignant de faiblesse, de dyspnée, de toux. A l'âge de vingt ans, ulcération suspecte des organes génitaux. Douze ans plus tard, toux qui dure deux mois et est suivie d'hémoptysie. En 1881, nouvelle hémoptysie; il y en eut trois jusqu'en février 1882. Du 13 février au 9 mai de cette année, dyspnée, toux, nombreux crachements de sang. Ces phénomènes, momentanément calmés, se montrèrent de nouveau avec la mauvaise saison et s'accompagnèrent d'un point de côté qui obligea le malade d'entrer à l'hôpital. A son entrée, dyspnée telle que les muscles du cou prennent part à chaque inspiration; respiration, 18. En avant et à droite, matité dans un espace limité en dehors par la ligne du mamillaire, en dedans par la ligne parasternale, en haut par le bord inférieur de la quatrième

côte. En arrière et des deux côtés sonorité égale jusqu'à la douzième côte; à gauche, respiration normale. Dans la partie inférieure du poumon gauche, du bord du sternum au creux de l'aisselle, frottement perceptible même pour la main. A droite et en haut, respiration faible. Rien en bas; dans la région de la matité absolue, bruits respiratoires imperceptibles.

Battements du cœur faibles, réguliers; souffle doux, présystolique sous le mamelon droit, perceptible dans toute la moitié droite du thorax, du mamelon à l'épine dorsale; en arrière, jusqu'à l'omoplate; en haut, jusqu'à la troisième côte; il est plus fort au-dessous du mamelon et au niveau de l'épine de l'omoplate. Ganglions du cou et de l'aine volumineux; pas de cicatrices suspectes. Pendant les dix jours qui s'écoulèrent jusqu'à la mort de la malade, les phénomènes objectifs restèrent les mêmes, mais elle eut des vomissements et du subdelirium. Le professeur Popov crut qu'il s'agissait d'une tumeur intrathoracique ayant comprimé la bronche droite et l'artère pulmonaire gauche. La matité constatée à droite du sternum en dépendrait; il y aurait aussi déplacement du cœur d'arrière en avant. L'autopsie démontra que la compression des deux organes en question avait eu lieu par suite d'une pneumonie interstitielle. Le poumon gauche, dont la circonférence était diminuée, avait, au contraire, augmenté très notablement de densité; il adhérait à la paroi thoracique et au péricarde. Le lobe inférieur et la partie inférieure du lobe supérieur étaient transformés en une masse noire adhérente de tissu fibreux imperméable à l'air, parcourue çà et là par les bronchioles et les vaisseaux. La partie restante du poumon gauche est perméable à l'air, sans indurations, ni cavités. Au niveau du hile, on trouve une masse formée par les ganglions bronchiques indurés, et formant une sorte de couronne qui accompagne, dans l'étendue de 1 centimètre, les principales divisions de l'artère pulmonaire droite et de la bronche. Ces divisions correspondant aux lobes supérieur et moyen sont fortement comprimées. L'artère est fortement dilatée au-dessus du hile du poumon; sa tunique interne est parsemée de nombreuses taches athéromateuses. Le poumon gauche est pâle, recouvre le cœur, ne renferme nulle part d'indurations, sauf au niveau du hile, où les ganglions bronchiques noirâtres indurés et le tissu péribronchique sont exactement dans le même état que du côté opposé. Cœur un peu dévié à droite, adhérent au lobe moyen du poumon droit. Rien de notable à gauche. Ventricule droit hypertrophié; oreillette dilatée. L'examen microscopique du poumon gauche montre une prolifération du tissu fibreux interstitiel avec atrophie des alvéoles; oblitération des bronches et des gros vaisseaux correspondants, le tout dépendant d'une phlegmasie interstitielle.

Il est probable que le bruit entendu, pendant la vie, dans la moitié droite du thorax, dépendait de la compression des rameaux de l'artère pulmonaire droite. L'absence de respiration bronchique et de bronchophonie tenait à l'adhérence du tissu pulmonaire aux bronches. Les phénomènes observés du côté du cœur indiqueraient des lésions plus étendues que celles qu'on trouva à l'autopsie. On s'explique aisément la chose si l'on se rappelle que le cœur gauche était atrophié et recouvert par le poumon emphysémateux; au contraire, le cœur droit était hypertrophié et occupait une grande étendue de la cavité thoracique, ce qui est ordinairement le cas dans les pneumonies chroniques. (*Klinitch. Sbornik, isdan. pod. red.*, prof. Popov. Varsovie, 1885.)

Pneumonie; gangrène pulmonaire; pleurésie purulente; opération d'Estlander; érysipèle de la face; mort. — Le 28 janvier 1886, le docteur K. Snelley est appelé près d'une personne de quarante-trois ans, qui depuis six jours souffre de toux avec douleur dans le dos, à l'épaule gauche. Il diagnostique une pneumonie. Jusqu'au 5 février, rien d'anormal, sauf un peu d'agitation nerveuse; ce jour-là, un peu d'épanchement à gauche. Le 6, ponction exploratrice; liquide séro-purulent de mauvaise odeur. 7 février, consultation avec le professeur Talma. Diagnostic : pleurésie purulente consécutive à une gangrène pulmonaire. Retire 1 litre de pus avec l'aspirateur de Potain. Le 15, résection de la sixième côte (on en enlève 4 centimètres). Lavage du foyer purulent avec une solution d'acide borique à 3 pour 100, puis d'une solution de chlorure de zinc. Deux sutures : fils de caoutchouc phéniqués, pansement de Lister. Avant l'opération, T.M., 37°,5; après, T.V., 38°,5. Amélioration persistant jusqu'au 18. Ce jour, la température s'élève à 40°,1, et un érysipèle de la face se montre. Mort le 23 février, à six heures du matin.

L'auteur ne connaît qu'un seul cas de résection des côtes dans la pleurésie purulente consécutive à la gangrène pulmonaire : celui de Schneider (de Kœnigsberg); l'opération fut suivie de guérison. (*Ned. Tijdschrift voor Genuskunde*, 26 juin 1886, p. 656.)

BIBLIOGRAPHIE

Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, par le docteur Félix Lagrange, médecin aide-major à la direction du 18ᵉ corps d'armée, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Mémoire couronné par la Société de chirurgie de Paris (Prix Laborie, 1885). — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

C'est plus qu'un mémoire, c'est presque un vrai traité que M. Lagrange a écrit pour répondre à cette question posée par la Société de chirurgie : *Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs*. Mieux qu'aucun autre, l'auteur était préparé à pareille étude, car, ainsi qu'il le déclare dans son introduction, il a assisté à l'évolution de ce sujet, évolution à laquelle son maître, le professeur Badal (de Bordeaux), a pris une si large part.

Dans son travail, qui repose sur 415 observations rigoureusement épurées, et dont un grand nombre sont personnelles ou empruntées à la pratique de M. Badal, M. Lagrange ne s'est pas contenté de constater les résultats thérapeutiques de l'élongation des nerfs, il s'est surtout attaché à poser les indications et les contre-indications de cette nouvelle opération, introduite dans la thérapeutique depuis moins de quinze ans par Nussbaum.

Après un premier chapitre, où sont présentés d'une façon rapide et intéressante les travaux qui ont signalé les deux phases physiologique et clinique de l'histoire de l'élongation des troncs nerveux, l'auteur étudie avec le plus grand soin, dans son chapitre II, l'anatomie et la physiologie pathologiques comparées de l'élongation, de la névrotomie et de la névrotripsie; ne s'en tenant pas aux affirmations des expérimentateurs, il vérifie par lui-même les résultats physiques et fonctionnels des tractions exercées sur les nerfs, et arrive à « cette conclusion majeure que l'élongation agit sur les cordons sensitifs en créant des troubles circulatoires, nutritifs, inflammatoires dans la moelle. C'est le mode d'action propre à cette méthode thérapeutique. Telle qu'elle est, elle constitue donc une arme spéciale pour le pathologiste; elle diffère essentiellement de la section, de l'écrasement des nerfs; elle doit donc donner des résultats différents. » Si l'élongation des nerfs tire sa vertu thérapeutique du retentissement qu'on provoque par son intermédiaire du côté des centres nerveux, elle n'est pas sans danger, on le comprend aisément. Ces accidents, ces complications sont notés 42 fois sur 415 observations, et encore ce chiffre reste-t-il très probablement au-dessous de la réalité. Outre les accidents communs à toutes les plaies : suppuration, érysipèle, phlébite, etc., qui sont peut-être plus fréquents ici que dans toute autre plaie chirurgicale, parce que « l'opération paraît créer une prédisposition véritable, et son retentissement sur la sensibilité et la nutrition l'explique peut-être suffisamment », on a encore signalé un cas de mort par syncope cardiaque au cours de l'opération, et plusieurs terminaisons

fatales dans les jours qui suivirent. M. Lagrange insiste avec raison sur ces faits pour montrer que si l'élongation a une grande puissance thérapeutique, comme on le verra bientôt, elle a, comme toutes les puissances, ses dangers, « qui font au chirurgien un devoir de n'y avoir recours que lorsque l'indication en est très nette, lorsqu'elle s'impose comme une nécessité ».

Après cette étude générale sur l'élongation des troncs nerveux, l'auteur passe en revue les résultats thérapeutiques qu'elle a fournis dans les diverses affections contre lesquelles elle a été employée. Les névralgies attirent tout d'abord son attention ; il insiste avec un soin tout particulier sur les heureux effets que les malades retirent de l'élongation des branches de l'ophthalmique de Willis, spécialement de celle du rameau nasal (opération de Badal) dans un certain nombre d'affections de l'œil, s'accompagnant de douleur et de tension exagérée du globe (douleurs ciliaires, glaucome aigu et chronique, etc., etc.). Les observations de cette partie de l'ouvrage au nombre de plus de 80, provenant toutes du service de clinique ophthalmologique de Bordeaux, constituent une véritable statistique intégrale et donnent une grande valeur aux conclusions que l'auteur en tire, à savoir que l'élongation doit être dans tous ces cas préférée à la résection à cause de sa plus grande facilité et de son innocuité absolue. Par contre, pour les névralgies des maxillaires supérieure et inférieure, c'est la résection qu'il faut préférer à l'élongation. Quant à l'élongation des nerfs mixtes des membres et du tronc, elle donne des résultats très irréguliers: « une amélioration plus ou moins longue, une guérison passagère, parfois une cure définitive », mais suffisants pour qu'on n'en refuse pas le bénéfice aléatoire aux malades. Dans le tabes et les diverses affections des centres nerveux, l'opération est plus dangereuse qu'utile et c'est à la dernière extrémité qu'on devra y avoir recours. L'élongation est aussi pleine de dangers dans le tétanos en raison de son retentissement sur la moelle ; elle doit être repoussée et on doit lui préférer, si l'on veut agir sur les nerfs, la neurotripsie ou la névrotomie. Contre le tic douloureux de la face on fera la section de la branche correspondante du trijumeau de préférence à l'élongation, mais c'est cette dernière opération qu'on devra pratiquer sur le facial dans les cas de tic non douloureux. Dans les spasmes et contractures du sterno-cléido-mastoïdien la résection de la branche externe du spinal, outre qu'elle assure une bien plus grande probabilité de la cure, fait courir de bien moins grands dangers que les tractions qu'on pourrait exercer sur cette branche si voisine du centre le plus important à la vie de l'axe encéphalo-médullaire, le bulbe. La contracture, les spasmes traumatiques, l'épilepsie réflexe ne cèdent pas toujours à l'élongation, mais ces troubles s'améliorent dans un assez grand nombre de cas pour qu'on soit en droit de tenter toujours l'opération. L'élongation a été encore pratiquée dans les paralysies périphériques, dans la lèpre anesthésique, dans l'atrophie du nerf optique ; mais dans tous ces cas les résultats sont contradictoires, douteux ou nuls et ne permettent pas de formuler des conclusions fermes sur la valeur de l'opération.

Tels sont les principaux points mis en relief dans le travail de M. Lagrange. Se gardant de l'engouement, faisant une judicieuse critique des nombreux matériaux qu'il a réunis par de patientes et laborieuses recherches, il a su mettre à sa véritable place, croyons-nous, l'élongation nerveuse en temps que moyen thérapeutique. Présenté avec clarté et méthode, ce travail entraîne la conviction sans surprendre l'attention du lecteur, qui à chaque instant est mis en mesure de vérifier par lui-même l'exactitude des opinions émises par l'auteur, qui s'appuie exclusivement sur des faits brièvement mais suffisamment résumés dans des tableaux terminant ce traité de plus de 200 pages. Ceux qu'intéresse cette question au point de vue spéculatif pourront le lire avec plaisir et tous ceux qui auront à intervenir dans une des affections, dont la thérapeutique relève de l'élongation, retireront de sa lecture le plus grand profit. La haute récompense, dont ce travail a été l'objet de la part de la Société de chirurgie, le recommande d'ailleurs à la méditation de tous les praticiens.

A. P.

Transactions of the alumni of the woman's hospital in the state of the New-York (Recherches des élèves de l'hôpital des femmes de New-York). Brochure de 88 pages. — New-York, Appleton, 1886.

Le compte rendu des séances de l'Association des anciens élèves de l'hôpital des femmes de l'Etat de New-York, qui avait paru d'abord dans le *New-York med. Journal*, a été réimprimé, tiré avec grand soin, et forme un opuscule de 88 pages élégant et très portatif ; il renferme : 1° un mémoire de M. William-H. Baker sur le traitement du cancer du col utérin par l'amputation sus-cervicale, avec le parallèle de cette opération et de l'extirpation totale ; 2° une communication de M. Andrew-F. Currier sur la thérapeutique locale et générale en gynécologie ; 3° un court travail de M. P.-H. Ingalls sur le traitement de l'antiflexion sans opération sanglante ; 4° un autre de M. Grory-T. Harrison sur l'étiologie de la rétroflexion ; 5° enfin une étude de M. Henry-C. Cœ sur l'importance exagérée des phlegmons du petit bassin.

Compte rendu de l'hôpital de Sabbatsberg, a Stockholm, pour l'année 1884, publié sous la direction du docteur J.-W. Warbwinje, directeur de l'établissement. — Stockholm, imprimerie royale, 1886.

Ce compte rendu, le septième publié par l'administration de l'hôpital de Sabbatsberg, forme un volume de 204 pages. Il est rédigé sur le même plan que tous ceux qui l'ont précédé, c'est-à-dire que les 58 premières pages sont consacrées à la statistique ; le reste, à la publication de mémoires de médecins et de chirurgiens de l'établissement. Conçu de cette manière, un rapport annuel est à la fois un document administratif, un recueil scientifique de valeur. On l'a compris dans toute l'Europe. Aujourd'hui il en existe d'analogues en Hollande, en Allemagne, en Russie, en Autriche, en Italie. Dans les villes universitaires, où les administrations n'en publient pas, les dissertations y suppléent. Il est fâcheux que nous n'ayons point jusqu'à aujourd'hui tenté de nous assimiler cet usage. Dans les grandes villes universitaires françaises, il existe assez d'hôpitaux généraux et spéciaux pour fournir la matière de recueils analogues à celui que nous analysons.

Malgré la similitude de leur plan, les comptes rendus annuels de Sabbatsberg présentent des différences de détails. La méthode employée pour l'avant-dernier nous paraissait excellente. La statistique de chaque division (médecine, chirurgie, gynécologie, etc.) est suivie d'une sorte de commentaire dans lequel les faits les plus intéressants sont détaillés et discutés ; ce sont autant de leçons cliniques. Cette année on a procédé différemment. La statistique est suivie de mémoires dont les observations originales ont été empruntées aux divisions de chirurgie et de gynécologie : Résections du tube digestif, par M. Ivon Svensson ; Résultats donnés à Sabbatsberg, pendant les années 1883-84, par le pansement à l'iodoforme et au sublimé, par M. Sigfr. Glas ; Myxome de l'ovaire, par le professeur Wilh. Netzel ; De la cure radicale des hernies réductibles, par MM. Ivan Svonsson et Thov Erdmann. Ces travaux sont irréprochables ; un résumé français très bien fait termine le volume. Nous préférons, malgré tout, celui de l'année précédente, moins méthodique peut-être, mais renfermant une plus grande variété de faits cliniques et anatomo-pathologiques.

Apuntes para el estudio de los queratomias, par MM. Vilforcos Alfredo R. Garcia Leopoldo Lopez D. — Madrid, 1886. Grand in-8° de 84 pagos.

Les auteurs commencent par une observation de kératome de la face dorsale de la main droite, observé chez une femme de soixante-douze ans ; ils font ensuite l'historique du sujet, en rapportant un certain nombre de documents inédits. Ce travail est terminé par les conclusions suivantes · les kératomes sont

des néoplasmes épidermiques reposant sur une base de papilles hypertrophiées et hyperplasiées, en général uniques; ils sont parfois multiples; on peut les rencontrer sur tous les points de la peau et même sur les lignes qui établissent une limite entre elle et une muqueuse. On les observe surtout dans un âge avancé; on ne connaît point leurs causes. Parfois il existe des noyaux d'épithélium autour de la production principale, ce qui explique la reproduction de la tumeur après sa chute ou son ablation; parfois, lorsque celle-ci est incomplète, la portion restante prend le caractère de l'épithélioma; le pronostic est généralement bénin; ils produisent, en général, de l'inflammation locale dans les régions sur lesquelles ils se développent; dans certains cas, ils s'ulcèrent au niveau de leur base, et parfois l'ulcération prend le caractère de l'épithélioma. L'extirpation complète avec pansement ultérieur à l'iodoforme est le meilleur mode de traitement.

VARIÉTÉS

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.—Sont nommés : médecin principal de 2e classe : M. Mutin; médecin-major de 1re classe : M. Poulet, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce; médecins-majors de 2e classe : MM. Collin, Chandèze et Wissemans; pharmacien principal de 2e classe : M. Parant; pharmacien-major de 1re classe : M. Camus; pharmacien-major de 2e classe : M. Boutté.

SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le ministre de la guerre, se fondant sur ce que les étudiants en médecine, qui servaient au titre d'infirmiers, étaient promus peu de temps après au grade de médecin aide-major de réserve, et que par suite il y avait autant d'infirmiers de réserve en moins, vient de décider que, désormais, les étudiants en médecine feraient leur volontariat dans les régiments et ne seraient plus incorporés dans les sections d'infirmiers. Toutes facilités seront laissées aux étudiants en médecine pour continuer et terminer leurs études.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Un prochain concours doit avoir lieu en vue de concéder une indemnité aux étudiants en médecine et en pharmacie qui, nommés au grade de médecin ou de pharmacien de 2e classe, contracteront un engagement de dix ans dans la marine. L'amiral Aube a fixé cette indemnité à la somme de 880 francs, qui représente le montant des frais occasionnés par la recherche des diplômes universitaires. Le ministre a décidé en outre, par mesure bienveillante, que deux étudiants en pharmacie de chacune des Ecoles de médecine navale de Rochefort et de Toulon, désignés par l'autorité locale parmi les plus méritants, seraient dirigés sur Brest en vue de prendre part au concours pour l'indemnité de 1800 francs.

BIÈRES SALICYLÉES. — Le préfet de police et le procureur de la République ont décidé que les tribunaux auraient à statuer sur les procès-verbaux de constat dressés contre les brasseurs prévenus d'avoir livré des bières salicylées. Jusqu'ici la vente des bières salicylées n'était considérée que comme une contravention à l'arrêté du préfet de police de 1881, et les coupables ne relevaient que du tribunal de simple police. Si les tribunaux jugent que la bière salicylée est malfaisante, le fait d'en avoir livré sera désormais considéré comme un délit. Il est juste de remarquer qu'en 1881 un arrêté interdisant la vente des bières salicylées n'avait été pris par le préfet de police qu'à la suite de trois délibérations du Comité consultatif d'hygiène établissant que l'introduction du salicylate dans la bière était nuisible à la santé. On avait d'abord pratiqué des saisies chez les débitants, il y eut même plusieurs condamnations prononcées; ces industriels se plaignirent, disant que la faute revenait aux expéditeurs qui leur envoyaient la bière salicylée. Pour obvier à cet inconvénient, le préfet de police a donné l'ordre de faire retenir en gare certaines expéditions de bières et de prélever un certain nombre d'échantillons. Si la bière était reconnue salicylée, on en avisait le destinataire, qui restait libre de retirer sa marchandise à ses risques et périls, puisqu'il était prévenu. Si l'expéditeur était Français, le tribunal de simple police le condamnait; si l'expéditeur était de nationalité étrangère, il n'y'avait pas de procédure, puisqu'elle ne pouvait être suivie d'effet à l'étranger.

TRAVAIL DES ENFANTS ET DES FILLES MINEURES EMPLOYÉS DANS L'INDUSTRIE. — D'un rapport officiel adressé à M. le Président de la République sur l'application de la loi du 19 mai 1874 pendant l'année 1885, il résulte que sur tout le territoire français 60 810 établissements ont été visités dans les 21 circonscriptions d'inspection du travail des enfants et des filles mineures employés dans l'industrie. Le nombre des personnes protégées par cette loi tend à décroître; l'emploi des enfants de dix à douze ans disparaît aussi de plus en plus, en raison des difficultés que présente l'organisation du travail de demi-temps et des perfectionnements introduits dans l'outillage; la durée du travail, fixée à douze heures, n'est généralement pas dépassée; de même, les conditions exceptionnelles du travail de nuit, des dimanches et jours fériés sont généralement observées. Par contre, il a fallu sévir contre de nombreux cas de surcharge et de travaux excédant les forces des enfants; si les conditions d'hygiène des locaux où ils travaillent sont généralement assez satisfaisantes dans les grands établissements industriels, il n'en est pas de même dans les petits ateliers, surtout à Paris et dans les grandes villes. En outre, les conditions de sécurité pour le travail manquent souvent; il y a eu, en 1885, 182 accidents d'enfants au-dessous de seize ans, dont plusieurs suivis de mort; beaucoup d'autres ont dû avoir lieu que les industriels se sont efforcés de cacher. Quoi qu'il en soit, les résultats constatés en 1885 sont beaucoup plus favorables que pour les années précédentes; ils témoignent des avantages que l'exécution de cette loi commence à permettre de recueillir.

SECOURS A DOMICILE A PARIS. — Les bureaux de bienfaisance sont, à Paris, chargés de faire parvenir les secours à domicile à une clientèle qui, d'après le recensement de 1883, ne comprend pas moins de 47 627 ménages, composés de 123 324 individus, soit 1 individu environ sur 200 habitants. La somme allouée à chaque arrondissement varie selon le nombre des indigents inscrits au bureau de bienfaisance; elle a une partie fixe, celle qui concerne les frais d'administration des bureaux, et qui est désignée sous le nom de subvention ordinaire; une subvention dite extraordinaire complète l'autre au profit des bureaux de bienfaisance dont les recettes intérieures (dons, collectes, rentes) sont insuffisantes. Elles sont jugées telles quand elles n'atteignent pas pour chaque ménage indigent la somme moyenne de 30 fr. 76. Onze arrondissements sont dans ce cas; il n'y en a que neuf qui aient à se contenter de la subvention ordinaire.

Les différences sont très considérables entre les bureaux de bienfaisance au point de vue de leurs ressources intérieures. Le IXe arrondissement, le mieux doté à ce point de vue, reçoit pour ses indigents plus de 100 000 francs chaque année; la moyenne exacte, depuis trois ans, a été de 104 540 francs; le XIVe, le moins favorisé, n'a reçu au contraire que 21 373 francs, et cette différence serait plus sensible encore si l'on tenait compte de la proportion numérique des indigents. Tandis que le IXe dispose pour chacun d'eux de 89 fr. 72, le XIVe n'a que 12 fr. 33, et le XIIIe moins encore, 9 fr. 64. Les quêtes sont naturellement moins fructueuses dans les arrondissements les plus pauvres, et la nécessité est évidente d'une subvention extraordinaire qui compense cette infériorité; d'ailleurs, les quêtes ne cessent de donner un revenu de plus en plus faible et insuffisant; en trois ans, de 1881 à 1883, elles ont baissé de 105 751 francs; il y a eu, en 1884, une nouvelle baisse de 38 090 fr. 51. L'administration de l'Assistance publique met encore à la disposition des bureaux de bienfaisance d'autres sommes dont la destination est réglementairement fixée, et dont le chiffre est proportionnel au nombre des destinataires. Aux vieillards et aux infirmes sont attribués, pour la ville entière, 14 000 secours, dont 8000 de 10 francs par mois, 4000 de 20 francs, 2000 de 30 francs, ces derniers étant considérés comme représentatifs du séjour à l'hospice, où la place fait défaut. La somme affectée à ces divers secours mensuels est de 2 668 800 francs par an. Aux malades à domicile, qui ne peuvent tous trouver place à l'hôpital, une somme de 1 168 700 francs est allouée : aux accouchées, 517 300 francs; aux ménages chargés d'enfants et à divers secours individuels, 250 000 francs. Ajoutez 60 200 francs pour primes de vaccination et 125 000 francs, pris sur les revenus de la fondation Montyon, pour secours aux convalescents traités, soit à l'hôpital, soit à domicile, pour les aider à vivre jusqu'à ce qu'ils aient trouvé du travail, et vous aurez le chiffre total des secours à domicile pour l'année courante, soit 7 171 650 francs.

Les arrondissements qui présentent le chiffre le plus élevé d'indigents inscrits sont : le XXe, qui en a 15 750; le XVIIIe, 13 453; le XIe, 12 269; le XIIIe, 11 353; le XIXe, 11 227; les nombres s'abaissent ensuite progressivement jusqu'aux Ier, VIIIe, IIe, qui n'en ont plus que 1500. Malgré les efforts de l'administration pour répartir également les ressources de l'Assistance, les arrondisse-

ments du centre subviennent plus abondamment aux besoins de leurs indigents. Dans le VIIIe, par exemple, la moyenne annuelle des secours par tête d'indigent est de 95 fr. 27, moyenne qui descend à 78 fr. 93 dans le IXe, à 68 fr. 41 dans le IIe, pour se réduire à 29 fr. 35, à 27 fr. 70, à 25 fr. 96 dans les XIe, XIIIe et XXe. Mais la différence provient, comme il a été expliqué, des libéralités des arrondissements eux-mêmes.

PELADE. — Au 122e régiment de ligne, caserné à Montpellier, plusieurs cas de pelade ont été récemment observés. Ils étaient dus à l'usage d'anciens képis, ayant appartenu autrefois à des hommes atteints de cette affection et qui n'avaient pas été désinfectés. L'administration militaire s'est empressée d'en ordonner l'incinération.

CHOLÉRA. — L'épidémie cholérique de 1886 continue à s'étendre en Italie, dans le sud de l'Autriche et en Dalmatie, le long de l'Adriatique. Un certain nombre de villages de la province de Naples et de la Lombardie ont été atteints dans ces derniers jours et la maladie semble se rapprocher des frontières françaises où elle a repris une nouvelle intensité à Coni, dans le Piémont. Par contre, elle diminue à Trieste et à Fiume, mais en gagnant les confins de l'Herzégowine. On estime qu'elle a fait jusqu'ici près de 2000 victimes en Italie et en Autriche.

SANG DANS LES RACES HUMAINES. — Au Congrès de Nancy, M. le docteur Maurel a communiqué les résultats des recherches qu'il a entreprises sur le nombre des hématies et des leucocytes que contient le sang des diverses races humaines. Les différences observées se résument comme suit : la race noire paraît avoir le nombre d'hématies le plus considérable (5 112 256 les noirs de la Guadeloupe), puis viennent les Indo-Européens (5 000 000 les Européens et 5 008 222 les Hindous), ensuite les Jaunes (4 474 751 les Khmers, 4 334 861 les Chinois et 4 238 731 les Annamites); le chiffre des Khmers est intermédiaire aux deux peuples dont ils proviennent, les Hindous et les Jaunes, se rapprochant beaucoup plus de ces derniers par ce caractère comme par les autres ; le même fait est encore plus marqué pour les leucocytes ; sous le rapport de cet élément, ce sont les Hindous qui ont les chiffres les plus élevés (5549), puis viennent les Khmers (5519), ensuite les Européens (5000), après viennent les Jaunes (Chinois 4611, Annamites 4123), et en dernier lieu les Noirs (3823).

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A WASHINGTON EN 1887. — Une circulaire vient de faire connaître les dispositions générales adoptées pour le Congrès international des sciences médicales qui doit s'ouvrir à Washington, le 5 septembre 1887.

Le Congrès a lieu sous le patronage de MM. Cleveland, président des États-Unis ; F. Bayard, secrétaire d'État ; J. Sherman, président du Sénat ; Jos. Carlisle, président de la chambre des représentants.

Le bureau du Congrès est formé ainsi qu'il suit : *Président :* M. le docteur Nathan S. Davis, professeur de clinique médicale à Chicago ; *Vice-Présidents :* MM. les docteurs Mac Call Anderson (Glagsow), Annandale (Edimbourg), Dujardin-Beaumetz (Paris), C. H. Golding Bird (Londres), Carl Braun (Vienne), W. Brodie (Detroit), W. W. Dawson (Cincinnati), T. M. Dolan (Halifax), Erichsen (Londres), Fraser (Edimbourg), J. A. Grant (Ottawa), J. A. S. Grant-Bey (Le Caire), Gurserow (Berlin), Hebra (Vienne), E. Klein (Londres), baron H. Larrey (Paris), Mac Cormac (Londres), Macleod (Glasgow), Mac Grew (Honolulu), Moore (Rochester, New-York), Von Mosengeil (Bonn), Müller (Berlin), W. Murrell (Londres), Phillips (Londres), Richard Quain (Londres), Richardson (Nouvelle-Orléans), Ricord (Paris), Burdon Sanderson (Oxford), Sayre (New-York), Semmola (Naples), Servais (Anvers), Toner (Washington), Unux (Hambourg), Winckel (Dresde), le président de l'Association médicale américaine et le chirurgien en chef de l'armée et de la marine des États-Unis ; *Secrétaire général :* le professeur John B. Hamilton (Chicago) ; *Trésorier :* le docteur Arnold (New-Port, Rhode Island) ; *Président du comité des finances :* M. le docteur Duglison (Philadelphie) ; *Président du comité exécutif :* M. le docteur Henry H. Smith (Philadelphie) ; *Président du comité d'organisation :* M. le docteur Garnett (Washington) ; *Secrétaires :* MM. les docteurs Atkinson (Philadelphie) et Harrison (Washington).

Le Congrès sera divisé en 18 sections : 1° Médecine générale, *Président :* docteur Arnold (Baltimore) ; 2° Chirurgie, *Président :* docteur Briggs (Nashville) ; *Vice-Président :* docteur Tilanus (Amsterdam), docteur Hingston (Montréal) ; 3° Chirurgie et hygiène militaire et navale, *Président :* docteur Smith (Philadelphie) ; *Vice-Président :* docteur Warren bey (Egypte) ; 4° Obstétrique, *Président :* docteur de Laskie Miller (Chicago) ; *Vice-Présidents :* docteur Braun (Vienne), docteur Budin (Paris), docteur Galabin (Londres) ; 5° Gynécologie, *Président :* docteur Harrison (Virginie) ; *Vice-Président :* docteur Gray (Castlwellan, Irlande) ; 6° Thérapeutique et matière médicale, *Président :* docteur Terrill (San Francisco) ; 7° Anatomie, *Président :* docteur Pancoast (Philadelphie) ; 8° Physiologie, *Président :* docteur Callender (Nashville) ; 9° Pathologie, *Président :* docteur Palmer (Ann Arbor, Michigan) ; 10° Maladies des enfants, *Président :* docteur Lewis Smith (New-York) ; *Vice-Présidents :* docteur Day (Londres), docteur Cadet de Gassicourt (Paris), docteur Grancher (Paris), docteur Henoch (Berlin), docteur E. Smith (Londres), docteur West (Londres) ; 11° Ophthalmologie, *Président :* docteur Williams (Cincinnati) ; 12° Otologie, *Président :* docteur Jones (Chicago) ; 13° Laryngologie, *Président :* docteur Daly (Pittsbourg) ; 14° Dermatologie et syphilis, *Président :* docteur Robinson (New-York) ; *Vice-Président :* docteur Thin (Londres) ; 15° Hygiène publique et internationale, *Président :* docteur Joseph Jones (New-York) ; *Vice-Présidents :* docteur Richardson (Londres), M. John Simon (Londres), docteur Tudichnm (Londres) ; 16° Climatologie médicale, *Président :* docteur Gibson ; *Vice-Président :* docteur Chervin (Paris) ; 17° Médecine psychologique, *Président :* docteur John P. Gray (New-York) ; *Vice-Président :* docteur Althaus (Londres) ; 18° Chirurgie des dents et des oreilles, *Président :* docteur Taft (Ann Arbor, Michigan).

Le Congrès se composera des personnes exerçant régulièrement la profession médicale qui auront demandé des billets d'admission et de tous hommes de science qui auront sollicité leur entrée du Comité exécutif. Le livre pour l'enregistrement des membres sera ouvert à partir du 1er septembre 1887, de neuf heures du matin à cinq heures du soir. Toute personne désireuse de se faire inscrire à l'avance doit le demander par lettre au secrétaire général, en même temps qu'elle adressera sa cotisation ; celle-ci s'élève à 10 dollars pour les personnes résidant aux Etats-Unis ; l'admission est gratuite pour tous les étrangers. Chaque membre recevra un exemplaire du volume des *Transactions*.

La circulaire énumère les dispositions ordinaires pour la tenue des séances, l'envoi des résumés des travaux présentés avant l 30 avril 1887. Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français et l'allemand ; les travaux et mémoires seront imprimés dans la langue parlée par l'auteur ; les discussions seront imprimées en anglais.

Toutes les communications doivent être adressées à M. le docteur John B. Hamilton, secrétaire général du 9e Congrès international des sciences médicales, à Washington, district de Colombie (Etats-Unis), et tout ce qui concerne la tenue générale du Congrès à M. le docteur Henri H. Smith, président du Comité exécutif à Philadelphie, Pensylvanie (Etats-Unis) ; les communications et questions relatives aux sujets spéciaux à chacune des sections doivent être transmises au président de la section.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session ordinaire à Paris les 27 et 28 octobre prochain à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois. Les membres de la Société qui désirent faire une communication dans cette session, sont priés de vouloir bien en prévenir M. le secrétaire et lui adresser leurs mémoires avant le 27 septembre, rue d'Amsterdam, 72 *bis*. Les communications doivent être faites ou écrites en français.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boinet, membre honoraire de la Société de chirurgie, officier de la Légion d'honneur. Notre vénéré confrère avait été l'un des premiers à étudier les procédés opératoires et les indications de l'ovariotomie. Ses travaux sur l'iode et l'iodothérapie sont connus de tous. M. Boinet a plusieurs fois collaboré au *Dictionnaire encyclopédique* et à la *Gazette hebdomadaire*. — Nous avons aussi le regret d'annoncer les décès de M. le docteur James Goodchild Wakley, éditeur du journal *The Lancet* depuis la mort de son père, en 1862 ; de M. le docteur Charles Ewans, à Bakewell, et de M. le docteur Ch. Chadwich, à Londres.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

6716. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

BULLETIN

Académie de médecine : Résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe, par M. Chauvel. — Le surmenage intellectuel dans les pensionnats de jeunes filles : MM. Dujardin-Beaumetz et Lagneau.

Le remarquable succès obtenu par M. le docteur Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, nous engage à appeler l'attention des chirurgiens sur les avantages que peut présenter, dans des cas où trop souvent encore on n'hésite pas à pratiquer l'amputation de la jambe, une opération dont les résultats sont des plus encourageants. Il s'agit de la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe, modification qui donne au cou-de-pied une grande solidité, prévient la mobilité latérale de l'article, et rend possibles les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe. M. Polaillon qui, en 1881, avait pratiqué une opération de ce genre, avait si bien réussi, qu'au bout de sept mois son blessé faisait aisément 6 kilomètres chaque jour, son pied n'étant maintenu que par une simple bottine. Déjà M. Richet, en 1874, puis M. Desmons en 1879, avaient pu s'assurer de leur côté que l'ostéoclasie du péroné facilitait, dans les cas de fracture compliquée de l'articulation tibio-tarsienne, la réduction du déplacement, et que la conservation de la malléole externe paraissait toujours avantageuse. La nouvelle observation de M. Chauvel vient confirmer ce qui avait été dit avant lui à ce sujet. Il s'agissait d'une fracture de la jambe droite compliquée d'une plaie laissant à découvert la malléole interne, brisée en plusieurs endroits. Les tentatives de réduction avaient été inefficaces. Il existait de la fièvre, des douleurs, de la lymphangite avec adénopathie crurale. Le péroné était fracturé à 10 centimètres au-dessus de la malléole externe *restée saine* et fortement déjetée en dehors. L'axe du pied était donc refoulé en dehors, et les mouvements du pied restaient impossibles. La suppuration était sanieuse. M. Chauvel temporisa quelque temps en s'efforçant de combattre, à l'aide de pansements et de pulvérisations phéniquées, les phénomènes d'inflammation putride qui entretenaient la fièvre. Un mois après l'accident, il pratiqua la résection tibio-tarsienne, enlevant avec la curette tranchante toutes les parties atteintes d'ostéo-myélite et excisant les fragments du tibia fracturé. Mais cette opération ne permit pas la réduction; les fragments du péroné, solidement maintenus, ne rendaient pas facile le relèvement de la malléole externe. Au lieu de remonter jusqu'à la fracture du péroné et d'opérer dans des tissus contus, l'habile chirurgien dénuda le péroné immédiatement au-dessus de son apophyse inférieure, et en réséqua plus de 4 centimètres. La réduction se fit alors; le membre fut placé dans une gouttière plâtrée et recouvert d'un pansement phéniqué ouvert. Cette opération fut suivie d'un excellent résultat. Vingt mois après la résection, le capitaine X... put reprendre son service militaire à pied comme à cheval. On put constater une reproduction partielle de la malléole tibiale, et s'assurer que le pied, solidement enclavé dans la mortaise nouvelle, avait recouvré une grande partie de ses mouvements de flexion et d'extension. Seuls les orteils n'ont pu reprendre tous leurs mouvements d'extension. Il en résulte un changement dans les points d'appui sur le sol, le pied s'appuyant par les faces plantaires du troisième et du cinquième orteil en même temps que par la face interne et inférieure du gros orteil, légèrement subluxé en dehors.

M. Chauvel a fait remarquer que, dans ce cas particulier, la résection primitive du tibia avait été une opération de nécessité. Il vaut mieux, comme le recommande M. Polaillon, s'attaquer d'abord au péroné quand on opère sur des lésions anciennes et que les os sont soudés et les fractures consolidées dans une position vicieuse; mais, lorsque l'étendue des lésions ne peut être d'avance exactement précisée, on est bien forcé de réséquer d'abord le foyer de la fracture tibiale. L'obstacle à la réduction après cette première opération a été la solidité des attaches du péroné au ligament interosseux. C'est pourquoi il a paru nécessaire de réséquer le péroné à la base de son apophyse maxillaire; c'est pourquoi aussi, dans les observations de ce genre, l'ostéotomie semble préférable à l'ostéoclasie. En résumé, la note lue à l'Académie par M. Chauvel pose avec une grande précision de nouvelles indications qui, dans certains cas de fracture compliquée du cou-de-pied, permettront d'éviter l'amputation et de conser-

ver sinon l'intégrité absolue des mouvements, du moins un état compatible avec la marche et tous les exercices que nécessite le service militaire. Des succès de ce genre méritent une mention spéciale.

— Nous avions fait remarquer il y a quelques mois (30 avril 1886, p. 285) tout l'intérêt que présentait une communication faite par M. Lagneau à l'Académie des sciences morales et à l'Académie de médecine sur le surmenage intellectuel imposé par les règlements universitaires. Mardi dernier, M. Dujardin-Beaumetz, depuis longtemps chargé de diriger le service médical dans un certain nombre d'établissements scolaires et en particulier à l'École normale supérieure du département de la Seine, est venu montrer l'influence désastreuse qu'exerce aussi sur la santé des jeunes filles le travail excessif auquel on les condamne. A l'occasion des arguments défendus par notre savant confrère et des réflexions que son travail si autorisé a provoquées de la part de MM. Lagneau, Rochard et Larrey, nous ne pouvons qu'insister encore sur la nécessité d'appeler de plus en plus énergiquement l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'une réforme. Sans doute la routine est et restera longtemps encore bien puissante. Nous pourrions citer des faits qui prouvent que, malgré les circulaires ministérielles et les recommandations des inspecteurs, le régime scolaire ne s'améliore que très lentement dans nos lycées. N'est-ce pas une raison de plus pour faire connaître aux chefs de nos établissements universitaires les responsabilités qu'ils assument en ne veillant pas, avec plus de sollicitude, sur la santé des enfants qui leur sont confiés? Et ne serait-il pas utile de résumer dans une brochure qui pourrait être largement distribuée les arguments qui se déduisent des faits et des observations apportés à la tribune de l'Académie et, comme l'a fait remarquer M. Larrey, trop rapidement oubliés?

DERMATOLOGIE

Du lichen et du prurigo.

I

Je n'ai nullement l'intention de faire une étude approfondie des diverses dermatoses que l'on a décrites sous les noms de *lichen* et de *prurigo*. Je voudrais seulement rechercher quelle est la signification précise de ces mots à l'heure actuelle, et je ne crois pas que ce soit une question oiseuse, ainsi qu'on en va juger. Ce qui suit montrera aussi pourquoi j'ai été obligé à mon grand regret et malgré mon désir de simplifier, de traiter dans un même article de ces deux groupes morbides.

Willan et Bateman, puis après eux Biett, Cazenave et Schedel, Rayer, Devergie, etc., désignaient sous le nom de *lichen* des dermatoses caractérisées à leur période d'état par des papules agglomérées ou discrètes, plus ou moins prurigineuses, et s'accompagnant à une certaine période de leur évolution d'un épaississement de la peau avec exagération de ses plis naturels. Ainsi compris, le lichen renfermait de nombreuses espèces pour la connaissance approfondie desquelles je renvoie soit au nouvel ouvrage de MM. Hillairet et Gaucher, soit à l'article de M. le docteur E. Vidal (*Annales de dermatologie*, du 25 mars 1886).

Sous le nom de *prurigo* les mêmes auteurs désignaient des éruptions de papules assez volumineuses, isolées, s'accompagnant de démangeaisons fort vives, et couronnées d'une croûtelle noirâtre provenant d'excoriations produites par le grattage. Il semble donc, au premier abord, que les dermatoses rangées dans l'ancien groupe *prurigo* soient assez faciles à distinguer de celles qui formaient l'ancien groupe *lichen*, et qu'elles en différaient par les caractères suivants : papules plus volumineuses, à sommet d'ordinaire excorié, très prurigineuses, n'ayant pas de tendance à se réunir en groupes, à former des placards. C'est ainsi du moins que l'ont compris beaucoup de dermatologistes, M. le professeur Hardy en particulier. Malheureusement tous n'ont pas apporté une semblable rigueur dans leurs descriptions. Si nous nous reportons en effet à l'ouvrage de Cazenave et Schedel, inspiré par Willan et Biett, nous y trouvons le passage suivant : « Dans quelques circonstances, que l'on rencontre assez fréquemment, surtout chez les vieillards et chez les enfants débilités, le *prurigo mitis* ou *formicans* persiste deux ou trois ans, quelquefois même indéfiniment : il devient général; les papules sont dures, très larges, très saillantes; l'éruption, accompagnée d'un épaississement de la peau souvent très considérable, présente de temps en temps des exacerbations très vives, dans lesquelles les papules deviennent comme confluentes; la peau, dans une surface souvent fort étendue, se tuméfie, s'enflamme : elle se couvre accidentellement de vésicules, de pustules, de furoncles, etc. » (voy. Cazenave et Schedel, p. 350). Comment alors, je le demande, arriver à différencier les lésions dont on vient de lire la description de l'affection à laquelle les anciens dermatologistes donnaient le nom de *lichen agrius*? Je suis pour ma part convaincu que dans beaucoup de cas il devait être à peu près impossible au lit du malade de porter avec quelque certitude en présence de faits semblables le diagnostic de *prurigo formicans* ou celui de *lichen agrius*. C'est là une première confusion fort importante commise par les Willanistes et dont nous verrons bientôt les conséquences.

Les deux groupes *lichen* et *prurigo* dont nous venons de donner la définition succincte étaient fort mal constitués, et formés d'éléments disparates. Dans le *lichen* on trouvait rangées côte à côte des lésions fort peu comparables entre elles, telles que le *lichen pilaris* par exemple et le *lichen agrius*. Le prurigo renfermait des maladies paraissant être essentielles, telles que le *prurigo mitis* et *formicans*, des éruptions symptomatiques de parasites ou d'affections générales, enfin des névroses cutanées sans lésions des téguments.

Des espèces morbides aussi mal établies ne pouvaient résister à la critique : aussi la réaction ne se fit-elle pas longtemps attendre. Dans son grand ouvrage sur les maladies de la peau, Hebra proteste contre la conception du lichen telle que l'a créée Willan ; il déclare ne pouvoir comprendre qu'une affection quelconque du tégument (eczéma papuleux, lésions ortiées, lésions pilo-sébacées, etc...) doive être rangée dans un seul et même groupe, le *lichen*, par cela seul qu'elle s'accompagne à un moment de son évolution d'une formation de papules. On ne doit, d'après lui, désigner sous le nom de lichen que des dermatoses « qui ne sont pas simplement accompagnées de la formation de papules, mais qui sont aussi caractérisées parce qu'elles ont leur origine dans un processus morbide défini et ne subissent aucune métamorphose pendant toute sa durée ». Son élève Kaposi s'exprime en ces termes dans ses leçons sur les maladies de la peau : « On ne doit entendre par lichen que cette maladie

dans laquelle on trouve des papules qui ont une forme typique, et qui persistent pendant tout le cours de l'affection sans jamais se transformer en efflorescences d'un degré supérieur, telles que vésicules ou pustules, mais accomplissent leur évolution comme papules. » Partant de ce principe si nettement posé, l'école de Vienne a fait table rase de presque tout l'ancien groupe lichen. « Parmi les cinq espèces de lichen décrites par Willan, il y a deux variétés d'eczéma (*lichen agrius* et *lichen tropicus*), une affection aiguë de la peau (*L. simplex*), et deux maladies différant essentiellement, quant à leur nature, des autres (*L. pilaris* et *L. lividus*) » (Hebra, *Traité des maladies de la peau*, trad. Doyon, t. I, p. 456). Le *lichen lividus* est pour Hebra une variété de *purpura*; le *lichen pilaris* doit être rangé à côté de la sclérodermie. Il est vrai qu'il ne nous dit point ce qu'il fait du *lichen simplex*. Nous verrons plus loin quelles paraissent être actuellement les idées de l'école allemande à cet égard. Il ne subsiste donc rien du lichen de Willan dans l'œuvre du dermatologiste viennois.

L'ancien groupe prurigo a été un peu plus favorisé. Si l'on se reporte en effet au chapitre XXI de l'ouvrage de Hebra (p. 681 de la traduction Doyon), chapitre dans lequel il traite du prurigo, on voit que cet auteur déclare fort justement qu'il y a plusieurs ordres de faits bien distincts dans l'ancien prurigo de Willan : « 1° une maladie cutanée spéciale, caractérisée par un prurit intolérable et par le développement de petites papules ayant la même coloration que la peau saine ou seulement d'une nuance plus rouge, forme correspondant aux descriptions de Willan du *prurigo mitis* et *formicans*; 2° l'irritation qu'on observe si souvent dans la vieillesse sans aucune modification appréciable, *prurigo senilis*; 3° cette même sensation que l'on éprouve souvent dans différentes affections et dans diverses parties du corps, prurigo de l'ictère, de l'albuminurie, etc., *prurigo podicis*, *genitalium*, etc.; 4° enfin cet état du tégument qui est caractérisé par de nombreuses excoriations dans différentes parties du corps occasionnées par les grattages violents et réitérés du malade et tenant à la présence de divers parasites... Or, de ces quatre affections, la première seule mérite d'être appelée une maladie de la peau dans le sens strict du mot. Car ce n'est que dans le *prurigo mitis* et *formicans* que des changements morbides dans les tissus tégumentaires précèdent et causent la démangeaison..... Il serait préférable de se servir de la vieille expression de *pruritus cutaneus* pour les trois dernières de ces conditions morbides... En somme il considère seulement comme *prurigo* la maladie que Willan appelait *P. mitis* et *formicans*. »

Nous ne discuterons pas ici le bien-fondé d'une réforme de langage aussi radicale. Hebra a eu certainement raison de séparer une affection qu'il considérait comme essentielle de lésions symptomatiques d'états morbides fort divers. Mais ce que nous voulons bien mettre en relief, c'est que le prurigo de Hebra n'est, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, que le *prurigo mitis* et *formicans* de Willan, Biett, Cazenave et Schedel. Dans la courte description qu'en donnent ces deux derniers auteurs et que nous avons reproduite plus haut, on retrouve tous les grands traits de la dermatose dont le médecin de Vienne a fait une étude si magistrale. Ce n'est donc pas lui qui a créé ce type morbide : seulement il l'a mieux étudié que ses prédécesseurs. Je soutiens de plus que cette dermatose ne mérite guère le nom de prurigo si l'on s'en tient au sens strict du mot : le nom de prurigo n'a été donné en effet à l'origine qu'à des lésions cutanées caractérisées par d'assez grosses papules isolées, excoriées au sommet, ne formant jamais de larges plaques par confluence. Ici, nous sommes en présence d'une affection bien définie qui commence par des lésions isolées, urticaire, papules de prurigo, de *strophulus pruriginosus*, c'est vrai, mais qui arrive ensuite à constituer de larges plaques au niveau desquelles la peau est épaissie, excoriée et ressemble tout à fait, d'après l'aveu même de Hebra, à des placards d'eczéma, nous dirions avec beaucoup plus de raison à des placards de ce que les anciens auteurs appelaient le *lichen agrius*. Le dermatologiste de Vienne a compris qu'il ne pouvait ici appliquer les principes qu'il avait formulés à propos du lichen, lorsqu'il déclarait qu'il ne fallait appeler lichen que des dermatoses qui ne sont pas simplement accompagnées de la formation de papules, mais qui sont aussi caractérisées parce qu'elles ont leur origine dans un processus morbide défini, et ne subissant aucune métamorphose pendant toute sa durée. Il avait besoin de cette formule commode pour supprimer d'un trait de plume tout le groupe lichen.

Quand au contraire il s'est trouvé en présence de l'affection vraiment bien définie à laquelle Willan et Bateman ont donné le nom de *prurigo mitis* et *formicans*, affection protéiforme qui commence en strophulus ou prurigo et qui se continue en *lichen agrius* ou eczéma lichénoïde, Hebra a été fort embarrassé. Il ne pouvait plus trouver ici « un élément morbide défini, ne subissant aucune métamorphose pendant toute sa durée », du moins au point de vue macroscopique. Pour ne pas être obligé d'en revenir à l'ancienne acception du mot de lichen, ne voulant pas d'autre part en faire purement et simplement de l'eczéma, ce qui cependant aurait mieux cadré avec sa méthode dermatologique, il a adopté pour désigner cette dermatose le mot de *prurigo*, mais en en viciant complètement la signification première. « Pour bien comprendre, dit-il, l'affection que je viens de définir, il ne suffit pas de considérer *certains symptômes qui surviennent pendant son évolution*, comme l'indique Willan, *en faisant de l'éruption papulaire qui saute aux yeux, le signe pathognomonique du prurigo*. Il faut prendre en considération TOUS *les phénomènes morbides qui se manifestent successivement, et les changements qui ont lieu dans diverses parties des téguments.* » Nous ne pouvons que féliciter l'auteur allemand de s'élever jusqu'à la conception de la maladie, et de tenir compte pour la comprendre non pas seulement d'un élément éruptif, mais de l'évolution totale de l'affection. Comment ne pas être frappé toutefois des dangers que présente une pareille manière de fausser l'acception de termes ayant déjà un sens précis?

En résumé, pour les Allemands, l'ancien lichen n'existe pas.

Le mot de *lichen* est réservé pour désigner deux affections, bien distinctes comme nature l'une de l'autre, mais se manifestant toutes les deux pendant tout le cours de leur évolution par des éléments papuleux isolés ou confluents ; ce sont : 1° le *lichen scrofulosorum* ; 2° le *lichen ruber*.

Le mot *prurigo* ne doit plus désigner ce que l'on désignait autrefois sous ce nom, mais une maladie *sui generis*, à allures spéciales, que Willan avait dénommée *prurigo mitis* et *formicans* et que Hebra appelle simplement le *prurigo*.

Telle est la réforme radicale accomplie par l'école de Vienne, réforme qui a été accueillie soit en entier, soit en partie par presque tous les dermatologistes contemporains.

Ce qui précède montre qu'elle n'est pas à l'abri de toute critique. Notre excellent et très honoré maître, M. le docteur E. Vidal, vient de faire entendre une première protestation.

D'après lui, Willan et ses élèves ont eu tort de faire deux groupes distincts du lichen et du prurigo. « Quand on jette un regard d'ensemble sur les affections que l'on a désignées sous ces noms, on voit qu'à part le volume des papules, les caractères distinctifs sont à peu près les mêmes dans tous les cas... Aussi pourrait-on dire que le prurigo est un gros lichen, ou le lichen un petit prurigo. » Il adopte comme définition du lichen celle que Bazin en a donnée : « une affection cutanée caractérisée dans sa période d'état par la présence de papules particulières (à particulières je propose de substituer : *plus ou moins grosses*), agglomérées ou discrètes, envahissant une surface plus ou moins étendue, et s'accompagnant, à une certaine période de leur existence, d'une hypertrophie des papilles avec exagération des plis naturels de la peau. » Il fait remarquer que cette définition, avec la modification qu'il y a introduite, s'applique tout aussi bien au prurigo qu'au lichen. Si l'un des termes doit être supprimé, ajoute-t-il, c'est celui de prurigo qui est moins précis : aussi croit-il devoir réunir sous la dénomination de lichen toutes les affections décrites dans les auteurs soit sous le nom de lichen, soit sous celui de prurigo.

Il convient d'ajouter que M. le docteur E. Vidal conserve le nom de prurigo pour désigner les prurigos symptomatiques soit de maladies générales, soit de parasites, éruptions qui sont caractérisées par des papules excoriées. Sa synthèse porte sur les prurigos regardés comme des affections essentielles sur les *prurigo mitis* et *formicans*, *prurigo ferox*.

Le dermatologiste de Saint-Louis reprend donc en les modifiant légèrement les idées de la vieille école française. Il n'admet pas que l'on puisse supprimer l'ancien groupe lichen. Pour lui, ce groupe répond à une réalité, et l'on ne peut ranger dans l'eczéma ni le *lichen simplex*, ni le *lichen agrius*. Voici comment il le comprend.

Il le divise d'abord en deux grandes variétés : I. le *lichen simplex*; II. le *lichen polymorphe*.

I. Le *lichen simplex* se subdivise lui-même en :

1° *Lichen simplex aigu*, caractérisé par une éruption de petites papules disséminées et qui dure de trois semaines à un mois.

2° *Lichen simplex chronique*, dans lequel il se forme des plaques au niveau desquelles la peau est épaissie, rugueuse, inégale ; sa durée est des plus longues.

II. Sous le nom de *lichen polymorphe*, M. le docteur E. Vidal désigne « une forme de lichen grave caractérisée par ce fait que l'éruption n'est pas toujours sèche, mais qu'elle peut s'enflammer, suinter, se recouvrir de croûtes; c'est le *lichen agrius* des anciens. » Il en distingue les deux sous-variétés suivantes :

1° *Lichen polymorphe mitis*, qui survient chez les individus prédisposés à la suite d'irritations répétées, comme chez les épiciers, les maçons, les blanchisseuses, etc.

3° *Lichen polymorphe ferox*, qui n'est autre chose que le *prurigo de Hebra*.

Tel est l'état actuel de la question. En somme on voit que l'on désigne sous le nom de lichen deux groupes bien distincts de dermatose : 1° des affections spéciales décrites depuis peu, de nature peu connue, mais à évolution et à physionomie bien caractérisées et acceptées comme entités morbides distinctes par presque tous les dermatologistes ; ce sont le *lichen scrofulosorum* et le *lichen ruber;* 2° des affections semblant être moins nettes d'allures, les seules que les anciens dermatologistes aient décrites sous le nom de lichen, et auxquelles beaucoup d'auteurs modernes refusent ce nom.

Nous avons donc à étudier :

1° Le nouveau groupe lichen tel qu'il a été établi par l'école allemande, *L. scrofulosorum*, *L. ruber*, et nous aurons surtout à nous expliquer sur la manière dont les médecins de Vienne et de Hambourg (Unna) ont compris cette dernière affection.

2° L'ancien groupe lichen ; nous rechercherons s'il mérite réellement d'être supprimé, s'il faut, au contraire l'admettre de nouveau avec quelques modifications, ainsi que le veut M. le docteur E. Vidal.

L. Brocq.

(*A suivre*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Du son tympanique dans la pneumonie. Communication faite au Congrès de Nancy, par M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de cette ville.

I

On sait que dans la pneumonie, lorsque le lobe inférieur d'un poumon est hépatisé, la percussion de la région sous-claviculaire au niveau du lobe supérieur donne souvent un son tympanique. Il en est de même dans l'épanchement pleurétique qui remplit la région postéro-inférieure d'une cavité pleurale ; la percussion au-dessus et en avant de l'épanchement, sur la région sous-claviculaire, donne aussi un son tympanique.

C'est ce qu'on appelle à tort *son skodique*, du nom de Skoda, qui a signalé le phénomène, mais ne l'a pas découvert, car il est mentionné, au moins dans la pleurésie, par Avenbrugger, l'inventeur de la percussion.

L'interprétation généralement admise de ce tympanisme, que j'ai moi-même exposée dans mes leçons cliniques, est la suivante :

A l'état normal le parenchyme pulmonaire est tendu dans la cavité pleurale, attiré contre la paroi thoracique par le vide virtuel intrapleural.

Si l'on ouvre la plèvre, la pression atmosphérique devenant égale des deux côtés, le poumon obéit à sa rétractilité physiologique, et diminue de volume ; il se relâche.

Or, le son du poumon relâché, du poumon revenu sur lui-même, sur la table de l'amphithéâtre, est un son tympanique; tandis que le son du poumon tendu tel qu'il est normalement dans le thorax est clair, profond, mais non tympanique.

Pourquoi cette différence ? Parce que dans le dernier cas la percussion met en vibration non seulement l'air contenu dans les alvéoles, mais encore le tissu solide du parenchyme pulmonaire lui-même. De l'ensemble de ces vibrations hétérogènes résulte un son plus ou moins clair, mais ce son n'est pas tympanique.

Lorsque au contraire le poumon est revenu sur lui-même, son tissu relâché ne vibre plus ou vibre moins, comme une corde trop peu tendue ; l'air vibre en quelque sorte seul dans cette masse spongieuse lâche, comme si les cloisons alvéolaires n'existaient pas, comme s'il n'y avait qu'une grande cavité aérienne ; les vibrations sont presque exclusivement

gazeuses; elles sont homogènes. De là, un son plus pur, plus musical, un son tympanique.

Or, dans la pneumonie, comme dans la pleurésie, qu'arrive-t-il? Dans la première, le lobe inférieur hépatisé augmente considérablement de volume; ce lobe tuméfié envahit, je suppose, les trois quarts de la cavité pleurale et diminue d'autant la place réservée au lobe supérieur; celui-ci alors peut obéir à sa rétractilité physiologique et revient sur lui-même. Il en est de même si les trois quarts de la cavité pleurale sont occupés par du liquide; le poumon se rétracte. Et c'est parce que le tissu pulmonaire est rétracté et relâché, qu'il donne un son tympanique.

Ce son tympanique offre d'ailleurs des variantes; il est *ample*, c'est-à-dire de longue durée, ou *bref*, c'est-à-dire de courte durée, suivant l'amplitude des vibrations; il est *profond* (grave de ton), ou *élevé* (aigu de ton), suivant la tension et la dimension des colonnes d'air qui vibrent.

Ces différences dans l'amplitude et dans la tonalité du son tympanique sont souvent remarquables à suivre dans l'évolution progressive d'un épanchement pleurétique. Je suppose un épanchement pleurétique qui remonte en avant jusqu'au quatrième espace intercostal. Au-dessus de ce niveau, le poumon rétracté donne un son tympanique ample et profond; ample, parce que l'air en quantité assez grande donne lieu à des vibrations d'assez grande amplitude; profond, parce que les colonnes d'air vibrantes assez longues donnent un son grave, comme les longs tuyaux d'orgue.

L'épanchement augmente graduellement et remonte jusqu'au second espace intercostal. Le son tympanique se concentre alors dans les deux premiers espaces, et en même temps il peut devenir moins ample et plus élevé de ton; moins ample, parce que le poumon, d'abord simplement rétracté, est finalement comprimé par les progrès de l'épanchement; l'air intrapulmonaire qui reste étant moins abondant, les amplitudes vibratoires sont plus petites; le son devient moins ample; en outre, plus élevé, parce que les colonnes d'air plus courtes donnent un son plus élevé, comme les courts tuyaux d'orgue.

A mesure que le poumon continue à être comprimé par le liquide et vidé de son air, l'amplitude du son diminue; son acuité s'élève; il conserve encore sa qualité tympanique, tout en étant très peu ample et très élevé de ton; c'est ce que j'appelle de la *matité tympanique aiguë.* Au premier abord, si l'on percute rapidement et légèrement, le son paraît nul, mat; mais, si l'on percute avec plus de force et de lenteur, on constate sous cette apparence de matité une masse de son musical aigu très net. C'est ce son qu'on trouve parfois dans les épanchements très considérables, au niveau du triangle sterno-claviculaire, dans la seule région où, comme on sait, le poumon reste encore accolé à la plèvre pariétale, accessible à la plessimétrie. Que l'épanchement augmente encore et le poumon comprimé, vide d'air, atélectasié, donnera un son complètement mat. Ainsi *son tympanique, ample et profond, son tympanique moins ample et plus élevé, matité tympanique aiguë, matité franche,* telles sont les dégradations progressives que subit le son pulmonaire sous-claviculaire dans l'épanchement pleurétique. Il en peut être de même dans la pneumonie, si le parenchyme, resté sain et rétracté, diminue progressivement de volume et se vide d'air, comprimé par le gonflement du parenchyme malade. Mais ici cette évolution dans les qualités plessimétriques du son est plus rare parce que les lobes pulmonaires s'hépatisent le plus souvent en masse et rapidement.

D'après ce qui précède, et ceci est généralement admis, le son tympanique existe dans la pneumonie au niveau des portions non hépatisées du poumon. Ajoutons encore qu'on l'observe presque toujours dans les régions sous-claviculaires, alors que le lobe inférieur est hépatisé, tandis qu'on ne l'observe pas en général dans les postéro-inférieures, alors que le lobe supérieur est hépatisé. J'attribue cette différence à ce fait que l'hépatisation du lobe supérieur s'accompagne ordinairement d'engouement, congestion passive ou collatérale du lobe inférieur, partie déclive du poumon, et cette congestion diminuant la capacité des alvéoles et déterminant un exsudat intra-alvéolaire a pour conséquence une diminution de sonorité, une submatité de la base; le lobe supérieur, au contraire, reste plus souvent indemne à côté d'une hépatisation de la base.

II

Ce que je voudrais établir maintenant, c'est que le son tympanique dans la pneumonie peut exister non seulement au-dessus des portions hépatisées, mais *au niveau même* de l'hépatisation. Ce son tympanique peut s'accompagner de vibrations métalliques constituant un bruit de pot fêlé.

Démontrons d'abord le fait:

Obs. I. — B. J..., quarante-deux ans, entre le 16 février 1886 à la clinique le onzième jour d'une pneumonie; il meurt le 17 février au soir, à onze heures. Frisson initial, fièvre continue, dyspnée, crachats vert-olive, visqueux. Voici les signes physiques constatés le 17: sous la clavicule gauche *son tympanique aigu peu ample; au deuxième et au troisième espace, même son, avec pot fêlé;* au quatrième et au cinquième espace, matité. En arrière, matité dans toute la hauteur plus accentuée au sommet. A l'auscultation en avant à gauche, râles trachéaux bronchiques avec sibilances des deux côtés; respiration plus faible à gauche qu'à droite; en arrière, respiration soufflée dans toute la hauteur; râles sous-crépitants dans la moitié supérieure, ainsi qu'à l'aisselle. A droite, sonorité normale. L'autopsie montre *une hépatisation totale* du poumon gauche, compact, granuleux, gris marbré de noir; *la portion du poumon correspondant au son typanique était hépatisée.*

Donc tympanisme au niveau de l'hépatisation; ajoutons que ce tympanisme s'étendait nettement aux trois espaces intercostaux et transversalement du sternum jusqu'à l'aisselle, aussi prononcé vers la ligne axillaire antérieure que vers le sternum. Il ne s'agissait pas de la sonorité trachéale transmise, du son trachéal de Williams; c'était un son tympanique pulmonaire.

Dans les deux observations suivantes, le criterium de l'autopsie fait défaut, mais l'hépatisation des portions tympaniques du poumon est établie par les signes physiques:

Obs. II. — S. C..., vingt-neuf ans, charron, entre à la clinique le 6 février 1886, le sixième jour d'une pneumonie, qui fait sa défervescence du huitième au neuvième jour. Frisson, point de côté au-dessous du sein gauche, expectoration jus de réglisse; température: 39 à 40 degrés. Voici les signes physiques consignés le septième jour: sous la clavicule gauche, *son tympanique aigu, peu ample, avec pot fêlé. Le même son, le même pot fêlé existent aux deuxième, troisième et quatrième espaces* à ce niveau, le son est moins aigu, mais toujours métallique. *En arrière,* du même côté, le *son est peu ample, aigu, avec une nuance métallique* depuis la fosse sus-épineuse jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse; à partir de là, le son devient plus obscur.

A l'auscultation, à gauche et en avant, respiration rude, expiration prolongée, cordes de basse et râles sous-crépitants dans toute la hauteur; plus gros à partir du troisième espace. En arrière, respiration rude, râles secs et sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse; mêmes râles sous-crépitants, avec souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse et vers le creux axillaire; à la base, râles muqueux simples.

Le lendemain, huitième jour, même son tympanique aigu, peu ample, pot fêlé dans les quatre premiers espaces intercostaux antérieurs; en arrière, matité dans toute la hauteur. A l'auscultation, râles sous-crépitants en avant dans toute la hauteur; en arrière, souffle, avec bouffées de râles sous-crépitants dans les fosses sus et sous-épineuse, jusqu'à la base, ainsi que dans l'aisselle.

Ces signes physiques persistent encore quelque temps après la défervescence; le douzième jour, le bruit de pot fêlé, avec son métallique, est encore très net dans les trois premiers espaces

intercostaux ; la respiration à ce niveau est devenue vésiculaire, avec ronchus et sibilances ; quelques râles fins à partir du quatrième espace ; en arrière, des bouffées de râles crépitants qui s'étendent dans les fosses sus- et sous-épineuse, ainsi qu'à l'aisselle.

Il s'agit donc là aussi d'une *hépatisation du lobe supérieur qui a déterminé un son tympanique aigu avec pot fêlé dans les quatre premiers espaces intercostaux.*

Obs. III. — F. P..., terrassier, quarante-sept ans, entre à la clinique le cinquième jour d'une pneumonie, qui fait sa défervescence le neuvième jour. Frisson, point de côté, expectoration gommeuse, dyspnée; température: 39 à 40 degrés. Voici les signes physiques le sixième jour :

A la percussion, en avant, son clair, profond des deux côtés, *tympanique à gauche;* ce son tympanique recouvre la matité précordiale. En arrière, son normal à droite, assez clair dans la fosse sus- et sous-épineuse gauche; matité au-dessous de l'angle de l'omoplate.

A l'auscultation, respiration nette en avant des deux côtés; quelques sibilances. En arrière, respiration nette dans la fosse sus-épineuse, soufflée depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à l'angle; silence respiratoire au-dessous; persistance des vibrations thoraciques.

Le son tympanique coexistant avec une respiration nette sous la clavicule semble indiquer une rétraction du parenchyme non hépatisé, mais les jours suivants la respiration soufflée et les râles crépitants fins en avant et en arrière dans toute la hauteur, indiquent que tout le lobe supérieur est hépatisé, et cependant la sonorité tympanique profonde se maintient dans la région sous-claviculaire.

Il est donc absolument démontré, et notre première observation suffit à l'établir, que le *poumon hépatisé dur et compact peut donner lieu à un son tympanique* grave ou aigu, ample ou peu ample, avec ou sans pot fêlé; d'ordinaire, ce son est peu ample, et c'est pour cela qu'à une percussion superficielle, il est inconnu.

Ce tympanisme est plus fréquent dans les régions sous-claviculaires ; c'est là aussi qu'il acquiert son timbre le plus métallique et peut s'accompagner du pot fêlé. On l'*observe aussi, bien que moins accentué, au sommet postérieur* (observation II). Enfin, *il n'est pas rare au niveau du lobe inférieur hépatisé.* Dans l'observation III, je trouve noté vers l'angle de l'omoplate gauche, un son tympanique profond, peu ample, *son de carton* (*schachtelton* des Allemands), qui se prolonge jusqu'au neuvième espace, où commence la matité complète.

Je me rappelle avoir souvent constaté, à une percussion un peu forte, cette sonorité spéciale, ce son de carton un peu au-dessus de la base du poumon hépatisé. Il suffit que l'attention soit appelée là-dessus, pour que toutes ces nuances de sonorité s'imposent clairement à l'oreille. En percutant rapidement et légèrement, on les méconnaît ou on les néglige ; car, ici comme ailleurs, on ne trouve que ce qu'on cherche, et on est tout étonné, quand on a trouvé si aisément, d'avoir passé journellement à côté du phénomène sans le trouver.

Resterait à interpréter le mécanisme. Dans quelles conditions particulières le poumon hépatisé qui donne habituellement un son mat, souvent absolument mat, *tanquam percussi femoris,* donne-t-il un son tympanique? Est-ce lorsque les grosses et moyennes bronches qui le traversent ne contiennent que de l'air, sans mélange de sécrétion bronchique? Les vibrations aériennes, engendrées par la percussion, seraient transmises à travers le tissu hépatisé, homogène, bon conducteur du son, tandis que la présence de liquide ou d'exsudat solide dans les bronches, diminuant leur contenu aérien et en troublant les vibrations, empêcherait le son de se produire? Je ne sais, j'ai voulu établir seulement le phénomène clinique : le son tympanique dans la pneumonie peut exister au-dessus de l'hépatisation, au niveau du poumon relâché; il peut exister aussi au niveau même du poumon hépatisé; dans les deux cas, c'est surtout, mais non exclusivement, dans la région antérieure et supérieure du thorax qu'on le rencontre.

Physiologie pathologique.

Des contre-indications opératoires des tumeurs mélaniques tirées de l'examen du sang, etc. Note lue au Congrès de Nancy par M. le docteur G. Nepveu, ancien interne, chef du laboratoire de la Faculté, membre de la Société de chirurgie, de biologie, etc.

Le 17 janvier 1874, je présentais à la Société de biologie sous ce même titre une série d'observations qui prouvaient que par l'examen du sang on pouvait savoir si une tumeur mélanique était ou non en pleine généralisation. C'est un fait facile à constater, en faisant, avec la pointe d'une épingle, une piqûre à la pulpe d'un doigt, ou mieux avec l'extrême pointe d'un fin bistouri une incision très petite. On observe que le sang a comme une teinte très légère de noir de fumée ; si l'on vient alors à en porter une goutte sous le microscope, on y reconnaît facilement les caractères suivants :

On y rencontre des granulations mélaniques à l'état libre, des globules blancs devenus en tout ou en partie mélaniques par absorption des granulations libres; on y observe aussi des moules (1) vasculaires très fins puisqu'ils circulent dans les capillaires couverts ou imprégnés de granulations mélaniques.

La courte note que je publiai alors, n'était pas assez détaillée; aussi lorsqu'un de mes amis, M. le docteur Clauzel, me demanda quelques conseils pour le choix d'un sujet de thèse, je l'engageai à prendre ce sujet et à y ajouter quelques nouvelles observations que j'avais recueillies depuis lors (Dr Clauzel, thèse, 17 juillet 1874, Paris).

Depuis cette époque, j'ai eu occasion de voir quelques faits de même nature ; il m'a semblé utile de les publier, car, outre les données primitives qu'ils viennent confirmer, j'ai pu faire de nouvelles remarques très intéressantes, je crois.

Obs. I. — M. le docteur Thomas (de Tours) envoyait il y a quelques années à M. Verneuil un malade fort et robuste qui portait une tumeur de l'aisselle, survenue longtemps après l'extirpation d'une petite tumeur mélanique d'un doigt. Faut-il enlever la tumeur de l'aisselle, telle était la question? M. Verneuil me pria d'examiner le sang de ce malade, j'y trouvai une grande quantité de granulations mélaniques, de leucocytes en partie ou en totalité mélaniques. Toute opération fut interdite, et le malade mourut trois mois après en pleine généralisation.

Obs. II. — M. W..., Alsacien, cinquante-deux ans, homme de forte taille, 1m,90, et de très robuste constitution, remarqua il y a dix-sept ans sous la lunule de l'ongle du médius de la main droite une petite tache noire. Peu à peu cette tache s'étendit en avant jusqu'au bord de l'ongle. Il y a trois ans la lunule s'est légèrement soulevée et a laissé sortir un peu de pus. Son médecin cautérisa l'endroit sans relâche avec le nitrate d'argent, tous les deux ou trois jours pendant six semaines. L'ongle tomba et repoussa rapidement; la tumeur primitive avait complètement disparu. Il y a quinze mois environ, il s'aperçut d'une tuméfaction assez notable dans l'aine, une grosse masse ganglionnaire s'y était développée et arrivait jusque sous la clavicule. Malgré tout il avait bonne santé et bon appétit, et cependant il avait maigri : de 207 livres, il était tombé à 196.

De quelle nature étaient ces masses ganglionnaires, étaient-elles mélaniques comme la tumeur primitive?

L'examen microscopique me fit reconnaître dans le sang une assez grande quantité de leucocytes devenus en partie ou en totalité mélaniques.

M. Verneuil refusa l'opération au malade sous un prétexte plausible : il fallait encore attendre... Quelques mois après il apprenait la mort de M. W... ;

(1) Analogues aux moules fibrineux du rein.

L'observation suivante est la plus intéressante.

Obs. III. — Cl. L..., trente-six ans, placier, remarquait il y a trois ans que l'ongle de son gros orteil droit était incarné; de plus les fongosités qui le recouvraient étaient noirâtres. Ces fongosités et une partie de l'ongle furent enlevées au mois d'octobre 1883, sans que le médecin eût soupçonné l'importance du mal. En juin 1885, les ganglions de l'aine commençaient à s'engorger, et, le 3 février 1886, M. Verneuil enlevait cette énorme tumeur ganglionnaire. Elle avait alors le volume des deux poings. L'opération fut malheureusement incomplète, de petites masses ganglionnaires commençaient à envahir la fosse iliaque; du reste l'examen microscopique du sang fait avant l'opération avait montré que les leucocytes étaient en grand nombre remplis de granulations mélaniques.

L'opéré sortit de l'hôpital le 25 février 1886. Sa plaie n'acheva de se fermer que vers la fin de mai. Auparavant, il avait eu un érysipèle (érysipèle d'inoculation) parti de la plaie opératoire à la suite d'un pansement fait avec quelque brusquerie par son médecin. Le soir même il avait eu 40 degrés de température.

Actuellement la cicatrice est belle, le malade bien portant, il revient du reste de Saint-Malo, où l'air de la mer lui a fait le plus grand bien; il y retourne, car les chaleurs le fatiguent beaucoup, et il se plaint de maux d'estomac depuis son retour à Paris.

Le néoplasme, qui était un sarcome mélanique, est en pleine récidive, les ganglions iliaques sont très tuméfiés, la cicatrice inguinale est très belle, la compression des gros vaisseaux par les ganglions iliaques a produit un peu d'œdème du membre et une légère tension désagréable.

La santé générale s'est améliorée, Cl... pesait 105 kilogrammes avant l'opération, après l'opération son poids tombait à 83 kilogrammes, actuellement il est remonté à 90.

Je reçois aujourd'hui la nouvelle de sa mort (7 septembre 1886).

Deux points surtout me semblent intéressants chez ce malade. Depuis l'opération, il a eu quatre attaques bien singulières :

— Fin mars 1886, première attaque, en se penchant brusquement sur la table d'un billard pour pousser la bille. — Chute, perte de connaissance, délire, dit-il, et aphonie complète qui a duré quelques minutes.

— Deuxième attaque le 18 avril avec perte de connaissance et aphonie qui a duré quelques heures.

— Troisième attaque, le 14 juillet qui a duré cinq à six minutes; mêmes phénomènes.

— Quatrième attaque vendredi dernier 23 juillet. Instantanément il a été pris d'une aphonie complète, il ne pouvait plus articuler aucun mot. Il est mieux actuellement, mais tout n'est pas rentré dans l'ordre; il a actuellement encore, sept ou huit jours après, une certaine hésitation à prononcer les mots, le côté droit de la face ne peut plus grimacer comme l'autre côté, l'œil gauche ne peut se fermer complètement comme le droit; enfin tout le côté gauche du corps lui semblait notablement moins fort que le droit; rien dans sa démarche n'aurait pu le faire soupçonner.

A quoi faut-il attribuer ces attaques successives ?

A l'arrivée successive d'embolies dans l'artère sylvienne? Nous ne le croyons pas. Il nous semble que dans cette même circonscription artérielle il y a déjà des noyaux métastatiques bien établis, dont l'effet permanent sur les centres moteurs voisins n'est pas encore complet, et pour ainsi dire voilé, ce que démontrent les phénomènes hémiplégiques si légers dont il souffre; dans ce cas comment expliquer ces attaques? La première attaque lui est survenue lorsqu'il se penchait brusquement sur la table d'un billard où il cherchait à faire un effet en poussant sa bille avec le manche de la queue. A la deuxième, il avait bu un peu plus que de coutume; il y a là quelque raison de croire que ces circonstances ont été pour quelque chose dans la production inopinée de ces attaques, qui ne seraient au fond qu'une aggravation instantanée de phénomènes légers et constants avec dissémination sur les centres psycho-moteurs. Par quel mécanisme : effets réflexes et spasmes vasculaires consécutifs... peut-être.

Un second point m'avait particulièrement intéressé : j'avais examiné le sang avant l'opération du 3 février 1886, j'avais remarqué que les leucocytes devenus noirâtres étaient en grand nombre ; leur nombre diminuerait-il après l'opération? Je fis dans ce but quatre examens du sang, trois assez rapprochés avant la sortie de l'opéré et un vers le 20 juillet dernier.

Le premier examen nous montra encore qu'une grande partie des leucocytes étaient toujours noirs ; au deuxième et au troisième, faits trois semaines l'un après l'autre, leur coloration et leur nombre avaient notablement diminué.

Le 20 juillet dernier, longtemps après la cicatrisation définitive de la plaie, alors que le malade était en pleine récidive ganglionnaire et en pleine métastase viscérale, accentuée surtout du côté du cerveau, le nombre des leucocytes devenus mélaniques était très notable, et leur coloration noire très intense.

En résumé dans ces trois observations l'examen microscopique a pleinement confirmé les données que j'avais essayé d'établir en janvier 1874.

Nous croyons donc pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Dans le cas de généralisation de tumeurs mélaniques on trouve à l'examen microscopique du sang : des granulations mélaniques à l'état libre, des leucocytes devenus en totalité ou en partie mélaniques, des moules vasculaires semblables aux cylindres rénaux, eux aussi devenus mélaniques.

2° Lorsqu'on a trouvé cet ensemble de signes, on est autorisé à refuser l'opération.

3° Si, comme l'a fait M. Verneuil (voy. obs. III), on tente une opération purement palliative, on peut voir diminuer dans le sang les granulations mélaniques, puis reparaître en nombre de plus en plus grand au fur et à mesure que grandit la récidive ; l'opération même palliative semblerait avoir ce résultat favorable, malheureusement ce n'est pas pour longtemps.

4° Nous attirons spécialement l'attention sur les attaques qu'a eues le nommé Cl. (obs. III), attaques survenant à de longs intervalles, en pleine généralisation cérébrale qu'accuse une hémiplégie légère.

Pathologie externe.

Sclérose des corps caverneux, par M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite. — Voy. le n° 37.)

III. Je vais maintenant rapporter les faits dans lesquels la sclérose des corps caverneux est survenue chez des sujets atteints de syphilis. Est-ce une raison pour la rattacher à cette maladie? Bien qu'il n'existât aucune autre cause plausible, générale, locale ou traumatique, je ne le pense pas. Qui se hasarderait, par exemple, à affirmer que la syphylis contractée vingt-neuf ans auparavant avait, dans le cas suivant, suscité la sclérose des corps caverneux? Il est vrai que celle-ci, contrairement à ce qui a eu lieu dans la plupart de ces dégénérescences, guérit, puis récidiva, absolument comme auraient pu le faire des gommes. Par contre, l'iodure de potassium n'eut sur elle aucune action curative. Que chacun se prononce comme il l'entendra au sujet de cette étiologie obscure. L'observation n'en est pas moins fort intéressante à beaucoup d'égards.

Obs. X. *Affection scléreuse des corps caverneux, survenue à la trente et unième année d'une syphilis éteinte depuis vingt-neuf ans. — Guérison d'une première poussée. — Deuxième poussée au bout de deux ans, plus considérable que la première et réfractaire à tout traitement.* — M. X..., cinquante-trois ans, avait eu un chancre infectant à l'âge de vingt-deux ans,

suivi de roséole, de plaques muqueuses et autres accidents secondaires superficiels, dont M. Ricord le soigna, à diverses reprises, dans son service, pendant deux ans. — Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt-neuf ans, aucune manifestation spécifique, jusqu'au moment où M. X... vint me montrer sur sa verge, à 2 ou 3 centimètres du gland, quelques nodosités dont il s'était aperçu deux jours auparavant. L'une était à droite, l'autre près de la ligne médiane, à la surface supérieure des corps caverneux. Dures, à peu près indolentes, nettement circonscrites, elles n'avaient aucune adhérence avec le fourreau et paraissaient absolument aphlegmasiques. Je ne pus les rattacher à aucune cause autre que la syphilis. Aussi je prescrivis de l'iodure de potassium. — La verge s'incurvait un peu en haut et à droite pendant les érections.

Deux mois après, ces tumeurs existaient encore, mais elles me semblèrent avoir un peu diminué.

Au bout de trois ans, je revis M. X..., qui me raconta que ces nodosités avaient fini par disparaître à la longue, et que la verge était revenue à son état normal pendant les érections, mais que d'autres tumeurs semblables s'étaient formées de nouveau depuis un an. Je constatai en effet qu'il y avait une grande plaque de sclérose superficielle un peu en avant du pubis, deux ou trois nodosités profondes et une bande longitudinale dans la gouttière des corps caverneux, qui s'arrêtait à 3 centimètres du gland. La grande plaque avait le diamètre d'une pièce de 1 franc; elle était un peu douloureuse. Aucune adhérence, aucun processus inflammatoire. Pas la moindre manifestation syphilitique ailleurs. — Santé générale excellente. Forte incurvation de la verge en haut pendant les érections qui étaient un peu douloureuses. Le calibre de l'organe dans l'éréthisme n'était plus uniforme : à la base en arrière des tumeurs il était plus considérable qu'auparavant, tandis qu'en avant il était très diminué et le pénis paraissait atrophié. Rien dans les testicules (Il n'existe aucune solidarité entre la sclérose des corps caverneux et les affections de cette glande). — Ce fut en vain que je fis reprendre de l'iodure et pratiquer des frictions mercurielles sur le fourreau. Les tumeurs ne diminuèrent pas. De guerre lasse, je cessai toute médication et je finis par perdre le malade de vue.

Chez un malade de soixante-trois ans, j'ai obtenu un peu d'amélioration. Il avait une tumeur fibreuse volumineuse sur la face supérieure et médiane des corps caverneux, et sa verge, pendant l'érection, s'incurvait au point de rendre le coït impossible. — Vingt-six ans auparavant, chancre, non suivi d'accidents constitutionnels; néanmoins, je prescrivis de l'iodure de potassium à hautes doses. Cinq mois après, la tumeur avait diminué de moitié et la verge ne s'incurvait presque plus. J'ignore si la guérison a été complète plus tard. J'en doute.

Dans cet autre fait, également très curieux, on pourrait aussi accuser la syphlilis d'avoir causé la sclérose. Il est vrai qu'une blennorrhagie de date plus récente serait en droit de revendiquer l'affection avec plus de raison peut-être que la syphilis. — Les mêmes réserves étiologiques que pour l'observation X doivent être faites.

Obs. XI. *Sclérose sous forme d'une bandelette fibreuse avec nodosités, s'étendant sur la ligne médiane supérieure des corps caverneux, depuis leur base jusqu'au gland, survenue spontanément chez un homme de soixante ans, à antécédents syphilitiques obscurs et éloignés.* — M. X..., âgé de soixante ans, croit avoir eu la syphilis vers l'âge de vingt-huit ans, et, entre autres accidents, tous légers, du psoriasis palmaire et des plaques muqueuses ; mais ces antécédents sont fort obscurs. — Plusieurs blennorrhagies, dont la dernière à quarante-cinq ans.

Quand il vint me consulter, il y avait un an que sa verge s'incurvait pendant les érections et décrivait une courbe à concavité supérieure qui, depuis, s'était accentuée de plus en plus. En même temps elle avait diminué de calibre à sa base et sur diverses parties de sa longueur, excepté au gland. Aucune douleur du reste, ni pendant le coït, ni pendant les érections.

Il n'existait pas chez lui la plus petite trace de syphilis, ancienne ou récente. Aucune lésion des organes génitaux qui n'avaient jamais été blessés par aucune violence extérieure. L'affection dont il était atteint paraissait donc s'être produite spontanément.

Je constatai sur la face dorsale des corps caverneux une bande de sclérose occupant la ligne médiane; elle était entrecoupée de nodosités et s'étendait depuis la base de la verge jusqu'à celle du gland. Les érections n'avaient pas diminué d'énergie ni de fréquence; mais l'arc du cercle décrit par la verge était très prononcé et sa pointe venait toucher l'abdomen, ce qui rendait le coït assez difficile. — Indolence complète de la lésion, nettement limitée au milieu du tissu érectile.

Je prescrivis 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium à prendre chaque jour, avec des interruptions toutes les deux ou trois semaines. Cette médication ne produisit pas le moindre résultat, et au bout d'un an, je constatai que la sclérose était dans le même état et avait même un peu augmenté.

Je ne découvris dans la santé de M. X... aucune circonstance morbide locale ou générale de nature à m'éclairer sur l'étiologie de cette singulière affection.

Obs. XII. *Sclérose partielle du corps caverneux droit au huitième mois d'une syphilis très bénigne.* — M. X..., vingt-deux ans et demi, avait senti, huit mois après avoir contracté un chancre prétendu syphilitique, une vague douleur pendant les érections et il avait constaté que sa verge présentait une sorte d'échancrure, de dépression à droite et de déviation dans le même sens. Il disait avoir eu de l'alopécie et des plaques muqueuses; mais je dois avouer que je ne constatai chez lui aucune trace de vérole ancienne ou récente. Le malade était très affirmatif sur l'absence de toute cause traumatique. Il avait eu déjà deux blennorrhagies légères. Malgré mes doutes sur l'existence de la syphilis, je le soumis à un traitement spécifique fortement ioduré. Malheureusement je perdis ce malade de vue et j'ignore quelle action ont eue le mercure et l'iodure sur cette sclérose prématurée. — Quelle était la vraie cause de cette sclérose?

IV. Parmi les causes qui, en dehors des maladies vénériennes et des causes traumatiques ou des inflammations du pénis, sont susceptibles de produire la sclérose des corps caverneux, on a invoqué le rhumatisme et en particulier la goutte. Je ne serais pas éloigné d'attribuer à la diathèse arthritique une place notable dans l'étiologie de cette affection. Ne produit-elle pas ailleurs des dégénérescences fibreuses de même ordre? Je n'ai observé que le fait suivant où son influence pût être invoquée.

Obs. XIII. *Sclérose de la face supérieure des corps caverneux, probablement de cause arthritique.* — M. M..., cinquante-quatre ans, boulanger, s'aperçut, cinq mois avant de venir me consulter, de l'existence d'une petite boule dans les corps caverneux. Elle était dure et causait un peu de douleur. Elle s'agrandit et s'étala dans les couches supérieures de la verge, de manière à former une plaque allongée. Deux mois après le début de cette sclérose, l'organe s'infléchissait fortement pendant les érections.

Quand je vis cet homme, la plaque de sclérose commençait au pubis et s'avançait, sous forme d'un cordon noueux, jusqu'au gland. Toute sensibilité douloureuse avait disparu. Verge très incurvée en haut pendant l'érection. — Je fis prendre, sans aucun résultat, de fortes doses d'iodure de potassium.

Le malade était rhumatisant. Je ne découvris chez lui aucune trace ancienne ou récente de syphilis, bien qu'il prétendît l'avoir eue six ans auparavant. — Deux ou trois blennorrhagies, dont la dernière, il y avait sept ans, sans aucune complication. Aucune cause traumatique.

Enfin je terminerai cette série d'observations par un cas où la sclérose, accompagnée d'anaphrodisie et d'impuissance, était survenue chez un diabétique qui n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne.

Obs. XIV. *Sclérose en plaque des corps caverneux chez un diabétique.* — J'ai observé la sclérose sous forme de plaque dans les couches supérieures des corps caverneux, chez un malade de quarante-deux ans qui vint me consulter pour de l'anaphrodisie et de l'impuissance. Il était diabétique depuis près d'une année. Y avait-il quelque relation de cause à effet entre la glycosurie et l'affection des corps caverneux? Toujours est-il qu'on ne découvrait aucun autre état morbide dans ses antécédents.

N'avais-je pas raison de dire, en commençant, que la sclérose des corps caverneux était une affection très singulière, dont l'étiologie était entourée d'incertitude et d'obscurité? En définitive, ce n'est que dans la section des cas à antécé-

dents blennorrhagiques rapprochés, qu'on trouve des relations pathogéniques bien évidentes entre les nodi des corps caverneux et l'inflammation de l'urèthre.

DESCRIPTION GÉNÉRALE

L'affection que je décris sous le nom de *sclérose des corps caverneux*, est le résultat d'une transformation partielle du tissu érectile de ces organes en tissu fibreux. Quelles que soient les causes qui la produisent, elle reste invariablement la même dans tous les cas. Cette uniformité est un trait si caractéristique de sa physionomie, qu'on la retrouve à toutes ses périodes. A peu de chose près, en effet, ses lésions sont semblables depuis le début jusqu'à la terminaison du processus. Il est fort rare qu'elle soit douloureuse et inflammatoire; et, si elle l'est dans ses premières phases, c'est au degré le plus léger, de telle sorte qu'on peut mettre l'indolence et l'aphlegmasie parmi ses attributs. Il en résulte qu'elle est fort insidieuse, qu'on ne la découvre souvent que par hasard, qu'on ignore l'époque précise à laquelle elle a commencé, et qu'elle échapperait la plupart du temps aux malades, sans les changements de forme et les incurvations bizarres qu'elle produit dans le pénis pendant l'érection. Elle ne paraît avoir aucun lien avec les affections générales ou locales qui la précèdent, l'accompagnent ou la suivent. Elle est isolée, indépendante et très réfractaire à tous les moyens locaux ou généraux qu'on emploie pour la combattre. N'est-ce pas là l'impression que donnent les quatorze cas que j'ai rapportés?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Nous ne connaissons pas l'anatomie pathologique de la sclérose des corps caverneux. Je ne crois pas qu'aucune autopsie en ait été faite, ni que nous possédions des connaissances positives sur sa composition histologique. Mais on arrive à s'en faire une idée à peu près exacte, — Cruveilhier l'attribue à la transformation fibreuse d'une partie des corps caverneux de la verge. Cet illustre anatomo-pathologiste rapporte qu'il a été consulté trois fois pour cette affection, qui faisait dévier la verge d'une façon singulière, dans l'état de relâchement et surtout dans l'état d'érection. La partie transformée était d'une dureté cartilagineuse et ne prenait aucune part à la turgescence de l'organe. Il y avait à la fois étranglement et courbure anguleuse du pénis. Dans l'un de ces cas, la transformation était le résultat d'une violence traumatique : la verge avait été fortement pressée et tordue pendant l'érection. Dans les deux autres cas, la transformation avait été spontanée (1).

M. Ricord fait provenir la sclérose des corps caverneux d'une phlébite plastique : les aréoles s'oblitéreraient peu à peu et le tissu fibreux succéderait à l'exhalation plastique et s'organiserait de manière à faire obstacle à la pénétration du sang dans les points des corps caverneux où il existe. Cette manière de voir n'est pas admissible, du moins pour la généralité des cas. Tout au plus s'appliquerait-elle à ceux dans lesquels le processus débute par des phénomènes inflammatoires assez tranchés, mais ils sont extrêmement rares. Et puis est-ce que la physionomie générale de l'affection donne l'idée d'une phlébite? Non, assurément, car il y a là un travail très lent, très insidieux, qui implique l'idée d'une métamorphose dans laquelle l'inflammation ne joue qu'un rôle effacé, du moins en apparence. Ce rôle est pourtant réel, puisque l'*irritation inflammatoire*, prise dans son acception la plus large, préside à une infinité de processus auxquels elle paraît étrangère (2).

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. III, p. 594.

(2) Robert supposait que ces productions morbides pouvaient provenir d'un petit foyer sanguin qui s'effectuait dans le tissu érectile des corps caverneux, et dont la cicatrisation entraînait la formation d'une certaine quantité de tissu plastique. Il est possible que les choses se passent ainsi quelquefois, à la suite de causes traumatiques, par exemple; mais ce n'est certainement pas là le processus habituel.

Aussi je crois que MM. Van Buren et Keyes sont ceux qui ont le mieux pénétré l'essence de l'affection lorsqu'ils ont dit « qu'elle était produite par une inflammation chronique d'une *espèce particulière*, s'emparant de certains points du tissu érectile, et ayant pour résultat d'épaissir, de durcir les minces parois des aréoles, de remplir préalablement leurs cavités d'une exsudation fibreuse, de façon qu'elles ne peuvent plus être distendues par le sang, pendant que s'opère la turgescence du reste de l'organe (1). »

Si l'observation clinique prouve, comme je le crois, que l'affection est manifestement constituée, dès son début, par une sclérose d'un processus si peu irritatif qu'il ressemble à une dégénérescence d'emblée, elle ne nous éclaire point sur la série des phénomènes qui la préparent et qui la font naître. Aussi sommes-nous dans une ignorance à peu près complète sur son mode pathogénique. Je ne pense pas qu'il faille invoquer dans aucun cas, pour l'expliquer, des phénomènes de thrombose et d'embolie, quoique le tissu érectile leur soit un terrain très favorable. Le processus a-t-il son point de départ dans les veines ou dans les artères? Ou bien est-ce primitivement sur le tissu conjonctif et élastique des parois alvéolaires que s'établit et que se concentre le travail morbide? Faut-il supposer que le système lymphatique y joue aussi un rôle?...

Toujours est-il que cette sclérose ne varie point au milieu des nombreuses conditions pathologiques, locales ou générales, qui semblent la tenir sous leur dépendance, et qu'il y a lieu d'admettre par conséquent que la filiation pathogénique reste toujours la même, quelle que soit la diversité de ses origines.

La sclérose des corps caverneux occupe toujours le tissu érectile de ces organes, et, dans ce tissu, ce sont les couches les plus superficielles de la surface supérieure ou les bords qui sont à peu près exclusivement indurés. Au moyen de la palpation sur les pénis très flasques, on peut assez nettement se rendre compte de la situation des points sclérosés. On sent qu'ils ne font pas corps avec la *membrane d'enveloppe fibreuse* ou *membrane albuginée;* qu'ils sont au-dessous d'elle, et n'adhèrent même pas, la plupart du temps, à sa ace interne. Ils ne l'épaississent point, et surtout ils ne font pas une saillie sensible sous le fourreau, ce qui ne manquerait pas d'avoir lieu si la sclérose s'établissait sur la surface externe de l'enveloppe fibreuse. En y passant légèrement le doigt, on ne sent rien. Pour les découvrir, il faut les chercher plus profondément, en appuyant davantage sur l'organe et en le pressant entre les doigts.

Mais ce qui prouve mieux encore que le tissu érectile est bien le siège primitif de la lésion, c'est que, si petite qu'elle soit, tout de suite il se produit quelque chose d'anormal dans la forme de la verge pendant l'érection. Les déviations, les renflements et les amincissements, la flaccidité partielle de l'organe, etc., sont *toujours* la conséquence des noyaux ou des plaques scléreuses, et cette conséquence est si prononcée qu'elle ne manque jamais d'étonner quand on les compare à la petitesse de la lésion. Or des résultats aussi considérables se produiraient-ils si la sclérose occupait la surface ou l'épaisseur de la membrane fibreuse? Assurément non. S'il y avait sclérose de cette membrane, elle serait plus sensible extérieurement. A un faible degré elle ne déformerait point l'organe pendant l'érection; à un degré considérable elle le déformerait au contraire, même à l'état de repos, ce que ne fait point la sclérose du tissu fibreux. J'ai donc eu raison de désigner cette affection sous le nom de *sclérose du tissu érectile des corps caverneux.*

Ainsi, un premier point qui me semble bien établi par l'observation, c'est que la sclérose siège dans le tissu érectile du pénis, à sa surface supérieure ou sur ses bords, et cela depuis la racine de l'organe jusqu'au gland.

(1) *A practical treatise on diseases of the genito-urinary organs.* New-York, 1874.

En palpant ces tumeurs, le doigt constate aisément que leurs contours se séparent avec netteté du tissu mou qui les environne. Il se rend compte de leur configuration latéralement et en haut, et il sent aussi qu'en dessous elles ne plongent pas profondément du côté de l'urèthre. Leur configuration s'accuse d'une façon si précise au toucher, qu'il est très aisé de la dessiner. C'est ce que je faisais toujours, afin de constater les changements qui se produisent parfois dans leurs formes.

Ces formes sont variables. Leurs trois principaux types, souvent mélangés sur le même sujet, se rapportent sur la tumeur arrondie, isolée, au cordon et à la bande unis ou noueux, et à la plaque. Les tumeurs globuleuses sont habituellement régulières, solitaires, uniques ou multiples. Dans ce dernier cas elles se réunissent souvent les unes aux autres au moyen d'un cordon ou d'une bande, de manière à former une sorte de chapelet. Quelques-unes sont munies d'un prolongement caudal, arrondi ou aplati, qui s'effile et se perd dans les tissus sains et dont la direction, toujours orientée d'avant en arrière, est parallèle à l'axe de la verge. Les plaques sont plus ou moins épaisses, ovoïdes ou très capricieusement découpées sur leurs bords, isolées ou réunies au moyen de bandes moins larges qu'elles, contiguës ou séparées par des intervalles plus ou moins considérables du tissu érectile.

Le nombre des tumeurs est variable. Quelquefois, mais assez rarement, il n'y en a qu'une. D'autres fois elles sont multiples, et alors on voit la sclérose prendre sur le même corps caverneux toutes les formes et constituer, de la racine du pénis au gland, une sorte de cordon aplati ou de bande renflée çà et là et terminée à ses deux extrémités par une tumeur arrondie ou par une plaque. Leur répartition dans les deux moitiés de l'organe n'offre rien de particulièrement symétrique, soit comme nombre, soit comme volume. Quelquefois il n'y en a que d'un côté; d'autres fois chaque corps caverneux est atteint par la sclérose à peu près au même degré. Sur chaque corps caverneux, les productions fibreuses sont généralement plus volumineuses, aux deux extrémités, que dans la partie moyenne, plus rapprochées des bords que de la ligne médiane. Cependant il arrive parfois que celle de chaque côté semblent se confondre, tant elles sont contiguës; mais en les examinant attentivement, on sent qu'elles sont séparées par la cloison médiane et même par une lame de tissus spongieux. Leur volume présente de grandes différences, depuis le nodus pisiforme jusqu'aux vastes plaques qui occupent presque toute l'étendue du dos de la verge. Leur consistance ferme, élastique, dure et parfois chondroïde, tranche avec la mollesse pâteuse de la verge à l'état de repos.

C'est ce qui permet de les délimiter si exactement et de se convaincre que, dans tous les cas, elles sont enchâssées au milieu du tissu érectile, comme un corps étranger, et ne présentent aucune connexion habituelle, ni avec l'urèthre, ni avec le gland, ni même avec l'enveloppe albuginée des corps caverneux.

SYMPTÔMES ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — La sclérose des corps caverneux ne donne lieu qu'à un très petit nombre de phénomènes subjectifs, qui sont à peu près toujours les mêmes. Il y a des cas où ils font complètement défaut, d'autres où ils n'ont qu'une durée très courte. Il est rare qu'ils ne disparaissent pas fort longtemps avant que les lésions diminuent ou se résolvent. Ils consistent en une douleur sourde qui n'est presque jamais spontanée, et qui ne se réveille que lorsqu'on presse les points malades ou lorsque le pénis entre en érection. Pendant cet état de turgescence, les malades accusent un sentiment de resserrement, d'étranglement, de constriction, une sorte de douleur crampoïde qui ne cessent que pendant le repos de l'organe. Les troubles de la sensibilité restent toujours très circonscrits. A aucun moment il ne se produit d'irradiations névralgiformes vers les autres parties de l'appareil génital ou du côté des membres inférieurs, comme cela arrive si fréquemment dans les affections du testicule. La pression augmente un peu les sensations de douleur, quand elles existent, ou les suscite quand elles sommeillent, ce qui a lieu pendant l'état de flaccidité du pénis. — Les symptômes subjectifs s'observent principalement au début de l'affection. D'ordinaire ils s'atténuent peu à peu et finissent par disparaître à la longue. Celui qui persiste le plus longtemps, c'est la sensation d'étranglement et de constriction, au niveau des nodi et des plaques, pendant l'érection.

La peau du fourreau et son tissu cellulaire sous-cutané sont intacts. La verge en repos ne présente à la vue aucun changement dans sa forme ni ses dimensions. Il faut la palper avec le plus grand soin pour découvrir les points sclérosés.

Mais les choses se modifient singulièrement et de la façon parfois la plus étrange lorsque se produit l'érection. C'est alors qu'apparaissent les symptômes de l'affection. Le médecin ne peut pas les constater; on devine aisément pourquoi. Mais les malades ont soin de les lui décrire avec les détails les plus minutieux. La plupart illustrent même cette description de dessins destinés à la rendre plus saisissante.

Ces symptômes consistent dans des déviations et des inflexions ou incurvations de l'organe pendant son éréthisme. — Il se produit des déviations qui portent sur tout l'organe : son axe reste à peu près droit, mais il subit une orientation nouvelle qui le porte à droite, à gauche ou l'applique contre la paroi abdominale. — Quand il n'y a que des inflexions, l'axe, tout en gardant une partie de sa direction normale, se courbe plus ou moins sur lui-même à droite, à gauche ou en haut. — Ces déviations et ces inflexions coexistent presque toujours et s'effectuent dans tous les sens, excepté toutefois de haut en bas. Je n'ai jamais vu, en effet, dans la sclérose des corps caverneux, la verge décrire une courbe à concavité inférieure, comme elle le fait dans la blennorrhagie cordée, ou bien se diriger obliquement en bas au-dessous d'un plan horizontal passant par sa base. Ces sortes de déviations et d'inflexions appartiennent exclusivement aux affections phlegmoneuses ou aux scléroses aiguës du canal de l'urèthre. Leur absence dans la sclérose des corps caverneux prouve bien que les lésions, ainsi que je le disais plus haut, siègent sur la face supérieure et sur les bords du pénis (1).

Rien n'est plus facile à comprendre et à expliquer que ces déviations et ces inflexions. Que se passe-t-il en effet, pendant l'éréthisme du pénis? Toutes les alvéoles qui constituent son tissu érectile se remplissent de sang, d'une façon uniforme, simultanément et au même degré, dans toutes les parties de l'organe. Celui-ci se gonfle, se durcit, se relève, devient rectiligne dans sa rigidité, et prend une direction oblique de bas en haut, plus ou moins rapprochée de la perpendiculaire, et toujours dans le plan médian du corps. Eh bien, forcément, les choses ne peuvent plus se passer ainsi, quand une partie des alvéoles de ce tissu érectile est oblitérée par la sclérose. Les points des corps caverneux où siège cette lésion ne sont plus susceptibles d'admettre du sang dans leurs mailles. Leur imperméabilité les empêche de se dilater et de s'ériger, de suivre les parties saines, quand l'afflux sanguin vient les distendre et les amplifier. L'égalité, l'uniformité dans la turgescence de tout l'appareil caverneux n'existent plus; l'équilibre de la pression sanguine est rompu ; il y a des endroits où cette pression fait défaut, et ces endroits-là ne peuvent pas participer à la tension des

(1) La sclérose des corps caverneux n'empêche point la turgescence du bulbe, de l'urèthre et du gland de se produire comme à l'état normal pendant l'érection. — On a noté dans quelques cas qu'il y avait aussi de l'ischémie et des déformations dans ces organes, et on l'a mis sur le compte de la sclérose caverneuse, On a eu tort; cette affection, quand elle ne coïncide pas avec une sclérose de l'appareil érectile du canal et du gland, n'apporte aucun obstacle, ni à leur circulation sanguine, ni au cours de l'urine, ni au passage du sperme dans le canal de l'urèthre.

parties qui les entourent, laissent un vide autour duquel l'organe se gonfle et s'infléchit.

Les changements dans la direction du pénis ne sont pas les seuls résultats de la sclérose partielle de son tissu érectile. Il y aussi diminution de volume au point sclérosé et même un peu en avant, ce qui fait paraître d'autant plus grosses les parties qui sont en arrière.

De plus, la rigidité pénienne est plus faible à ce niveau. Il peut arriver qu'elle fasse presque défaut dans tout un segment transversal, compris entre des points sclérosés qui se correspondent à peu près symétriquement dans l'un et l'autre corps caverneux. Il arrive alors que les segments de la verge situés en arrière et en avant, se durcissant tandis que la partie intermédiaire reste flasque, jouent l'un sur l'autre comme si l'organe était cassé en deux (obs. IV).

Ainsi les phénomènes objectifs qu'entraîne la sclérose des corps caverneux sont : 1° des déviations générales de l'axe et des inflexions sur lui-même; — 2° une diminution du volume de l'organe au point sclérosé et en aval de ce point; — 3° un affaiblissement de la rigidité érectile au niveau et dans l'intervalle des nodi et des plaques.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BLANCHARD.

L'Académie est de plus en plus désertée; la séance ne comporte en tout que six communications, dont aucune n'est relative aux sciences médicales.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le docteur *Frantz Glénard* (de Lyon) sollicite le dépôt d'un *Pli cacheté* renfermant une *Note sur le traitement de l'insomnie indolente. (Accepté.)*

M. *le Secrétaire annuel* dépose: 1° deux mémoires de M. le docteur *Duboué* (de Pau) sur *le traitement du choléra;* 2° un rapport de M. le docteur *Mabille* sur *l'alcoolisme dans la Charente-Inférieure;* 3° une brochure de M. le docteur *Capart* (de Bruxelles) sur *le traitement des polypes naso-pharyngiens par l'électrolyse;* 4° un volume de M. le docteur *Robson Roose* (de Londres), intitulé : *Gout, and its relation to diseases of the liver and kidneys.*

M. *H. Roger* présente un travail de M. le docteur *Rotureau* sur les *Hammams de l'Afrique française*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et une brochure de M. le docteur *J. Jeannel* (de Nice) sur *le suicide.*

Résection de l'articulation tibio-tarsienne. — M. le docteur *J. Chauvel* communique une observation de résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe, suivant le procédé préconisé par plusieurs chirurgiens et notamment par M. Polaillon. Cette observation est analysée et commentée plus haut (voy. p. 613).

Surmenage intellectuel dans les écoles. — A l'occasion d'une communication précédemment faite par M. Lagneau sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, M. *Dujardin-Beaumetz* rend compte des observations qu'il a été à même de faire sur ce sujet à l'Ecole normale primaire supérieure du département de la Seine à Fontenay-aux-Roses, institution dont il est le médecin. Les jeunes filles y sont admises à quinze ans au minimum et dix-huit ans au maximum; elles y restent trois années; comme on n'en reçoit annuellement que 25 sur 500 qui se présentent, les programmes d'admission sont très chargés et les candidates sont astreintes à un travail excessif pendant l'année qui précède le concours. Il faut remarquer que ce travail a lieu à l'époque de leur formation, qu'elles appartiennent le plus souvent à des familles peu fortunées et n'ont d'ordinaire qu'une nourriture insuffisante. Aussi sont-elles, dans la première année, sujettes à des accidents variés : la menstruation est supprimée chez la moitié d'entre elles, pour ne reparaître qu'au bout de six à huit mois; la plupart présentent des déformations scolaires de la colonne vertébrale, elles ont un état d'excitation tout spécial du système nerveux, de la myopie et généralement de la chlorose. Cependant, et bien que le travail soit excessif dans cette institution, bien qu'il n'y ait que trois demi-heures de récréation pour une journée de travail de treize heures, leur état de santé ne tarde pas à s'améliorer en raison de la régularité du travail, de la bonne nourriture, des exercices du corps, de l'administration fréquente de douches, si bien que c'est parmi les élèves de la troisième année que l'on rencontre le moins de malades. Aussi M. Dujardin-Beaumetz estime qu'il est nécessaire pour les jeunes filles destinées à l'enseignement de multiplier les exercices physiques et de diminuer l'étendue des programmes dans les concours.

M. *Lagneau* qui, antérieurement, avait exposé combien sont nombreux et fréquents les états morbides attribués par des médecins instruits au surmenage intellectuel et à la sédentarité dans les écoles, fait remarquer que M. Alphonse de Candolle, M. le comte de Schaftesbury et tout récemment M. le docteur Whiters Moore, président du Congrès médical de Brighton, ont insisté sur la nocuité plus grande de la surcharge intellectuelle pour les jeunes fillles, en particulier pour les institutrices, que pour les jeunes hommes; il répond ensuite à quelques objections qui lui ont été faites. Tout en reconnaissant la nocuité de l'habitat urbain et des mauvaises habitudes trop souvent prises par les élèves, cette nocuité lui paraît considérablement accrue et favorisée par l'immobilité à laquelle on astreint les jeunes gens au lieu de leur faire dépenser leur activité naturelle dans des exercices physiques, jeux, gymnastique, marches militaires, etc. Il cherche d'où vient la résistance aux réformes universitaires. Beaucoup de professeurs, attribuant une importance prépondérante aux études scientifiques, historiques ou littéraires auxquelles ils consacrent leur vie, tendent de plus en plus à étendre les programmes de classes et d'examens, et ne trouvent pas de meilleur moyen d'occuper les élèves que de les maintenir immobiles à la salle d'étude. — Notre système universitaire suranné doit être grandement modifié. Sachons donner aux exercices physiques, aux promenades une large part du temps actuellement donné aux travaux intellectuels. Le corps et l'intelligence se développeront simultanément au grand avantage de tous deux.

Au lieu d'examens encyclopédiques qui, placés à la fin des études, exigent un travail excessif et peu fructueux, pourquoi, en dehors du corps des professeurs, un corps d'examinateurs, chaque mois, ne ferait-il pas passer des examens partiels dans tous les lycées, collèges, pensions, institutions laïques ou religieux? Déjà dans certaines écoles spéciales, dans certaines classes supérieures des lycées, on fait ainsi passer des examens partiels et fréquents. Les examens fréquents motiveraient un travail régulier, modéré, profitable. L'addition des points donnés conférerait ou non le diplôme désiré.

Pourquoi les ministres de la guerre, de la marine exigent-ils des travaux excessifs, trop souvent funestes pour la santé, des laborieux jeunes gens qui, trop jeunes, se préparent aux Ecoles spéciales, en particulier aux Ecoles polytechnique, militaire, navale? Nos officiers ont cependant grandement besoin de joindre les aptitudes physiques aux connaissances scientifiques.

Les opinions qui viennent d'être exprimées sont également partagées par M. *Rochard;* il insiste néanmoins sur la nécessité de faire surtout adopter l'idée de ces réformes par les pédagogues, qui y sont généralement réfractaires. Il

est, en outre, d'avis que les exercices physiques ne devraient pas être trop réglementés dans les écoles, mais laissés à l'initiative des élèves ; il ne serait peut-être pas mauvais de laisser les enfants travailler un peu plus librement et il faudrait retarder de quelques années l'admission aux écoles spéciales.

M. *Lagneau* ajoute qu'on a remarqué, en Angleterre, que les enfants placés dans les écoles mixtes où l'on exige autant de travail manuel que de travail intellectuel, sont, aux examens, aussi savants que ceux qui proviennent d'écoles où l'on ne s'occupe presque que de ces derniers.

REVUE DES JOURNAUX

Deux observations de scarlatine traitée avec succès par les bains froids, par M. le docteur H. Mollière, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Dans ce travail, M. Mollière montre l'influence que peut exercer dans la forme hyperthermique de la scarlatine l'administration de bains courts (cinq à huit minutes de durée) et froids (22 à 26 degrés). Cette méthode, qui diffère de celle qu'avait recommande Trousseau, n'est pas comparable non plus à la méthode de Brand. Les malades observés par M. Mollière avaient : l'un une angine des plus graves avec hypertrophie considérable des ganglions du cou, l'autre une angine gangreneuse non moins inquiétante. L'influence des bains a paru favorable. Il ne s'est développé ni pneumonie, ni péricardite ; l'albuminurie qui s'est montrée chez un des deux malades a disparu assez rapidement. En résumé, grâce à une médication énergique, très bien dirigée, surveillée avec la plus attentive sollicitude, et administrée en tenant compte des indications spéciales qui se présentaient, M. Mollière a pu sauver deux malades qui paraissaient condamnés. (*Lyon médical*, 1886, p. 541.)

Les propriétés thérapeutiques de la saccharine, par Wolf. — Ce dérivé du toluène n'est autre que l'anhydride orthosulphaminbenzoïque. Il a l'aspect d'une poudre blanche et cristalline, soluble dans l'éther, l'alcool et l'eau, avec laquelle il forme l'acide sulphaminbenzoïque en donnant une réaction acide. Ses sels alcalins sont décomposables par les acides et par une température de 220 degrés. Fondu avec la potasse hydratée, il se transforme en acide salicylique. Son goût est sucré et sa sapidité telle que sa solution au soixante-dix millième possède encore une saveur sucrée.

Mosso, qui a étudié ses propriétés tout dernièrement (*Archivio per le Scienze Mediche*, 1886), a constaté que cette substance était éliminée en nature par les urines et que les grenouilles pouvaient vivre indéfiniment dans ses solutions aqueuses. Quinze minutes après l'ingestion sous-cutanée, les urines présentent les réactions de la saccharine. Son administration prolongée n'altère pas la nutrition des chiens mis en expérience, mais augmente la quantité des chlorures contenus dans les urines sans modifier la proportion des phosphates et des sulfates.

De même chez l'homme, les doses de 5 grammes de cette substance ne produisent aucune perturbation gastrique, mais au contraire augmentent l'appétit. La saccharine ne possède donc pas de propriétés toxiques ou nocives.

Ses usages thérapeutiques semblent très limités. Elle peut servir de correctif aux médicaments amers et de condiment dans le diabète sucré. C'est ainsi qu'on pourrait substituer au sulfate de quinine un sel moins amer : le sulphaminbenzoate de quinine. C'est ainsi encore qu'en raison de ses propriétés antiseptiques, ce corps peut servir à la conservation des médicaments fermentescibles. Enfin M. Wolf en autorise l'usage aux diabétiques pour édulcorer leurs boissons. (*The therapeutic Gazette*, 15 juillet 1886, p. 445.)

Des propriétés thérapeutiques et des usages de la lanoline, par Smith, Pavlowsky et Burjinsky. — Cette substance est l'objet de nombreux travaux et de recherches cliniques, dont les résultats sont favorables à son emploi.

M. Smith la considère comme un excipient recommandable pour véhiculer les substances aqueuses, à cause de sa neutralité et de sa longue conservation. Elle pénètre facilement à travers l'épiderme et entraîne ainsi l'absorption des médicaments avec lesquels on la mélange. Enfin elle ne produit pas l'irritation de la peau. (*Brit. med. Journal*, juin 1886, p. 1105.)

M. Pavlowsky (de Karchow) lui attribue les mêmes vertus.

Il a pu, par son emploi, faire absorber par la peau l'hydrochlorate de quinine dans la fièvre intermittente des enfants et constater qu'à la suite d'une onction avec un mélange de lanoline et d'iodure de potassium, la réaction de l'iode apparaissait dans les urines, après deux, trois ou quatre heures ; il a remarqué aussi que l'absorption était plus rapido quand la peau avait été préalablement imbibée d'éther sulfurique. (*Russkaia Meditzina*, 1886, n° 12.)

Dans les recherches de M. Bürjinsky, les onctions étaient pratiquées sur la paume de la main ou à la surface des avant-bras et des bras. Il faisait ainsi absorber du ferrocyanure de potassium, de l'hydrochlorate de quinine et des composés salicylés, mais, contrairement aux faits signalés par les autres observateurs, il constatait que l'absorption n'était pas plus rapide que par l'emploi des autres corps gras. C'est ainsi que les réactions de l'acide salicylique dans l'urine se manifestaient quatre heures après les onctions avec un mélange de ce corps et de lanoline. Ce même phénomène avait lieu une ou deux heures après l'application d'une pommade à l'axonge et à l'acide salicylique. De là, cette conclusion que le principal avantage de la lanoline consiste dans sa miscibilité avec l'eau et la glycérine, dans sa neutralité et sa conservation facile, mais non pas dans une puissance plus grande pour faire absorber les médicaments. (*Vratche*, 1885, n° 23, p. 421.)

De la valeur thérapeutique de l'acide borique dans les affections de la bouche, par Mac'Gregor. — Les qualités antiseptiques qui ont fait adopter cette substance dans la pratique chirurgicale, motivent aussi son emploi dans le traitement des affections de la bouche, de l'isthme du gosier et du nez, chaque fois qu'il existe une destruction ou une altération de l'épithélium.

Dans la stomatite simple aiguë, il est efficace sous forme d'applications avec un collutoire le contenant à la dose 60 à 90 centigrammes pour 30 grammes de véhicule. S'il existe des ulcérations, on complète ce traitement par des attouchements à leur surface avec l'acide borique finement pulvérisé, ou avec un glycérolé contenant cette substance dans la proportion de 1 à 5. C'est alors aussi que l'addition du chlorate de potasse peut être utile.

Son efficacité est surtout manifeste contre la stomatite parasitaire, c'est-à-dire le muguet des enfants. M. Mac'Gregor badigeonne les taches d'oïdium albicans avec un collutoire contenant cet acide seul ou associé avec le borax. Ce dernier sel, isolément employé, est impuissant à rendre les mêmes services.

Il en est de même dans le traitement des pharyngites ; l'acide borique rend de réels services sous forme de gargarismes à la glycérine et avec ou sans addition d'alun et d'acide tannique. Pour modifier les gencives des syphilitiques et enlever les enduits tapissant la bouche de ces malades, M. Mac'Gregor recommande une préparation contenant 1gr,80 d'acide borique, 1gr,20 de chlorate de potasse, 150 grammes de jus de citron et 90 grammes de glycérine. Enfin, le même observateur recommande une poudre composée à l'acide borique pour combattre et pour prévenir la gingivite dentaire. (*The British medical Journal*, 10 juillet 1886, p. 62.)

De l'action de l'uréthane, par Ughi et par Vakulowsky. — Les expériences physiologiques et les recherches cliniques de M. Ughi confirment les conclusions des mémoires de MM. Jahsck, Schmiedeberg, Huchard, Riegel et les travaux de M. Eloy au Laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Bichat. Sous l'influence de l'uréthane, il a vu la respiration conserver son amplitude et sa fré-

quence, mais la température axillaire et rectale s'abaisser. De plus, pendant le sommeil provoqué par cet agent hypnotique, l'exhalation de l'acide carbonique s'atténuait et le cerveau perdait de son excitabilité. Par contre, les effets hypnotiques sont moins fidèles chez l'homme que ceux du chloral. Aux doses élevées de 6 et de 10 grammes ce médicament produit parfois des troubles gastriques. L'uréthane est donc inférieur au chloral comme agent somnifère, mais il lui est supérieur parce qu'il ne trouble pas la circulation. (*Annale di chim. e di farmacolog.*, avril 1884.)

Le jugement de M. Vakulowsky est plus sévère. A l'exemple de M. Myrtle et avec moins de succès, il a prescrit l'uréthane contre le délire alcoolique, les douleurs rhumatismales, l'insomnie et la gastralgie du cancer stomacal. Dans aucun des cas il n'a pu obtenir des résultats comparables à ceux du chloral hydraté et de la morphine; par contre il aurait observé des troubles gastriques sur trois malades, de la céphalalgie, de la rigidité des membres, et un grand ralentissement du cœur chez une femme. Ces résultats ne témoignent pas contre l'uréthane; ils prouvent une fois de plus la variabilité d'action des agents de la médication hypnotique. (*Russkaia Meditznia*, 1886, n° 14, p. 252.)

De la digestibilité du lait, par Reichmann. — Cet observateur a essayé de déterminer le degré de digestibilité du lait cru et du lait préalablement soumis à l'ébullition.

Le premier se digère complètement dans l'estomac dans l'espace de quatre heures et sa coagulation est complète cinq minutes après l'ingestion. Elle paraît résulter de l'action d'un ferment et non pas de l'augmentation de l'acidité du suc gastrique; cette acidité atteint son maximum après une heure et quinze minutes et dépend à la fois de la présence de l'acide lactique et de l'acide chlorhydrique. Elle diminue ensuite à mesure que le contenu stomacal devient moins abondant. Les peptones sont en quantité abondantes de la quarantième minute à la deuxième heure. Plus tard, elles n'existent plus qu'à l'état de traces, et la proportion des parapeptones varie en sens inverse.

La digestion du lait bouilli demande deux heures et demie et pendant sa durée la proportion de l'acidité varie dans le même rapport qu'après l'ingestion du lait cru. La peptonisation paraît être plus active et la coagulation de la caséine moins abondante.

Après des quantités moyennes de lait, la durée de la digestion varie de quarante à quarante-cinq minutes. Peu d'instants après leur ingestion, on notait les réactions de l'acide chlorhydrique dans les liquides stomacaux.

M. Reichmann a encore employé le lait alcalinisé et a obtenu des résultats comparables aux précédents. Le nombre des individus soumis à ses expériences s'élevait à dix; tous d'ailleurs étaient en bonne santé. (*Archiv. für klinische Med.*, n° 6, 1886.)

De l'action physiologique et thérapeutique de l'hydrastine, par M. Thomas J. Mays. — L'hydrastis canadensis a donné lieu à des travaux importants, mais qui manquent de précision parce que les préparations de cette substance contiennent deux principes actifs: la berbérine et l'hydrastine, dont il y avait lieu d'étudier isolément les propriétés physiologiques. C'est ce que M. Thomas J. Mays a fait pour l'hydrastine, après quelques autres expérimentateurs d'ailleurs.

En plongeant la patte d'une grenouille dans une solution à 3 pour 100 de chlorhydrate d'hydrastine, et en liant les vaisseaux de ce membre, ou bien en injectant sous la peau la solution de ce principe actif, il constate la paralysie du membre et finalement des convulsions musculaires. Ces convulsions seraient d'origine spinale; de l'hyperesthésie locale les précéderait et cette hyperesthésie serait elle-même suivie d'une diminution de la sensibilité périphérique. Ces phénomènes nerveux seraient plus apparents dans le train postérieur.

M. Thomas J. Mays a noté l'action de l'hydrastine sur la circulation de l'homme. Il l'a vu abaisser le nombre des pulsations radiales, phénomène en rapport avec les recherches de Fellner, Bartholow' Slavitensksi et d'autres; sur les modifications de la tension sanguine par l'action des préparations d'hydrastis canadensis; les fortes doses abaissant la pression sanguine, en produisant la dilatation vasculaire; les faibles doses l'élevant par la contraction vasculaire.

Les propriétés de l'hydrastis canadensis expliquent ses usages pour combattre les hypérémies des muqueuses, en provoquant le resserrement des capillaires et pour diminuer la sensibilité locale dans les inflammations; tel est le cas récent observé par M. Bennett, qui dans ses leçons de décembre 1885 (*la Policlinique de Philadelphie*) la recommande dans le traitement des otites.

E. Jukson a proposé récemment son emploi comme mydriatique; Rutherford lui attribue une action sur la sécrétion biliaire. M. Thomas Mays a employé le chlorhydrate d'hydrastine, dans le catarrhe gastro-intestinal pour stimuler le foie; il le préfère à la teinture et à l'extrait d'hydrastis canadensis. (*The therap. Gazette*, mai 1886, p. 289.)

Deux cas de néphrite après la varicelle, par M. F. Högyes. — Ces faits ont été observés à l'hôpital des enfants « Stéphanie », de Buda-Pest. Ils ont donné lieu aux conclusions suivantes:

1° On peut observer des inflammations secondaires du rein après la varicelle aussi bien qu'après les autres fièvres exanthémateuses infectieuses.

2° Quoique la varicelle soit de toutes les maladies infectieuses aiguës la plus bénigne, la néphrite consécutive peut être aussi grave que celle qui suit la rougeole, la variole et la scarlatine.

3° Les symptômes de la néphrite sont survenus, dans les cas observés, du cinquième au vingt et unième jour depuis le début de la maladie. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 28.)

Extirpation d'un kyste du conduit vitellin, par M. Th. Schaad. — Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, bien conformée et qui accoucha bien deux fois, la dernière fois en 1883. Depuis cette époque, les règles furent irrégulières et l'on constata le développement d'une tumeur, au-dessous de l'ombilic, indépendante de l'utérus. On songea à un kyste de l'ovaire et l'on pratiqua l'ovariotomie en janvier 1885; l'ovaire gauche, bosselé et un peu atrophié, fut extrait avec un kyste du volume d'une noix, contenu dans le ligament large et adhérent à la paroi abdominale; le kyste renfermait un liquide clair. L'ovaire droit était intact. L'opération fut suivie de succès.

A l'examen microscopique, on reconnut nettement la présence, dans le tissu du kyste, des éléments des parois intestinales, muscles lisses, glandes et épithélium cylindrique; il est très vraisemblable qu'il s'agit d'un kyste de rétention résultant de la persistance de la perméabilité d'une partie du conduit omphalo-mésentérique, avec oblitération de l'orifice de communication avec l'intestin. Les malformations de ce genre sont encore peu connues; le fait est donc intéressant. Au point de vue clinique et opératoire, c'est peut-être le seul cas connu. (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1886, n° 13.)

La myomotomie pratiquée pendant la grossesse, par M. O. Langner. — Les myômes de l'utérus doivent être considérés comme des tumeurs malignes en ce sens que les symptômes qui les accompagnent menacent la vie de la malade; telles les hémorrhagies violentes dues aux altérations que subit la muqueuse utérine, les douleurs résultant de l'irritation du péritoine, sans compter les phénomènes dus à la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins; l'intestin ne fonctionne plus que difficilement, la respiration devient pénible et superficielle, l'urine ne s'écoule plus spontanément. Parfois les myômes rétrocèdent, mais, dès que des symptômes alarmants surviennent, il faut intervenir. Cette nécessité est bien plus impérieuse encore dans le cas de grossesse; généralement la tumeur se développe plus rapidement dans ces conditions; il est tout indiqué alors de provoquer l'avortement, et si celui-ci n'est pas possible par les voies naturelles, on extrait le fœtus par la laparotomie. D'autres fois, il est possible de pratiquer la myomotomie; en voici les indications

1° développement rapide de la tumeur; 2° symptômes alarmants (hémorrhagies, accidents de compression); 3° possibilité de laisser la grossesse arriver à son terme.

Une dizaine de cas de myomotomie pendant la grossesse ont été publiés, l'opération n'est pas plus dangereuse qu'en l'absence de grossesse. L'auteur rejette la méthode de Péan comme ne mettant pas assez à l'abri des hémorrhagies, et préconise celle de Martin, qui consiste à pratiquer la constriction de la tumeur à sa base au moyen d'un tube en caoutchouc, sans ponctionner la tumeur; Schrœder a encore perfectionné le manuel opératoire. Le mémoire original donne la relation détaillée d'un cas dans lequel l'opération a bien réussi à tout égard, et pour la mère et pour l'enfant. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 29.)

Travaux à consulter.

CAS DE RÉSECTION DE L'INTESTIN, par M. M. FREYER. — Il s'agissait d'une plaie par arme à feu; l'opération, pratiquée six heures après l'accident, et sans les précautions de l'antisepsie, réussit très bien. La résection de l'intestin est entrée dans la pratique courante, mais elle n'a été effectuée que rarement pour des plaies par armes à feu. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 28.)

CAS DE TRACHÉOTOMIE CHEZ UN ENFANT ATTEINT D'ŒDÈME DE LA GLOTTE, par M. F. KATTERFELD. — L'enfant était âgé d'un an, et l'œdème de la glotte était consécutif à un abcès tonsillaire. L'opération fut suivie d'un plein succès. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 28.)

LA LUMIÈRE ÉLECTRIQUE ET L'ŒIL, par M. COHN. — Toute lumière artificielle, pour ne pas nuire à l'organe de la vision, doit être aussi semblable que possible à la lumière diffuse du jour, c'est-à-dire répondre aux desiderata suivants: 1° ne pas éblouir; 2° ne pas être trop parcimonieuse; 3° ne pas échauffer les yeux; 4° ne pas trembloter. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, p. 187.)

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU SALOL (ÉTHER PHÉNYL-SALICYLIQUE), par M. H. SAHLI. — L'auteur a expérimenté le salol pour se convaincre que la thérapeutique possède réellement en lui un antiseptique *insoluble dans l'eau*, c'est-à-dire capable d'être employé en poudre ou en solution huileuse, sans qu'on ait à craindre son action caustique, sa résorption trop rapide ou enfin sa disparition par solution dans les sécrétions liquides ou combinaisons avec les principes chimiques qu'elles renferment. M. Sahli fait ressortir entre autres son utilité pour enrayer la carie dentaire. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1886, n°s 12 et 13.)

APPAREIL DONNANT LE GRAPHIQUE DES COURBURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE CHEZ L'HOMME VIVANT, par M. HANS VIRCHOW. — Le principe de cet appareil est très simple; une tige parcourt le dos de l'individu en expérience, un crayon perpendiculaire à la tige inscrit sur une feuille maintenue parallèle au plan médian du corps. La courbure de la colonne vertébrale varie suivant les individus et suivant les nationalités. Nous renvoyons au mémoire original pour les déductions intéressantes que l'auteur a tirées de ses expériences. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 28.)

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MASSAGE, par M. J. ZABLUDOWSKI. — Important mémoire dans lequel se trouvent passées en revue les plus importantes indications des différentes variétés de massage; l'exposé est net, scientifique et pratique. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n°s 27 et 28.)

DES INHALATIONS D'AZOTE POUR L'APPAREIL DE TREUTLER DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES, par M. H. WILMER.—L'auteur a fait l'essai de cette méthode chez un très grand nombre de malades, avec des succès variés. Il rapporte les plus intéressants de ces cas avec les détails essentiels.

DE L'EMPLOI DU VIN DE CONDURANGO DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, par M. WILHELMY. — L'emploi du vin de Condurango adoucit les symptômes dans le cancer de l'estomac, mais ne le guérit pas. En revanche, on obtient des résultats remarquables dans l'ulcère de l'estomac, surtout dans celui qui est dû à la chlorose; on emploie dans ce cas le vin de Condurango associé au fer. De même, dans les catarrhes primitifs de l'estomac et dans le manque d'appétit des phtisiques.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des manœuvres d'ambulance et des connaissances militaires pratiques à l'usage des médecins de l'armée active, de la réserve et de l'armée territoriale, par M. A. ROBERT, médecin principal, professeur agrégé au Val-de-Grâce, etc. 1 vol. in-8° de 634 pages avec 253 figures dans le texte. — Doin, Paris, 1887.

Le médecin d'armée a toujours dû se préoccuper du fonctionnement du service de secours en campagne en marche et sur le champ de bataille, mais on ne saurait nier que la situation que lui font aujourd'hui la loi et les règlements n'exigent une connaissance plus approfondie encore, aussi bien des ressources dont il disposera au moment de l'action, que de la composition et du rôle de chacune des formations sanitaires qu'il dirigera comme chef militaire. C'est ce besoin nouveau qui nous explique la publication d'un certain nombre de livres, successivement analysés depuis deux ans dans ces colonnes, et publiés dans le but d'initier les médecins aux règlements sanitaires de l'armée. Ce nouveau traité diffère des publications précédentes par son plan général, mais il procède de la même idée: nécessité absolue pour le médecin d'armée de bien connaître le matériel sanitaire et les *manœuvres* qui permettent d'en user le plus favorablement possible; cette publication résume un enseignement professé pendant cinq années aux aides-majors stagiaires.

Après avoir exposé les notions indispensables à connaître sur l'organisation générale et la composition de l'armée, sur les obligations et les devoirs des médecins militaires en temps de paix, l'auteur analyse les détails du fonctionnement et de l'approvisionnement des infirmeries réglementaires, l'organisation des brancardiers régimentaires et le service médical à l'extérieur de la caserne dans les corps de troupe en garnison. Toute cette étude était indispensable, car l'infirmerie régimentaire peut fonctionner en campagne et la plupart des règlements auxquels elle est soumise trouvent leur application en guerre. Du reste n'est-ce point en temps de paix que le médecin militaire apprend son *métier de soldat?* On nous pardonnera cette expression si l'on admet avec M. Robert qu'il « ne suffit pas au médecin militaire de savoir quelle est la composition et l'agencement d'un matériel d'ambulance. Il faut encore qu'il connaisse bien le rôle de chacune des branches du service médical, qu'il sache donner des ordres précis, que par contre il s'attache à exécuter ponctuellement les ordres reçus, à suivre scrupuleusement les instructions spéciales et à occuper militairement la place qui lui est assignée dans les diverses circonstances où il est appelé à accompagner la troupe ou à suivre une armée en campagne » (p. 2.).

Parmi les devoirs les plus importants qui incombent aux médecins des corps de troupes, les règlements nouveaux ont inscrit l'instruction des brancardiers. Les brancardiers *régimentaires* distincts des infirmiers régimentaires marchant avec les régiments et les brancardiers *d'ambulance* seront désormais fournis, non plus par les infirmiers de l'armée active, mais par certaines catégories de réservistes ayant reçu, pendant la période de leur service actif, l'instruction spéciale des brancardiers. On comprend dès lors combien il

est nécessaire que les leçons théoriques et pratiques faites à ces militaires soient réglées suivant un programme établi avec soin.

Pour l'exposition du service de santé en campagne, le livre que nous analysons suit les grandes divisions du règlement du 25 août 1884 sur le service de santé en campagne, de ce règlement qui renouvelle les bases mêmes de notre service médico-militaire et dont on ne peut parler sans penser avec tristesse à ces deux éminents camarades trop tôt ravis à la médecine militaire : Rapp qui en prépara les bases, Zuber qui fit partie de la commission qui le rédigea.

Le service de santé en campagne se divise en *service de l'avant* et en *service de l'arrière*. Le premier comprend les *postes de secours, les ambulances* et les *hôpitaux de campagne*.

Le *poste de secours* est desservi par les médecins des corps de troupe ; il dirige ses blessés sur l'ambulance. L'ambulance actuelle ne correspond plus à l'ambulance que nous avons connue en 1870 et antérieurement : elle n'est plus qu'un gîte transitoire entre le poste de secours et l'hôpital de campagne. Son matériel, nous le reconnaissons avec notre auteur, n'est pas d'accord avec sa fonction nouvelle. Non seulement la *voiture de chirurgie* prête à la critique par l'agencement de ses tiroirs, etc., et par la rareté des antiseptiques, mais encore elle gagnerait à être déchargée d'un certain nombre d'instruments et de médicaments qui ne sauraient être utiles qu'à l'hôpital de campagne. La *voiture d'administration* contient quantité de denrées et d'ustensiles dont on n'a que faire sur le champ de bataille et après la longue énumération desquels « nous n'avons qu'à exprimer la crainte que nous inspire la difficulté de transporter un matériel si encombrant » (p. 299). Nous n'insisterons pas sur ces critiques légitimes ; il appartient à la commission qui fonctionne en ce moment de mettre les approvisionnements d'accord avec les besoins créés par le rôle des formations sanitaires nouvelles et nous avons l'espérance que d'ici à peu de temps elle aura heureusement terminé sa tâche.

Au point de vue de la composition des ambulances en personnel et en matériel, on les distingue en ambulance n° 1 (ambulance divisionnaire et du quartier général) ; ambulance n° 2 (ambulance de brigade de cavalerie, etc.) ; ambulance n° 3 destinée aux colonnes opérant dans les pays de montagne, mais toutes ont un but analogue : préparer les blessés pour le transport vers l'hôpital de campagne ou de l'intérieur. Nous ne saurions entrer dans le détail du fonctionnement si important de l'ambulance qui consiste à catégoriser les blessés, à pratiquer certaines opérations et à évacuer ; nous renvoyons le lecteur aux pages substantielles écrites sur ce sujet par M. Robert.

L'hôpital de campagne a fait ses preuves dans l'armée allemande. Il a pour but d'hospitaliser les blessés et les malades jusqu'à leur guérison ou leur évacuation vers l'intérieur. Nous aurions désiré sur cette formation sanitaire nouvelle dans notre armée quelques détails plus circonstanciés relatifs soit à l'hôpital de campagne fonctionnant dans la zone de l'avant sous les ordres du directeur du service de santé du corps d'armée, soit à l'hôpital de campagne *temporairement immobilisé* dans la zone de l'arrivée, sous la direction du médecin chef du service de santé des étapes.

Le *service de l'arrière* est lui aussi une nouveauté en France ; le médecin militaire, qu'il s'agisse d'hospitalisation ou de transport, y joue un rôle considérable. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les descriptions et les considérations importantes auxquelles donne lieu l'exposition de ce service ; notons seulement l'étude critique qu'il fait des différents modes de transport des blessés par les voies ferrées. Il préfère au système de suspension du colonel Bry officiellement adopté pour suspendre les brancards dans les wagons à marchandises, les « supports qui, reposant sur le plancher, peuvent recevoir deux brancards superposés et suffisamment séparés pour permettre aux blessés de se tenir sur leur séant ».

Une série de chapitres traitent du service de santé dans les villes assiégées, dans les colonnes expéditionnaires en Algérie, de la convention de Genève et des sociétés de secours appelées désormais à rendre des services importants dans la zone de l'arrière ; enfin quelques pages, forcément très incomplètes, parlent de l'organisation du service sanitaire au Tonkin.

En suivant dans cette analyse le plan de l'auteur, nous n'avons peut-être pas suffisamment fait ressortir le côté médical de l'œuvre : c'est que la partie scientifique, les indications chirurgicales à remplir dans chaque formation sanitaire sont dépendantes en quelque sorte du rôle réglementaire de chacune d'elles. On trouvera notamment aux chapitres consacrés à l'ambulance et aux évacuations les plus judicieux conseils, également utiles aux médecins en chef et aux médecins traitants.

Nous n'avons pas pu faire ressortir non plus dans une si courte étude tous les détails pratiques que renferme ce livre. De nombreuses figures permettent de se rendre compte de la place réglementaire des formations sanitaires dans les marches, en station, etc., et le jeune médecin militaire trouvera même les indications indispensables pour apprendre à se servir de la carte, ce qui lui sera désormais indispensable, les membres du corps de santé se dirigeant aujourd'hui sous la seule autorité de leurs propres chefs et du commandement.

M. Robert, en plusieurs endroits, regrette que le nombre des médecins militaires affectés à telle ou telle formation soit insuffisant ; espérons que les projets de loi en élaboration permettront, par l'extension des cadres, de parer à ce défaut capital ; plus que jamais il importe que le corps de santé de l'armée active possède un cadre solide et assez élastique pour recevoir, soutenir et diriger le personnel de réserve et territorial. Puisse la loi nouvelle, en même temps qu'elle placera sous les ordres exclusifs du corps de santé le personnel des officiers d'administration des hôpitaux, rétablir une école de santé, et alors la plupart des critiques que la vérité engage M. Robert à formuler, disparaîtront de sa deuxième et, nous l'espérons, prochaine édition. Son livre, écrit avec élégance et clarté, se lit avec facilité et agrément, il comble une lacune de notre littérature médico-militaire et sa place est marquée dans la bibliothèque de tout médecin soucieux des choses de l'armée.

Th. Viry.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil, par le professeur Panas, recueillies et publiées par E. Blanc, interne des hôpitaux. Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Dans ce petit opuscule, complément de ses leçons sur le strabisme et les paralysies oculaires, le professeur Panas, après un rapide aperçu de l'action des muscles moteurs du globe de l'œil, montre toute l'importance que les recherches modernes ont donnée à l'analyse minutieuse de certaines des affections paralytiques de l'organe visuel. Au lieu de chercher l'origine de ces lésions morbides dans des altérations périphériques des troncs nerveux, la clinique nous conduit à reporter jusque dans les noyaux centraux leur point de départ habituel. Aussi la connaissance exacte de ces centres, de leur situation, de leurs rapports, est-elle indispensable, pour la compréhension des paralysies complexes, qui ont constitué l'*ophthalmoplégie*. Quelques exemples bien choisis fournissent au professeur l'occasion de montrer la succession des phénomènes morbides, qui permettent de séparer

les paralysies orbitaires et basilaires des paralysies nucléaires.

Dans une seconde partie, notre savant confrère et maître s'occupe plus spécialement des diverses formes des paralysies des sixième, quatrième et troisième paires nerveuses; de leur diagnostic, de leur détermination. La clarté de l'exposition, la netteté des descriptions, rendent presque agréable la lecture de ces leçons, consacrées à l'étude d'affections dont la complexité, au moins apparente, a rebuté plus d'un praticien.

J. CHAUVEL.

VARIÉTÉS

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 11 septembre 1886, M. le docteur Vidal a été promu au grade de médecin de 2e classe de la marine.

— Par décret en date du 13 septembre 1886, M. le docteur Jouenne a été promu au grade de médecin de 2e classe de la marine.

LA CINQUANTE-NEUVIÈME RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A BERLIN. — MM. R. Virchow et A.-W. Hoffmann nous ont adressé le programme de cette réunion, dont les séances se prolongeront du 18 au 24 septembre. Il y aura en tout trois séances plénières les 18, 22 et 24 septembre; les trente sections se réuniront les après-midi, les matinées devant être consacrées à la visite de l'exposition des collections et des musées, et à des excursions aux établissements situés hors de la ville (observatoire de Postdam, lazaret militaire de Tempelhof, champs d'irrigation, asile d'aliénés de Dalldorf, etc.). Dès le 16 septembre, l'exposition installée dans les bâtiments de l'Académie sera ouverte; le 18, un grand banquet réunira tous les membres inscrits; le 25, une excursion à Swinemünde et autres localités balnéaires de la Baltique est projetée.

Les sujets à traiter dans les sections sont indiqués avec soin; mais aucune mention n'est faite de ceux qui seront traités dans les trois séances plénières.

STATISTIQUE MÉDICALE DE PARIS EN 1885. — M. le docteur Jacques Bertillon, qui dirige avec tant de zèle et d'intelligence la *Statistique municipale de la ville de Paris*, vient de publier le résumé des tableaux statistiques pour l'année 1885. Nous y relevons les chiffres suivants : La fièvre typhoïde, dont la fréquence annuelle est de 17 décès pour 100 000 habitants à Londres et à Berlin, de 14 à Vienne, de 19 à Bruxelles, atteint 63 à Paris et 149 à Marseille. On remarquera ce chiffre de décès à Marseille, la ville la plus insalubre de France. La variole a été également plus fréquente à Marseille (91 décès pour 100 000 habitants) que dans aucune ville de France; mais c'est là le fait d'une épidémie que l'on peut croire transitoire. A Paris, cette maladie n'a causé que 194 décès (soit 9 décès pour 100 000 habitants), et à Berlin, où la vaccine est obligatoire, elle a été plus rare encore, car elle n'a causé que 5 décès, soit une proportion presque nulle. A Berlin, par contre, la diphthérie est plus fréquente qu'en France. Cette maladie y cause 140 décès pour 100 000 habitants, tandis que Paris n'en compte que 80, et Marseille, malgré son insalubrité, 98. Ce sont là des proportions très élevées, car Londres ne compte, par 100 000 habitants, que 22 décès dus à cette maladie.

La scarlatine est plus répandue dans la plupart des villes étrangères qu'à Paris, où elle ne fait que 7 victimes pour 100 000 habitants. Cette proportion s'est élevée en 1885 à 17 à Londres (où elle est ordinairement plus fréquente encore), à 31 à Berlin, à 10 à Vienne, à 20 à Bruxelles, etc. Parmi les villes françaises, celle qui a le plus de scarlatineux c'est encore Marseille (23 décès par 100 000 habitants). On ne saurait trop louer les travaux de ce genre. Ainsi comprise, la statistique rend les plus signalés services à l'administrateur aussi bien qu'au médecin.

CHOLÉRA. — Quelques cas de choléra se sont déclarés à bord du transport *le Tonquin*, dans la traversée de la baie d'Along à Saïgon; les autorités sanitaires de cette ville ont aussitôt mis ce bâtiment en quarantaine. Une douzaine de cas s'étant produits, sur lesquels 5 décès, on trouva la quarantaine insuffisante et le navire est encore aujourd'hui à Poulo-Condor.

D'après une note publiée par le *Jour al officiel* du 10 septembre, l'état sanitaire à bord du *Tonquin* s'est beaucoup amélioré, et l'on espère qu'il pourra sous peu effectuer son retour en France.

— Une dépêche d'Agram annonce que le choléra sévit avec une intensité extraordinaire à Lic, arrondissement de Delnice. Sur 918 habitants, il y a eu 99 cas et 20 décès. Les médecins sont reçus à coups de pierres par la population. Personne ne veut porter secours à son voisin. Nous apprenons également que le choléra vient d'éclater à Pesth.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Dubois, ancien interne des hôpitaux de Paris; Pottereau, médecin en chef de l'hôpital de Châteauroux; Millet, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Blois.

MORTALITÉ A PARIS (35e semaine, du 29 août au 4 septembre 1886). — (Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 0. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 13. — Choléra, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 55. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 29. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 36. — Broncho-pneumonie, 14. — Pneumonie, 34. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 130; au sein et mixte, 68; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 12. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 31. — Total : 1091.

MORTALITÉ A PARIS (36e semaine, du 5 au 11 septembre 1886. — Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 2. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 7. — Choléra, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 29. — Phthisie pulmonaire, 146. — Autres tuberculoses, 35. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 21. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 17. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 105; au sein et mixte, 69; inconnu, 12. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 62; de l'appareil circulatoire, 51; de l'appareil respiratoire, 38; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 17. — Total : 911.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des septicémies gangreneuses, par M. le docteur Forgue. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, par M. le docteur F. Lagrange, professeur agrégé, etc. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Des arthrites infectieuses (non tuberculeuses), par M. le docteur F. Lapersonne. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par M. le docteur Oddo In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme, par M. le docteur E. Curtil-Boyer. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique, par M. G. Legris. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De l'angine granuleuse arthritique, ses caractères et son traitement, par M. le docteur Boucamont. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 25

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

6762. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Situation faite aux étudiants en médecine par la loi sur la réorganisation de l'armée.

Nous avons annoncé récemment (p. 611) que, par décision du ministre de la guerre, les étudiants en médecine feraient désormais leur volontariat dans les corps de troupe et ne seraient plus incorporés dans les sections d'infirmiers. Diversement interprétée, cette mesure s'explique par les mauvais résultats qu'a donnés depuis plus de dix ans le système qu'elle condamne. Il est, en effet, reconnu par tous les médecins de l'armée que les étudiants en médecine, incorporés pendant un an dans les sections d'infirmiers de visite, n'y apprenaient presque rien, pas même la discipline militaire ; qu'ils y perdaient, au contraire, en grande partie le fruit de leurs études antérieures et qu'ils quittaient l'hôpital ne conservant de leur passage dans l'armée que du dégoût pour un service dont ils n'avaient connu que les plus mauvais côtés. Quelques mois plus tard, après avoir soutenu leur thèse, ils étaient d'ailleurs nommés médecins aides-majors de réserve, c'est-à-dire désignés pour des fonctions toutes différentes de celles qui leur avaient été précédemment imposées. Il en résultait donc que l'armée qui, en cas de mobilisation, aurait besoin d'infirmiers de visite expérimentés n'en trouvait plus, puisque la plupart de ceux qui avaient servi en cette qualité devenaient presque aussitôt médecins aides-majors. Une réforme s'imposait dès lors. La résolution qui vient d'être prise était seule compatible avec la loi nouvelle. Hâtons-nous d'ajouter que l'article 23 du projet de loi sur la réorganisation de l'armée rend cette réforme plus acceptable en décidant que les étudiants en médecine pourront obtenir les sursis nécessaires pour acquérir le titre de docteur et qu'ils seront ensuite appelés à servir comme médecins auxiliaires.

Aujourd'hui, en effet, si, conformément à la décision qui vient d'être prise, on impose à tous les étudiants en médecine une ou plusieurs années de service dans les corps de troupe, il arrivera nécessairement que cette interruption d'études, sans être d'aucune utilité pour l'armée, sera très préjudiciable aux futurs docteurs. Ceux-ci, ne devant jamais être appelés, en temps de guerre, à servir comme sous-officiers ou officiers d'infanterie, de cavalerie ou d'artillerie, auront inutilement perdu une ou plusieurs années. En vain objectera-t-on que tous les jeunes Français seront, dans les mêmes conditions, soumis à la loi militaire. La plupart d'entre eux serviront dans les bataillons actifs, quelle que soit leur profession dans la vie civile. Mais l'armée a et aura toujours besoin de médecins. Le simple bons sens indique donc qu'il convient de former les jeunes docteurs aux fonctions qu'ils auront à remplir en cas de mobilisation.

C'est précisément là ce que cherche à réaliser l'article 23 du nouveau projet de loi. D'après cet article, « les jeunes gens qui, ayant obtenu quatre années de sursis, sont pourvus du titre de docteur en médecine, accompliront leur service actif *dans un corps de troupe* en qualité de médecins auxiliaires. » Or, nous voudrions dès aujourd'hui le faire comprendre, quelque louables que soient les intentions de cet article, il nous semble qu'il devra être modifié pour devenir utilement applicable.

Nous n'insisterons pas sur les inconvénients que présentera cette nouvelle mesure aux yeux de tous ceux qui aspirent à l'internat des hôpitaux de Paris et qui prétendent prendre part aux concours ultérieurs du clinicat ou du prosectorat. La nécessité d'arriver en quatre ou cinq années au titre de docteur est aujourd'hui incompatible avec des études médicales longuement et sérieusement poursuivies dans les laboratoires et les cliniques. Mais on obtiendra aisément sans doute pour les lauréats des Facultés et les internes des hôpitaux ou bien de nouveaux sursis ou la faveur de servir comme médecins auxiliaires au même titre que leurs camarades diplômés. Peut-être aussi l'administration de l'Instruction publique prendra-t-elle à cet égard d'autres mesures. Ce qu'il importe donc de faire ressortir, c'est le danger de placer dans un régiment le jeune médecin qui n'appartiendra à l'armée que durant le temps nécessaire à son éducation militaire.

Le médecin d'un régiment a pour occupation : 1° la visite du matin, destinée à diriger sur l'hôpital les malades grave-

ment atteints, à traiter à l'infirmerie ou à la chambre les indispositions plus légères; 2° l'assistance régulière aux exercices de cible, à la baignade, aux marches militaires; 3° la surveillance, au point de vue de l'hygiène, de tous les casernements. La première et la troisième de ces fonctions exigent, pour être bien remplies, un médecin expérimenté. Dans tous les corps de troupe on charge donc les jeunes aides-majors des corvées militaires qui consistent à accompagner les détachements à la baignade, à la cible ou dans les promenades militaires. Tel est certainement le rôle que l'on imposerait aux médecins auxiliaires, à moins encore que le médecin-major ne les attache à sa personne en qualité de secrétaires pour tenir à jour ses registres ou sa comptabilité. Or, il ne faut pas l'oublier, le médecin auxiliaire sera sous-officier. Il ne pourra vivre avec les médecins du régiment. Ses commensaux seront les sous-officiers. Croit-on que, dans ces conditions, la vie de casernement sera bien profitable à ce médecin en sous-ordre et estime-t-on que le bon fonctionnement du service médical gagnera quelque chose à la situation qui lui sera faite vis-à-vis de ses chefs médicaux et militaires? Nous pensons, bien au contraire, que le médecin auxiliaire perdrait au régiment les habitudes de travail qu'il aura prises à la Faculté et que le service médical des corps de troupe, qu'il s'agisse d'exemption de service ou de discipline au sein de l'infirmerie régimentaire, souffrirait de la situation nouvelle faite à cet adjudant en médecine.

Tout autre serait sa position s'il était, à titre de médecin auxiliaire, désigné pour servir au début dans un hôpital militaire. Un médecin d'armée ne doit pas seulement connaître, comme on l'enseigne dans nos écoles, la pathologie, la thérapeutique ou l'hygiène. Il lui faut étudier l'épidémiologie et la médecine légale militaires, la chirurgie d'armée et les exercices de médecine opératoire qu'elle rend nécessaires; il importe qu'il sache quelle est la composition des voitures d'ambulance et quelles sont les manœuvres qu'elles exécutent; il doit être mis au courant de l'administration militaire dans ses rapports avec le fonctionnement du service médical. Toutes ces notions, le médecin auxiliaire pourrait les acquérir en six ou huit mois sous la direction des médecins militaires attachés à l'hôpital ou à la garnison. Par l'ordre du directeur du service de santé et sous le contrôle des médecins en chef, les médecins aides-majors ou majors des hôpitaux ou des corps de troupe trouveraient dans ces leçons un nouvel élément d'émulation et de travail. L'enseignement théorique et pratique qu'ils donneraient ainsi aux médecins auxiliaires serait complété pour ceux-ci par l'assistance aux visites des médecins traitants et par des exercices pratiques auxquels pourraient se joindre, si on le juge nécessaire, les leçons d'équitation ou de maniement d'armes souvent utiles même aux médecins.

Après avoir reçu cette éducation médico-militaire, les médecins auxiliaires seraient appelés, aux grandes manœuvres, à servir en qualité de médecins de régiment. Rien n'empêcherait d'ailleurs de les détacher de temps à autre, soit pour accompagner une colonne en marche, soit pour assister les troupes pendant les exercices de tir. Nul ne saurait méconnaître qu'un petit nombre de semaines suffisent à faire apprendre à un médecin tant soit peu zélé tous les mystères du fonctionnement du service régimentaire, voire même ceux des treize registres et de la comptabilité matières et deniers.

La réforme que nous réclamons est, on le voit, des plus simples. Nous pensons que c'est à l'hôpital et non au régiment ou à la caserne que l'on formera des médecins militaires bien au courant de toutes les exigences des fonctions qu'ils seront un jour appelés à remplir. Nous croyons que, dans la période d'études qui s'impose au médecin auxiliaire, le temps de son service régimentaire devra être relativement court et transitoire. Nous demandons dès lors que l'article 23 soit rédigé dans les termes suivants :

« Les jeunes gens qui, ayant obtenu quatre années de sursis, sont pourvus du diplôme de docteur en médecine accompliront leur service actif en qualité de médecin auxiliaire pendant un an. Ils seront mis à la disposition des médecins directeurs de corps d'armée, qui s'appliqueront à leur faire suivre, dans les hôpitaux militaires, les leçons et les exercices pratiques destinés à compléter leur instruction médico-militaire. »

L. Lereboullet.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Pathogénie de l'hématocèle.

La dénomination d'*hématocèle vaginale*, imposée par Heister, est impropre et devrait disparaître de la nosographie. Hématocèle signifie hernie ou tumeur sanguine; or le sang peut manquer dans les hématocèles. Nous préférerions le nom de *vaginalite chronique*, proposé par certains auteurs, ou celui de *périorchite*, employé par Kocher. Encore ces appellations semblent-elles mieux applicables aux vieilles hydrocèles à parois altérées ou aux adhérences des deux feuillets de la séreuse. Le terme de *pachyvaginalite* nous paraît seul donner une notion exacte sur l'anatomie pathologique, qu'il rattache d'un mot aux lésions semblables des méninges. Aussi dirons-nous, et ce sera notre définition : la pachyvaginalite, mal nommée hématocèle vaginale, est une affection caractérisée par un épanchement considérable, une abondante néo-formation des parois de la séreuse.

I

Le mode de formation de ces néo-membranes rappelle trait pour trait le développement des couches stratifiées de la pachyméningite, la mieux étudiée des inflammations chroniques des séreuses : un petit caillot fibrineux se dépose sur la séreuse sans l'altérer, malgré son adhérence. Au microscope, il ne paraît constitué que par un réseau où les leucocytes abondent; on trouve bien quelques globules rouges, mais disséminés, tandis que les globules blancs sont groupés en amas qui ne sont autre chose que des centres de coagulation. Dès le début, l'inflammation chronique est donc sèche; bientôt ce petit caillot fibrineux s'étend et prend les apparences d'une lamelle facile à détacher avec l'ongle, sans adhérence intime avec le revêtement endothélial. Ce n'est qu'une sorte de placage, car l'endothélium est sain, et, lorsque la lamelle est détachée, alors même que son épaisseur égale 1/2 millimètre, la séreuse sous-jacente n'a subi aucune altération, à tel point qu'une fois la fibrine détachée on n'en saurait plus trouver le siège primitif. La fausse membrane, encore simple coagulum, emprisonnant des leucocytes dans ses mailles, commence à s'organiser. Sa couleur se modifie, elle devient plus blanche, plus résistante, et ses leucocytes, loin de mourir, se transforment en cellules étoilées qui deviennent bientôt cellules à longs prolongements angioplastiques; dès lors, nous avons une petite néomem-

brane qui contracte des adhérences plus ou moins intimes avec les parois de la séreuse dont l'épithélium se laisse pénétrer par des pointes angioplastiques.

Les cellules angioplastiques vont parcourir le cycle de leur évolution naturelle : elles deviennent vaisseaux sanguins qui s'alimentent aux réseaux sous-séreux; ces capillaires ont d'énormes dimensions : ce sont, pour la plupart, de petites artérioles possédant une tunique moyenne et une tunique adventice; mais les anastomoses sont rares entre les vaisseaux de la néomembrane et ceux du tissu sous-séreux. Aussi les adhérences, plus résistantes cependant qu'au premier jour, ne sont jamais bien intimes; quelle que soit l'épaisseur de la néo-membrane, elle se détache facilement, et la séreuse sous-jacente conserve son apparence normale et son aspect primitif. La fragilité des parois vasculaires en explique la facile rupture, et les hématomes qui s'accumulent parfois entre la séreuse et la néo-membrane. La collection se résorbe le plus souvent et ne laisse à sa place qu'un interstice ocreux, mais elle peut persister lorsqu'elle est plus abondante, et le sang rester liquide presque indéfiniment. Quoi qu'il en soit, le dépôt cruorique sert d'appel à une nouvelle formation fibrineuse, d'où résulte un nouveau placage, de nouvelles néo-membranes, des formations vasculaires nouvelles, avec de nouvelles hémorrhagies. Et c'est ainsi que la séreuse accumule ses stratifications.

Nous avons vu que la rupture des gros capillaires peut amener des épanchements sanguins considérables, véritables hématomes situés entre les stratifications de la néo-membrane : c'est le cas le plus ordinaire; mais, d'autres fois, le sang fait irruption à la surface de la néo-membrane et comble l'ancienne cavité d'un mélange de sérosité et de sang. Souvent le liquide n'emplit qu'imparfaitement la poche; l'exsudation fibrineuse établit alors des adhérences entre les deux feuillets; la fusion est plus ou moins étendue : de là le volume plus ou moins considérable de la cavité kystique. D'après ce qui précède, on comprend les variétés que présentent nos pachyvaginalites : ou bien l'hématocèle est un épaississement de la vaginale, composé de couches stratifiées avec infiltrations hémorrhagiques, et, dans ce cas, il existe tantôt une adhérence générale des deux feuillets, tantôt un écartement de ceux-ci par un liquide citrin d'hydrocèle; ou bien la vaginale est remplie par du sang plus ou moins foncé, suivant l'ancienneté de son effusion. Il arrive même à ne plus avoir de coloration rouge, mais seulement au bout d'un temps très long.

II

On ne saurait se prononcer sur la fréquence absolue de cette affection, assez rare si on l'entend à la manière des anciens auteurs, de rencontre courante si nous comptons comme hématocèle un épanchement verdâtre ou citrin qu'enveloppe une séreuse hyperplasiée. Cette année, dans notre petit service de l'hôpital Broussais, nous n'avons traité qu'une hématocèle au vieux sens du mot, tandis que nous avons excisé cinq vaginales épaisses de 2 à 3 millimètres, chagrinées, rugueuses et abondamment vascularisées. Nous les rangeons, sans respect, ou pour mieux dire par respect de la nosographie, parmi les pachyvaginalites dont la classe s'étend ainsi au détriment de l'hydrocèle.

C'est une affection de tous les climats : elle doit être très fréquente en Egypte. Osman Wacil ne nous dit-il pas qu'au Caire les vaginalites chroniques sont si nombreuses qu'un spécialiste a pu faire une fortune considérable en les opérant à 60 centimes? Elle est à peu près de tous les âges, pourtant exceptionnelle avant la puberté, et, si Bryant nous parle d'un enfant de deux ans atteint d'hématocèle, dans nos 117 observations, nous n'en trouvons que 5 où la pachyvaginalite ait débuté avant douze ans. 4 seulement des 48 faits de Kocher ont trait à des individus au-dessous de vingt. La fréquence s'accroît avec l'âge : on rencontre surtout ces tumeurs dans les services de vieillards, et c'est de Bicêtre que je tiens mes cas les plus nombreux. La statistique de Kocher et celle de Jamain confirment la nôtre : 33 individus sur 48 et 15 sur 23 avaient dépassé la quarantaine. On a incriminé certaines professions : les cavaliers dont les bourses trop longues heurtent sans cesse le pommeau de la selle sont parmi les plus souvent atteints.

Certes, le traumatisme joue un rôle considérable dans la production des hématocèles; mais il y en a beaucoup qui naissent et se développent d'une manière insidieuse, et les malades ne peuvent retrouver dans leur mémoire le souvenir d'une violence quelconque. Près d'un tiers de nos observations rentrent dans cette catégorie; encore parmi ceux qui accusent un effet ou un coup, nous soupçonnons que souvent ce traumatisme a été l'occasion d'un examen attentif de la glande, où l'on a reconnu une humeur déjà existante, dont le volume, du reste, a pu s'accroître d'une manière subite. Nous devons tenir compte de toutes ces causes d'erreur, mais un traumatisme indiscutable se découvre à l'origine de trop de pachyvaginalites et chez des individus évidemment intacts jusque-là pour qu'on ose révoquer en doute sa valeur pathogène. Un malade de Chassaignac saute pour se mettre en selle sur un cheval lancé au galop, un de nos clients provoque l'apparition de la maladie en rapprochant violemment les cuisses. Les coups de poing, coups de pied, les pressions et les pincements dans les jeux ou dans les pugilats; les chutes à califourchon, les contusions sur les coins de table, sur les barrières, contre des pieux se retrouvent en nombre d'observations.

Les ponctions d'hydrocèle sont une des causes le plus souvent invoquées. On évacue la vaginale, on fait une injection, et la tumeur récidive avec des parois épaisses et du liquide brun noir ou chocolat. L'inflammation provoquée par l'iode peut bien irriter la séreuse; mais nous croyons que, le plus souvent, la pachyvaginalite existe déjà; c'est même à sa présence qu'est dû l'échec du traitement : les feuillets trop rigides n'ont pu se juxtaposer et la fusion n'a pas eu lieu. Nous admettons cependant que telle vaginalite chronique, dont l'évolution lente eût abouti à quelque plaque dense et peu vasculaire, s'accroisse tout à coup et se double de néomembranes embryonnaires irriguées par des vaisseaux sans résistance et que rompra le premier choc. En résumé, la ponction et l'injection iodée n'ont fait qu'aggraver une pachyvaginalite en formation ou déjà formée, car ici nous ne voulons pas parler des cas incontestables où, dans le traitement de l'hydrocèle, un vaisseau de la glande a été ouvert par la pointe du trocart. Nous laissons aussi de côté les faits où le sang provient d'une source extravaginale et pénètre dans la séreuse par l'orifice qu'a créé le trocart. Ces accidents étaient beaucoup plus fréquents lorsqu'on se servait de la lancette, qu'on ne faisait pas d'injections, et qu'on permettait au malade de reprendre aussitôt ses occupations. La section des tissus était plus grande, le retrait des parois plus brusque, la pression exercée sur la vaginale cessait plus vite, la marche pouvait provoquer la rupture des petits vaisseaux, toutes

raisons qui suffisent pour expliquer l'hémorrhagie. Mais ces épanchements sanguins ne nous regardent pas, et nous ne comprenons guère que Kocher leur consacre, dans ses excellents travaux, un article à part sous le nom d'*hématocèles traumatiques*. Il s'agit d'une simple complication à signaler tout au plus à propos du traitement de l'hydrocèle.

L'effort est incriminé dans un très grand nombre d'observations : ici encore une distinction est à faire. Très souvent la pachyvaginalite existe déjà, les feuillets de la séreuse sont épaissis, et les vaisseaux jeunes qui les parcourent se rompent sous l'influence d'une tension plus grande. La tumeur alors double ou triple de volume. Mais du sang peut-il, sous l'impulsion d'un effort, s'épancher dans une vaginale saine? Des observations indiscutables le prouvent : au cours d'une secousse de toux survient, chez un cordonnier cité par Svalin, une large ecchymose du scrotum; on incise, et l'on trouve en dehors de la suffusion sanguine pariétale un gros caillot qui distendait la séreuse. L'hémorrhagie avait pour cause la rupture d'un vaisseau artériel de la tête de l'épididyme. Kocher cite le cas d'un lieutenant qui, au commandement de « marche! » sentit en s'élançant une douleur très vive; la bourse se tuméfia et noircit, et l'on retira de la cavité vaginale deux verres de sang noirâtre.

Une expérience de Kocher nous donne l'explication de ce phénomène bizarre. Sur le cadavre d'un homme jeune et vigoureux, le cordon spermatique est mis à nu et on lie une canule le long du canal déférent; on pousse une injection de gélatine; elle produit une tuméfaction de la grosseur du poing, qui cache en partie le testicule; la masse molle a pénétré dans le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme et affleure le bord postérieur du testicule; en ce point la vaginale, soulevée par la gélatine, est fortement tendue et présente une foule de petites fissures à travers lesquelles l'injection filtre dans la cavité de la séreuse, qui contient une couche de gélatine épaisse de 1 centimètre. Pendant l'effort, le sang de l'abdomen est refoulé dans les vaisseaux, qui peuvent se rompre; un hématome diffus du cordon spermatique se produit; il fuse sous la séreuse, la perfore, et l'épanchement sanguin intravaginal est bientôt constitué.

Donc les violences sur le scrotum, les ponctions dans les hydrocèles, l'effort et la « presse abdominale » peuvent provoquer dans la vaginale une irruption de sang qui provient du testicule ou de l'épididyme, des enveloppes des bourses ou de la séreuse elle-même. Cet épanchement, simple épisode dans l'étude des traumatismes de la glande ou de la contusion des bourses, nous intéresse pourtant, car, selon les idées de Velpeau, il peut avoir pour conséquence une pachyvaginalite véritable, non, comme le voulait l'illustre clinicien, par une organisation directe du sang; mais ce sang agirait sur la séreuse comme le fait un corps étranger; il l'irrite, et les globules blancs, issus par diapédèse, s'organisent en néo-membranes. Ne voyons-nous pas même certains hématomes des mailles cellulaires sous-cutanées, en particulier les « hématocèles pariétales » de Béraud, s'entourer de strates multiples, de couches concentriques épaisses? Or le tissu conjonctif est moins apte que les séreuses à l'organisation de ces néo-membranes. Gosselin discute ce point dans son fameux article des *Archives;* mais, s'il conclut à la possibilité de la pachyvaginalite, il ne croit guère à sa fréquence, et, pour lui, les tumeurs consécutives à une hémorrhagie traumatique ne fourniraient qu'un maigre apport au nombre total des hématocèles. Ne sait-on pas, depuis les expériences de Trousseau, que le sang « non enflammé » injecté dans les séreuses se résorbe le plus souvent sans en altérer les parois?

III

Mais il faudrait s'entendre sur ces mots de pachyvaginalite « primitive » ou « spontanée ». La pathologie générale nous apprend que les séreuses, peu susceptibles par elles-mêmes, sont, au contraire, très sensibles aux altérations des organes qu'elles enveloppent. Les arthrites aiguës ou chroniques deviennent de plus en plus une affection des extrémités osseuses; les synovites sont souvent des ténosités; les pleurésies évoquent l'idée d'une lésion pulmonaire, et, pour ce qui est de la glande spermatique, M. Panas ne soutient-il pas depuis longtemps que les hydrocèles ont pour origine quelque tare de l'organe? Pour nous, notre conviction est faite, et nous en dirons autant sur l'hématocèle. Je sais bien que, dans certaines observations, testicule et épididyme sont déclarés sains; mais je m'imagine que nombre de poussées fluxionnaires, de congestions de courte durée, de contusions légères et répétées, peuvent à chaque coup laisser un stigmate sur la séreuse, qui s'épaissit de plus en plus. N'explique-t-on pas ainsi les adhérences pleurales que révèlent les autopsies, les fibromes cornéens du foie et de la rate, les « leucomes » du péricarde et nos pachyvaginalites spontanées? Dans les irritations habituelles et non perçues tant elles sont faibles, comme la contusion des bourses du cavalier sur le pommeau de la selle, la glande souffre plus que la séreuse; mais la congestion, momentanée dans la première, se répercute sur la seconde, qui réagit par la production d'une néo-membrane. Nous parlerons à cette place de l'influence incontestable des hernies scrotales, influence que nous ne voyons pourtant mentionnée nulle part. Les irritations du sac doivent retentir sur la vaginale qui lui est juxtaposée : en tout cas, dans nos 117 observations, nous en trouvons près d'un tiers où il y a coïncidence, et la hernie est toujours du même côté que l'hématocèle.

On admet que les inflammations aiguës de la vaginale sont, la plupart du temps, secondaires. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans les inflammations chroniques? D'ailleurs, les altérations visibles et sensibles de la glande sont très fréquentes, et nous en trouvons un bon nombre dans nos 117 observations. Moulinié constate, dans une hématocèle bilatérale, l'atrophie du testicule droit et l'hypertrophie du gauche. Dans une seconde observation, la glande est dure, tuméfiée, raboteuse, et l'épididyme considérablement développé. Dans le fait de Bouchard, le testicule, inclus dans les membranes, ne mesure que la moitié de son volume habituel; l'épididyme du congénère est induré. Quénu cite un cas où l'épididyme est tuméfié et dur. Ericksen parle d'un kyste sanguin intra-épididymaire, et Poinsot d'un ramollissement de la glande. Ses néo-membranes, provoquées par les affections du testicule, ne sont pas rares; nous les avons rencontrées dans quelques cas de sarcome, et notre thèse de doctorat sur la tuberculose du testicule contient une foule d'exemples où des péri-épididymites et des péri-orchites très intenses enveloppaient des organes dégénérés. Quelques auteurs, Chassaignac entre autres, ont parlé d'hématocèles provoquées par la tuberculose.

Enfin récemment Tédenat, Kocher et nous-même n'avons-nous pas appelé l'attention sur les pachyvaginalites survenues au cours d'une syphilis de la glande? Dans notre mémoire de 1882, nous insistons sur les néo-membranes épaisses qui entourent l'épididyme d'une atmosphère fibreuse de 1 ou

2 centimètres; nous montrons que, dans les formes scléro-gommeuses, les deux feuillets de la séreuse hypertrophiée se fusionnent, et nous relatons un cas où les enveloppes des bourses se confondaient en une membrane unique de consistance fibro-cartilagineuse. Le tissu scléreux formait une coque qui triplait le volume de l'épididyme; le canal déférent à son origine et les vaisseaux du cordon étaient perdus dans cette gangue. Tédenat nous montre des néo-membranes vasculaires circonscrivant une cavité remplie de liquide hématique. Nous exhumons un vieux cas de Nélaton où une tumeur des bourses, vieille de sept ou huit mois, se rompt pendant une marche forcée, et une ecchymose énorme apparaît au scrotum; on ponctionne la vaginale, dont il s'écoule 80 grammes de sang; le testicule est « engorgé », indolore; les membranes qui l'enveloppent sont épaissies. On donne par doses ascendantes jusqu'à 20 grammes d'iodure de potassium par jour, et la tumeur disparaît. En ce moment nous observons un cas remarquable : un malade entre à Broussais pour une double pachyvaginalite : ponction et issue à droite de 250 grammes de liquide séreux; à gauche, de 80 grammes de liquide hématique. La vaginale est encore flexible et revient sur elle-même à droite; à gauche, elle crépite comme du cuir neuf et s'aplatit comme une ventouse en caoutchouc. Des deux côtés nous reconnaissons les signes du testicule syphilitique : indolence, dureté ligneuse, irrégularité de la glande : 6 grammes d'iodure de potassium, et la tumeur fond sous nos yeux; la pachyvaginalite s'assouplit, et nous touchions à la guérison totale lorsque le malade, fort indocile, quitta brusquement l'hôpital.

IV

La pachyvaginalite est donc pour nous une affection secondaire; une lésion, cachée ou patente, de la glande spermatique la précède et l'engendre; l'inflammation du viscère a comme corollaire l'inflammation de la séreuse, qui devient parfois la maladie principale. Voici comment nous et notre ami Ed. Brissaud, qui nous a beaucoup aidé dans ce travail, reflet de nos idées communes, comprenons l'enchaînement et la succession des phénomènes. La glande est irritée, la circulation se ralentit, et les globules blancs quittent les vaisseaux au niveau des bouches absorbantes. Ces leucocytes sont un centre de coagulation pour la fibrine, qui s'étale en minces couches au-dessus de l'épithélium sain encore; l'exsudat fibrineux ne se dépose pas indistinctement dans tous les points; il s'accumule dans les régions où les lymphatiques viscéraux sont le plus abondants, et, règle générale, plus sont étroites les connexions des lymphatiques viscéraux avec les lymphatiques sous-séreux, plus facile et plus intense sera la réaction de la séreuse. Cette loi nous explique une particularité bien remarquable, l'abondance des néo-membranes au niveau de l'épididyme, leur absence ou leur extrême ténuité à la surface du testicule.

En effet, les lymphatiques de la membrane albuginée n'ont aucune connexion avec ceux du feuillet séreux qui l'enveloppe, et les uns et les autres, sans réseau commun et sans anastomose, convergent vers l'épididyme. On n'a point ces inoculations à plein canal observées à la plèvre, au péricarde et au péritoine. Cette indépendance singulière, ce manque de solidarité cesse au niveau de l'épididyme, où capillaires séreux et parenchymateux se mêlent et confluent. Aussi, selon la règle, le testicule et son albuginée réagissent à peine sur la séreuse, presque toujours intacte, tandis que l'épididyme imprime à son feuillet une activité remarquable.

Et les occasions sont nombreuses. L'épididyme est bien souvent malade, ce n'est point un conduit excréteur banal — ce rôle est dévolu au canal déférent — c'est un organe très délicat et sensible par excellence; son atmosphère celluleuse lâche le protège à peine, tandis que le testicule est à l'abri sous sa carapace albuginique; sa richesse vasculaire est extrême; il est le centre d'irradiation des artères, le point de convergence des veines, et à ses lymphatiques il ajoute ceux du testicule. Aussi voit-on se développer dans l'épididyme les inflammations qui, parties de l'urèthre, ont traversé impunément la prostate, les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales et le long trajet du canal déférent.

Ce long article pourrait se résumer ainsi : la pathologie générale nous apprend que les inflammations des séreuses sont presque toujours secondaires, elles succèdent aux lésions des organes qu'elles enveloppent. La vaginale n'échappe point à cette loi, et l'examen des conditions étiologiques, la lecture des observations nous montrent que l'hématocèle, en particulier, doit avoir pour origine non une irritation directe, mais quelque affection de la glande spermatique. Encore faut-il distinguer. Et nous voyons en effet que le testicule isolé dans sa membrane albuginée, sans relation intime avec le feuillet de sa séreuse, est à peu près sans influence sur la production des néo-membranes absentes ou peu épaisses à son niveau. Au contraire, l'épididyme, délicat, sensible, mal protégé, très vasculaire, réagit d'autant plus sur la vaginale que leurs deux réseaux lymphatiques s'anastomosent largement : c'est donc à son niveau que s'accumuleront les néo-membranes, et leurs feuillets seront d'autant plus épais qu'ils se rapprocheront de ce centre originel.

Paul Reclus.

DERMATOLOGIE

Du lichen et du prurigo.

(Suite. — Voyez le numéro 38.)

III

Dans cette troisième et dernière partie de notre étude nous rechercherons si l'ancien groupe lichen mérite bien réellement d'être entièrement supprimé, ou bien s'il faut l'admettre de nouveau en le modifiant comme le veut M. le docteur E. Vidal.

Cet auteur n'y range plus le *lichen pilaris*, qui n'est qu'un degré exagéré de xérodermie, et le *lichen scrofulosorum* que les anciens dermatologistes décrivaient dans leur *lichen circonscriptus*, et qui n'est pour lui qu'une affection des glandes pilo-sébacées. Nous nous sommes expliqués plus haut à cet égard. Il conserve, ainsi que nous l'avons vu, deux grandes variétés de lichen : 1° *L. simplex* (*a. aigu; b. chronique*); 2° *L. polymorphe* (*a. mitis; b. ferox*); il fait rentrer le prurigo dans le lichen; car, pour lui, « le prurigo n'est qu'un gros lichen, ou le lichen un petit prurigo ». Il conserve toutefois la dénomination de prurigo pour les éruptions prurigineuses constituées par des papules excoriées et symptomatiques de parasites ou d'états morbides divers. Telles sont en quelques mots les idées de notre excellent et très honoré maître.

Dans l'examen critique d'une question aussi difficile il ne s'agit pas de se payer de mots ou d'adopter d'emblée une théorie plus ou moins séduisante. Je ne crois pas non plus

que l'on doive encore à l'heure actuelle être partisan en dermatologie d'une simplification à outrance, procédé sans doute fort commode pour les professeurs et pour leurs élèves, mais réellement pernicieux pour la connaissance approfondie des affections et de leurs formes. Dans le cas particulier, il nous semble que, pour tâcher d'arriver à une solution, nous devons avant tout rechercher si les divisions adoptées par M. le docteur E. Vidal répondent réellement à des faits qu'il serait difficile de faire rentrer dans un autre groupe morbide bien défini.

1° Lichen simplex. — *a*. Le *lichen simplex aigu* consiste pour M. le docteur E. Vidal « en une éruption de petites papules disséminées. Il débute soudainement, surtout au printemps ou pendant l'été, plus particulièrement chez des jeunes gens à peau fine et délicate : on observe quelquefois du malaise, de l'anorexie, de la fièvre ; le plus souvent il ne se produit pas de phénomènes généraux. Il s'accompagne d'une sensation de picotements, de démangeaisons, d'un prurit assez vif, quelquefois excessif, qui peut précéder l'éruption, ou même exister alors qu'elle est encore à peine perceptible. Puis on voit des papules plus ou moins abondantes, rosées, apparaître sur le cou, sur la face, sur les membres, en particulier sur les mains et sur les avant-bras. Ce sont de petites éminences dures, pleines, solides, c'est-à-dire ne renfermant aucun liquide, d'une coloration rouge ou rosée, dépassant rarement les dimensions d'un grain de millet, quelquefois si petites qu'elles ne se révèlent que par une sensation toute particulière de rudesse que la peau donne quand on la touche. Leur forme est généralement en rapport avec leur volume ; elles sont acuminées ou coniques, quand elles sont petites; aplaties, lenticulaires ou même presque hémisphériques, quand elles sont plus grosses ; leur surface est sèche, rugueuse, recouverte de petites squames épidermiques. Quand elles sont très abondantes, la poussée peut s'accompagner d'une tuméfaction des téguments, déterminée par une congestion œdémateuse. Il n'est pas rare de voir sur un certain nombre de papules, une petite croûtelle brunâtre, une gouttelette de sang coagulé, résultat de l'excoriation produite par le grattage » (Vidal, *loc. cit.*). Suivant le mode de groupement des éléments éruptifs on peut avoir les variétés suivantes, *L. général*, *L. circonscrit*, *L. sparsus*, *L. confertus*, etc. Ces dernières distinctions n'ont d'importance qu'en ce que les cas dans lesquels l'éruption est circonscrite ont beaucoup plus de tendance à passer à l'état chronique que ceux dans lesquels l'éruption est disséminée.

M. E. Vidal fait rentrer dans ce groupe le *lichen lividus* qui n'est qu'un *lichen simplex* à papules ecchymotiques ; ces hémorrhagies cutanées ne tiennent d'ailleurs qu'à la disposition toute particulière du sujet, lequel est le plus souvent avancé en âge ou débilité.

Le *lichen simplex aigu* ne dure que de trois semaines à un mois. L'auteur en rapproche l'affection spéciale aux enfants, à laquelle les dermatologistes ont donné le nom de *strophulus simplex intertinctus*, et qui est « constituée par une éruption de papules disséminées sur plusieurs points du corps, distinctes les unes des autres, du volume d'une grosse tête d'épingle, à base un peu rouge et entremêlées de taches érythémateuses. Le prurit est fort intense » (Vidal, *loc. cit.*).

La description qui précède répond à des faits réels, incontestables, mais assez rares; j'en ai observé pour ma part. Peut-on les faire rentrer dans un autre groupe morbide connu ? Il est vraiment impossible de les assimiler à de l'urticaire ou à de simples éruptions sudorales avec lesquelles ils ont cependant quelques traits communs. Peut-on en faire des érythèmes polymorphes à forme papuleuse ? Je ne le crois pas ; car ils sont bien nettement caractérisés par des papules petites, acuminées, prurigineuses, ne présentent pas d'autres éléments éruptifs, et n'ont pas les mêmes localisations que les érythèmes polymorphes ; cependant il y a des cas où je reconnais que le diagnostic est bien difficile. Je ne pense pas non plus que l'on soit en droit d'en faire une variété d'eczéma papuleux. Je sais que sous l'influence de Hebra, d'Erasmus Wilson, de Hardy et de beaucoup d'autres auteurs, on a de la tendance à ranger dans l'eczéma presque toutes les dermatoses vésiculeuses et papuleuses, pourvu que l'on trouve des faits de transition entre ces affections et une variété non contestée d'eczéma. La transition entre l'eczéma vésiculeux et le *lichen simplex* se fait par l'eczéma papulo-vésiculeux disséminé ; que le malade excorie la vésicule de l'eczéma papulo-vésiculeux ou le sommet de la papule pleine du *lichen simplex*, et l'aspect des deux lésions est identique ; que quelques lésions artificielles de grattage se surajoutent et l'on a tous les éléments nécessaires de dermite eczématiforme permettant de rattacher cette éruption purement papuleuse à l'eczéma. J'estime que cette manière de raisonner est en clinique peu logique et dangereuse. Elle est peu logique, car il faut tenir compte avant tout, quand on veut classer une maladie, de ses caractères majeurs, ce qu'on est loin de faire en admettant les principes qui précèdent : d'autre part, pour qu'un type morbide soit admis sans discussion, il faut que la symptomatologie en soit nette et précise. Or je soutiens : 1° que l'eczéma tel qu'il est compris par la plupart des dermatologistes n'est qu'un chaos de lésions cutanées souvent fort disparates ; 2° que, si l'on veut conserver un sens à ce mot, il faut en revenir à sa définition première et s'y maintenir sans trop glisser sur la pente fatale pour la précision scientifique des généralisations ; 3° que dans ce cas il est impossible d'y faire rentrer une éruption purement papuleuse comme celle dont nous venons de donner la description.

Je dis de plus que la manière de raisonner de ceux qui soutiennent l'identité de nature du lichen et de l'eczéma est dangereuse, car en se servant des mêmes arguments on peut faire rentrer presque toute la dermatologie dans l'eczéma. Il n'est pas nécessaire d'être bien versé dans l'étude des maladies de la peau pour savoir que dans quelques cas le psoriasis avorté ressemble à de l'eczéma sec, que parfois les placards de psoriasis enflammé simulent tellement des lésions eczémateuses que le diagnostic différentiel en est à peu près impossible. Irons-nous soutenir pour cela que le psoriasis doit rentrer dans l'eczéma ? Et cependant entre les deux affections nous trouvons les transitions les plus insensibles. Le mycosis fongoïde d'Alibert et de Bazin, cette affection mortelle si spéciale, débute d'ordinaire par des éruptions tellement semblables à de l'eczéma que dans l'immense majorité des cas, on les regarde comme telles jusqu'à l'apparition des infiltrations caractéristiques des téguments. Est-il possible de soutenir que le mycosis fongoïde soit une variété d'eczéma, et y a-t-il aujourd'hui un seul dermatologiste qui ose lui donner le nom de lichen hypertrophique sous lequel M. Hardy l'avait autrefois désigné ?

Je le répète donc, j'estime pour ma part que, lorsqu'on veut classer un fait, il faut surtout tenir compte de ses caractères majeurs et des caractères majeurs du groupe dans

lequel on veut le ranger. Quand il n'y a pas identité entre eux, on ne doit pas fausser la véritable valeur des faits ou façonner le groupe morbide (quand il est bien constitué), pour les faire rentrer l'un dans l'autre et simplifier la pathologie.

C'est pour ces raisons qu'on ne peut, à mon sens, ranger l'affection décrite sous le nom de *lichen simplex* aigu par M. le docteur E. Vidal, ni dans l'eczéma, ni dans les éruptions sudorales, ni dans l'urticaire, ni dans les érythèmes polymorphes, quoiqu'il convienne d'établir quelques réserves sur ces derniers points.

Je me demande si les Allemands n'ont pas déjà compris la nécessité d'en faire une affection à part, et s'ils n'ont pas décrit sous le nom de *lichen ruber acuminatus* des cas de *lichen simplex* aigu. Le mémoire d'Unna sur le *lichen ruber* me le donnerait à penser. Il est vrai qu'à côté de faits dans lesquels il s'agit d'éruptions aiguës et fugaces, il décrit toujours sous le même nom de *lichen ruber acuminatus* des *pityriasis rubra pilaris*, affection essentiellement chronique. Il me serait parfaitement indifférent pour ma part de voir dénommer les faits que nous étudions en ce moment *lichen acuminatus* ou *lichen simplex aigu*, bien que je préfère la dernière étiquette qui a pour elle l'ancienneté et plus de précision; mais je repousse complètement la dénomination de *lichen ruber acuminatus*, car l'épithète *ruber* semble vouloir indiquer qu'il existe un lien étroit entre ces faits et le *lichen ruber planus*, théorie contre laquelle je crois devoir protester. Jusqu'à plus ample informé et tout en formulant quelques réserves, je crois donc qu'on peut accepter le *lichen simplex aigu* tel qu'il a été décrit par M. le docteur E. Vidal.

b. Le *lichen simplex chronique* du même auteur peut succéder à une poussée de *lichen simplex aigu* qui laisse après elle une ou plusieurs plaques circonscrites composées d'un certain nombre de papules groupées : il peut aussi être chronique d'emblée. « Les papules sont dans ce cas moins rouges que dans la forme franchement aiguë ; elles deviennent confluentes, de façon à constituer une plaque ; elles ne sont plus alors reconnaissables qu'au voisinage des bords, qui sont cependant assez nettement arrêtés et saillants. La surface de la plaque est rugueuse et inégale : elle donne au toucher la sensation d'une surface granuleuse comme celle de la peau d'une orange. On y remarque de petites squames furfuracées, une grande quantité de petits sillons entrecroisés comme des hachures de dessin ; parfois elle présente des traces d'excoriations consécutives au grattage, et qui se recouvrent de minces croûtelles. La coloration de la peau est d'un rouge un peu terne, presque grisâtre ; elle est épaissie, indurée ; elle a perdu sa souplesse » (Vidal, *loc. cit.*).

La description précédente répond à des faits pathologiques assez nombreux : on voit que les plaques de lichen chronique débutent par des papules et poursuivent toute leur évolution en gardant ce caractère constant de sécheresse. J'invoquerai donc les mêmes raisons que précédemment, et sans réserve aucune cette fois, pour ne pas en faire purement et simplement une variété d'eczéma. On m'objectera sans doute qu'il est des lésions cutanées qui débutent par de l'eczéma typique, produisent peu à peu de l'infiltration et de l'épaississement du derme, finissent par devenir presque semblables sinon identiques d'aspect aux plaques de *lichen simplex* chronique et sont en tous points dignes du nom d'eczéma lichénoïde. Voilà donc encore la lésion de transition qui établit le passage entre le lichen chronique et l'eczéma. Nous connaissons ces faits ; nous savons que le diagnostic en est parfois bien difficile, mais il n'en est pas moins vrai qu'il nous semble illogique de ranger dans l'eczéma des dermatoses caractérisées pendant toute leur évolution par des lésions nettement papuleuses, par un épaississement et une induration marquée du derme. Si l'on veut quand même vicier le sens primitif du mot eczéma et continuer à donner ce nom aux lésions cutanées dont nous parlons, on nous accordera que c'est là un eczéma de nature bien spéciale et complètement dévié du type ordinaire. Pourquoi donc ne pas lui donner un nom particulier et ne pas le décrire à part ? Pour moi, je le répète, je ne peux m'empêcher d'y voir un processus morbide différent du véritable processus eczémateux et je ne vois vraiment pas pourquoi on n'accepterait pas le *lichen simplex* chronique tel que je viens de le définir.

2° *Lichen polymorphe.* — J'ai déjà dit que M. le docteur E. Vidal désigne sous le nom de lichen polymorphe « une forme de lichen grave, caractérisée au point de vue objectif par ce fait que l'éruption n'est pas toujours sèche, mais qu'elle peut s'enflammer, suinter, se recouvrir de croûtes ; c'est le *lichen agrius* des anciens auteurs ». Il en distingue deux variétés.

a. La première variété ou *lichen polymorphe mitis* est, il faut bien le reconnaître, assez discutable. « Il survient le plus souvent chez des individus prédisposés qui sont soumis à certaines irritations répétées comme les épiciers, les maçons, les blanchisseurs, les boulangers, etc. Aussi le rencontre-t-on surtout sur les points du corps plus exposés que les autres au contact de substances irritantes. Il débute par une éruption d'éléments papuleux, assez petits, discrets, d'une couleur rosée. Ils sont saillants, comme acuminés, puis ils se multiplient, s'étendent, augmentent de volume, finissent par devenir confluents au centre, tandis qu'à la périphérie, sur les points récemment envahis on en retrouve toujours d'isolés, très nettement reconnaissables, et qui, en cas de doute, permettraient de poser le diagnostic. Les plaques qui se forment ainsi sont plus ou moins étendues, assez irrégulières, à contours diffus.... Les démangeaisons sont vives, le malade se gratte, écorche le sommet des papules; il s'en écoule un liquide séro-sanguinolent un peu poisseux qui se concrète et forme des croûtes jaunâtres, parfois teintées en brun par le sang.... Le plus souvent l'éruption entretenue par les irritations extérieures... passe à l'état chronique : les tissus finissent alors par être assez profondément envahis; l'hyperplasie conjonctive est assez accentuée pour amener un épaississement de la peau des plus notables. Les téguments sont durs, résistants, sillonnés de plis et de fissures, tantôt fort irréguliers, tantôt formant en s'entre-croisant une sorte de quadrillé, etc. » (Vidal, *loc. cit.*).

Cette variété de lichen, à mon sens assez mal définie en tant que lichen, est ce me semble, la cause principale de toutes les discussions qui ont lieu à propos de ce groupe. Ce *lichen agrius* des anciens auteurs est, je dois bien l'avouer, fort voisin de certains eczémas chroniques rebelles ; il me semble qu'il faut surtout considérer ces faits comme des dermatites de cause externe se développant chez des sujets prédisposés.

b. Nous avons déjà vu que le *lichen polymorphe ferox* de M. le docteur Vidal correspond à l'affection que Willan et ses élèves directs avaient appelée *prurigo mitis et formi-*

cans, qu'Hebra a magistralement étudiée sous le nom de *prurigo* et que M. le docteur E. Besnier désigne pour ce motif sous le nom de *prurigo de Hebra*.

« Elle débute fréquemment dans le jeune âge et peut avoir pour point de départ une urticaire ou une éruption de *strophulus pruriginosus*... Bazin avait remarqué avec beaucoup de raison que ce sont surtout les scrofuleux qui en sont affectés; aussi en avait-il fait une des manifestations de la scrofule sous le nom de lichen scrofuleux.... On voit apparaître d'abord de petites papules pâles ou peu visibles que le grattage rend bientôt rouges et saillantes. Bientôt excoriées elles se recouvrent de croûtelles brunes, formées par la coagulation de la sérosité sanguinolente qui transsude à leur sommet. Comme dans toutes les autres variétés de lichen chronique, elles produisent par leur confluence des plaques d'un rouge brunâtre, un peu pâles, indurées, irrégulières, à bords peu nets, autour desquelles on retrouve des éléments papuleux disséminés. Les ganglions qui correspondent aux parties atteintes, les ganglions inguinaux en particulier, se tuméfient, deviennent volumineux et restent indolents. De temps en temps, pendant l'hiver, et quand les malades s'exposent à quelque influence irritante, l'éruption subit des poussées aiguës. Il se passe alors ce que nous avons décrit pour le *lichen polymorphe mitis :* les téguments deviennent tendus et douloureux, les plaques et les papules excoriées rougissent, suintent abondamment, se recouvrent d'un jaune brunâtre comme des placards d'eczéma enflammé : il se forme des pustules d'impétigo ou d'ecthyma, des excoriations, des fissures, etc. Le *lichen polymorphe ferox* est une affection essentiellement chronique et des plus rebelles. Hebra l'a déclarée incurable; il est de règle en effet qu'on ne parvienne qu'à l'améliorer, et à en calmer les poussées aiguës. » (Vidal, *loc. cit.*)

Tous les dermatologistes accordent à cette affection une description à part; ils se gardent bien de la faire rentrer dans l'eczéma. Mais il s'agit de savoir s'il faut en faire une maladie spéciale, essentielle, *sui generis*, ou s'il faut en faire une forme de lichen se développant chez des scrofuleux nerveux (Vidal). Nous avons déjà montré que les anciens dermatologistes lui donnaient le nom de *prurigo mitis et formicans* et qu'Hebra, voulant attribuer au mot lichen une signification d'une rigueur un peu illusoire, avait réservé pour elle le nom de *prurigo* sans épithète. Nous avons prouvé que cette conception du mot *prurigo*, conception que l'on peut d'ailleurs fort bien accepter après convention, ne répondait pas du tout à l'acception primitive de ce terme, et à l'idée que s'en font la plupart des médecins. Nous croyons que l'on doit réserver le nom de prurigo à ces érputions de grosses papules prurigineuses disséminées çà et là et excoriées qui sont fort souvent symptomatiques d'une affection, soit générale, soit parasitaire. Sans vouloir trancher ici la question si grosse de difficultés de la nature réelle de la dermatose qui nous occupe, nous dirons que nous trouvons excellente la dénomination de *lichen polymorphe ferox* proposée pour elle par M. Vidal ; car par ses symptômes extérieurs elle rappelle bien l'aspect des éruptions autrefois dénommées lichénoïdes; mais ce que nous voudrions avant tout, c'est qu'il s'établit un *consensus omnium* sur cette terminologie. Les affections cutanées ne sont pas tellement faciles à étudier qu'il faille en compliquer la connaissance par une synonymie dont les initiés seuls parviennent à posséder les secrets.

Il est d'autres parties de l'article de M. le docteur E. Vidal sur le lichen qui mériteraient un examen des plus approfondis. C'est ainsi que ce dermatologiste, fidèle aux principes qu'il a posés (assimilation du prurigo au lichen, division du groupe prurigo-lichen en deux grandes classes, *L. simplex, L. polymorphe*), range dans le *lichen simplex* chronique sous le nom de *variété prurigo du lichen simplex chronique* des faits qui me semblent se rapprocher beaucoup comme allures générales du prurigo de Hebra (*lichen polymorphe ferox* de Vidal), mais qui en diffèrent toutefois au point de vue éruptif, en ce sens que les lésions sont constamment composées de grosses papules excoriées fort prurigineuses : à mon sens, si l'on devait donner à une dermatose essentielle le nom de *prurigo*, ce serait à ce groupe de faits. Mais l'étude de ce point particulier, que je me propose de reprendre plus tard, nous entraînerait beaucoup trop loin.

Pour nous résumer, nous dirons que l'ancien groupe lichen nous semble devoir être en partie réédifié, du moins jusqu'à plus ample informé. Nous croyons légitime d'admettre un *lichen simplex aigu* (sauf quelques réserves) et surtout un *lichen simplex chronique*. Le *lichen polymorphe mitis* de M. le docteur E. Vidal est peut-être plus discutable en tant que variété nette de lichen : il nous paraît répondre à des dermatites chroniques de cause externe développées chez des sujets prédisposés. Enfin la dénomination de *lichen polymorphe ferox* proposée par M. le docteur E. Vidal nous semble excellente ; mais ce que nous réclamons avant tout, c'est que chaque dermatologiste travaille de son côté à élucider ces questions difficiles, et qu'il s'établisse le plus tôt possible un accord unanime qui fixe les types morbides et leur terminologie.

Dr L. Brocq.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur la pommade au turbith minéral.

Nous nous sommes souvent élevé contre la tendance qu'avaient les médecins à substituer la vaseline à l'axonge dans la composition des pommades. Nous avons montré que ce changement ne devait se faire qu'avec discernement, la plus grande partie des pommades devant se préparer avec l'axonge et non avec la vaseline.

En voici cependant une dans laquelle la vaseline nous paru indispensable.

C'est la pommade au turbith. Cette pommade est un médicament souvent utile contre le pityriasis du cuir chevelu; seulement elle devient noire avec le temps et dès lors répugnante à l'usage.

Le sous-sulfate de mercure est réduit par le corps gras et surtout par la graisse aromatisée.

En employant la vaseline on évite cet inconvénient. La pommade conserve toujours sa belle couleur jaune-serin.

On formulera ainsi :

Vaseline....................	60 grammes.
Turbith minéral..............	3 —
Essence de bergamote, citron ou autre non oxygénée......	XX gouttes.

Faites selon l'art, et conservez dans un pot à couvercle de porcelaine.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De la récidive dans la fièvre typhoïde. Mémoire lu au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (session de Nancy), par M. le docteur C. Deshayes (de Rouen).

La fièvre typhoïde, qui règne à Rouen, pour ainsi dire, à l'état endémique, vient de s'y montrer à nouveau épidémiquement depuis plusieurs mois. J'en ai observé pour ma part, et jusqu'à ce jour, 21 cas, sur lesquels 4 décès sont à enregistrer.

Deux de mes malades ont eu manifestement la fièvre pour la deuxième fois, à trois ans de distance.

En voici l'histoire succincte :

Obs. I. — S... (Alfred), dix-huit ans, élève de mathématiques au lycée (juin 1886). Ce malade avait été soigné par moi, en janvier 1883, pour une fièvre typhoïde bien confirmée. A cette date, en effet, régnait dans le quartier Saint-Sever une épidémie de typhus. Le malade, alors âgé de quinze ans, avait présenté tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, de forme et à marche régulières : épistaxis au début, céphalalgie persistante, *taches rosées lenticulaires* très évidentes. Le thermomètre s'était maintenu de 39 à 40 degrés. La durée totale de la fièvre avait été environ de quarante jours.

L'année suivante (1844), je ne saurais préciser l'époque, S... avait été malade, et pendant une huitaine de jours avait présenté les symptômes d'une synoque : inappétence, courbature, soif, langue saburrale, etc. Le repos, de légers purgatifs, le sulfate de quinine en avaient eu promptement raison.

A cette époque (1884), j'avais dit à la mère : « On pourrait craindre une fièvre typhoïde, mais il n'en sera rien, car la fièvre typhoïde ne récidive pas; le passé nous garantit de l'avenir. »

Faut-il voir là déjà la réalisation de cette croyance populaire qui veut que les typhiques présentent pendant plusieurs années, le plus souvent au printemps, une récidive atténuée des accidents primitifs. C'est possible, et moi-même j'ai été plusieurs fois témoin du fait. Quoi qu'il en soit, je considérais le jeune S... comme parfaitement à l'abri de la dothiénentérie, lorsque, le 20 mai dernier, ledit S..., malaise, courbaturé, sans appétit depuis une quinzaine de jours, s'étant beaucoup surmené en vue des examens, fut obligé de prendre le lit. Bientôt il n'y eut plus de doute sur la nature de la maladie. Une céphalalgie très vive au début, de l'agitation nerveuse, le subdelirium me firent craindre tout d'abord une méningite; mais l'ensemble des symptômes confirma vite mon diagnostic. Le 27 mai apparurent sur le ventre des taches rosées lenticulaires, disparaissant sous le doigt, très caractéristiques. Pouls, 120; température, 40 degrés. Rate grosse, ventre légèrement ballonné.

1er juin, même état; muguet abondant sur la langue, au pharynx, sur les gencives.

3 et 4 juin, défervescence. Pouls, 92; température, 38°,5. Nombreux sudamina. Rien de spécial les jours suivants.

16 juin, convalescence.

L'hyperthermie avait duré vingt jours. Nous avions eu du délire, des accidents nerveux, et moi-même j'avais partagé un instant la très vive inquiétude de la famille.

Il me paraît inutile de fournir une observation plus détaillée. L'état typhique ne peut être contesté. Il ne s'agissait là, en effet, ni de méningite, ni de typhus exanthématique, de typhus cérébro-spinal, de fièvre continue, de typhlite, encore moins de péritonite.

Les poumons avaient présenté quelques gros râles dans la deuxième période; il n'y avait nulle trace d'érysipèle.

Comme en 1884, et jusqu'à la confirmation des accidents typhiques, j'avais tenu aux parents le même langage : nous ne pouvons avoir affaire à une fièvre typhoïde, puisque le malade en a été antérieurement atteint.

Le traitement a consisté surtout en sulfate de quinine, aconit, citron, extrait de quinquina et collutoire au borate de soude.

J'aurais hésité à publier cette observation de récidive de dothiénentérie survenue trois ans après la première attaque, n'était un second cas à peu près identique, observé dans le voisinage et dans les mêmes conditions.

Obs. II. — Femme R..., quarante-deux ans, mère de sept enfants. En décembre 1882, il y a trois ans et demi, la femme R... avait été soignée par moi pour une fièvre que je déclarai alors typhoïde, et dont la période aiguë, du début à la convalescence, dura environ trente jours. La malade, qui avait beaucoup maigri pendant sa fièvre, resta longtemps débilitée, et fut trois mois à recouvrer ses forces. Elle ne présentait à ce moment et ne présente actuellement aucun signe de tuberculose pulmonaire; pas de métrite. Il y avait eu peu ou point de taches rosées lenticulaires, mais du muguet était apparu. La durée de la fièvre, ses caractères, l'élévation de la température et du pouls, en un mot l'ensemble des phénomènes observés, ne laissaient aucun doute dans l'esprit. C'était un cas type classique de fièvre typhoïde.

Le 2 juin dernier, la femme R..., malaise, courbaturée depuis dix ou douze jours, sans appétit, me fait demander. Elle est couchée, ne peut se lever, et accuse une violente céphalalgie.

Pouls, 100; température, 39°,4; peau chaude; langue sèche, fébrile; pas d'épistaxis.

A partir de ce moment les phénomènes s'accentuent, la fièvre prend l'allure typhique, et le 17 juin des taches rosées lenticulaires, nombreuses, se montrent sur le ventre.

La marche de la maladie a été régulière, à forme adynamique. La muqueuse buccale a présenté de bonne heure la desquamation épithéliale et du muguet.

La convalescence s'établissait dans les derniers jours de juin; adynamie consécutive.

J'ai cru inutile d'entrer dans plus de détails d'observation.

L'intérêt unique, absolu de la question réside dans le diagnostic. Ces deux malades ont-ils eu réellement deux fois, et à trois ans de distance, la fièvre typhoïde : j'en suis entièrement convaincu.

La fièvre typhoïde peut donc récidiver.

Que disent les auteurs à ce sujet? « D'après Grisolle, pour ne pas remonter aux calendes grecques, il serait démontré que la dothiénentérie, semblable en cela à la variole, à la rougeole et à la scarlatine, n'affecte qu'une seule fois le même individu. Elle donne même une immunité plus complète que ces dernières maladies ne le font. »

Eh bien, nous croyons qu'il y a là une erreur qui s'est propagée dans tous les traités de pathologie interne.

Faut-il admettre que nos devanciers ont mal vu, ou que les grandes pyrexies se sont modifiées?

Les cliniciens savent aujourd'hui, à n'en pas douter, que la variole elle-même peut récidiver (d'où la nécessité des revaccinations), et surtout que la rougeole, non pas la roséole, ni la rubéole, mais la rougeole vraie, peut s'observer trois et quatre fois sur le même sujet.

Le professeur Jaccoud ne nie pas complètement la récidive de la fièvre typhoïde. Il la considère seulement comme très rare.

« Il est exceptionnel, écrit-il dans son *Traité de pathologie*, que la fièvre typhoïde atteigne une seconde fois le même individu, s'il s'est déjà écoulé un certain temps depuis la première attaque. En d'autres termes, les récidives sont rares, plus rares que dans le typhus exanthématique; mais les rechutes ou réversions sont plus fréquentes; elles ont lieu dans la dernière période de la maladie, ou bien durant la convalescence, ou bien pendant les deux premiers mois qui suivent la guérison. »

Dans ses *Leçons de clinique médicale*, le même auteur admet la rechute dans la proportion de 9 pour 100. « Sur 594 cas observés, 54 rechutes; mais cette rechute, ajoute-t-il, c'est immédiatement après la grande attaque, et l'intervalle entre la maladie et la rechute est en moyenne inférieur à dix jours. »

D'autre part, à l'article Fièvre typhoïde du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, le regretté E. Homolle regarde comme synonymes les termes de rechute et de réversion. Il se fait, dit-il, une nouvelle évolution de tout le cycle fébrile et des symptômes cliniques

de la fièvre typhoïde, qui suit de près la première attaque.

C'est la *relapsing fever* des Anglais. Les rechutes de la dothiénentérie ont été surtout étudiées depuis la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, 1869. Voyez les leçons de Potain, 1872; Raynaud, 1877 ; Cadet de Gassicourt, 1880; les thèses de Guyard, 1876; Perrin, 1877 ; Gromollard, 1882; Meunier, 1883; la thèse d'agrégation de Hutinel, 1883, etc. (Homolle).

Pour Lorain, la rechute n'est qu'une récidive à court intervalle, une seconde maladie qui s'accole à la première, et qui a peut-être pour cause le séjour du malade dans le milieu infectant.

Griesinger suppose que les malades subissent une nouvelle contagion dans l'hôpital. Cette opinion a été soutenue en France par Hervieux (Homolle, *Dictionnaire*).

Steinthal (clinique de Leipzig) déclare que la récidive de la fièvre typhoïde est beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement.

Le professeur Von Ziemssen, au contraire, commentant le travail de Steinthal, dit : « Il semble que depuis l'emploi des nouvelles méthodes de traitement la récidive soit plus fréquente que jadis. »

Il est probable que, par récidive, Von Ziemssen a compris la fièvre à réitération.

Ce terme de réitération a été récemment choisi par M. le professeur Potain, qui montrait, il y a quelques mois, dans son service de l'hôpital Necker, un malade atteint d'une fièvre typhoïde médiocrement grave et qui a dû rester quatre-vingts jours à l'hôpital. Sa fièvre avait été en quelque sorte triplée, et le malade avait présenté une double réitération. Ce serait là, suivant l'éminent clinicien, un fait qui devient presque vulgaire depuis un certain temps, et ces retours de fièvre, qu'on signalait à peine autrefois, se voient fréquemment, principalement depuis 1869. Et il cite des faits de quatrième réitération. Après avoir enseigné la différence qu'il convient d'établir entre les termes de rechutes, récidives ou réversions, M. Potain enseigne que ces réitérations peuvent se montrer sous des aspects assez différents de l'atteinte première; elles peuvent se reproduire trois ou quatre fois chez le même malade; mais ce qu'on observe le plus souvent, c'est que ces nouvelles atteintes sont de plus en plus courtes et de plus en plus atténuées (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1886).

Et, en effet, il doit en être ainsi dans la majorité des cas, étant admise la nature parasitaire de la fièvre typhoïde : une première attaque équivalant à une première vaccination, et mettant à l'abri d'une seconde attaque, qui si elle survient devra être atténuée. Et cependant mes deux malades, S... notamment, ont présenté la deuxième fois une forme tout aussi grave que la première.

Ces faits de rechute, de réversion ou de réitération n'ont rien de commun avec les miens. Deux fois S... a été atteint d'une longue pyrexie avec taches rosées lenticulaires. Je sais bien que le docteur Herbland Morin a montré dans sa thèse, et que M. Potain lui-même admet que des taches rosées lenticulaires peuvent se rencontrer dans certaines formes d'embarras gastriques fébriles; mais peut-on affirmer que S... n'était atteint que d'un embarras gastrique?

Ce qui est plus vrai, c'est que la fièvre typhoïde tend à changer d'allures. Je n'en veux d'autres preuves que le muguet dont elle s'accompagne depuis plusieurs années, non plus dans la convalescence et concurremment à l'anémie qui résulte des grandes perturbations, mais le plus souvent dès le deuxième septenaire et dans la période d'acmé.

J'ai vu, en effet, depuis six ans, le plus grand nombre de mes typhiques présenter du muguet, tantôt dans le pharynx, tantôt sur la langue, les gencives et dans toute la cavité buccale.

Cette complication, que j'ai signalée un des premiers (*Gazette hebdomadaire*, 1880), et dont MM. Damaschino, Duguet, Bucquoy et Guyot ont entretenu la Société médicale des hôpitaux en 1880, est devenue très fréquente, à tel point qu'on peut dire que, *exceptionnelle il y a dix ans, elle est la règle aujourd'hui.*

Enfin on ne saurait nier actuellement que la fièvre typhoïde, que nous considérions jadis comme une pyrexie absolument et mathématiquement régulière dans sa marche, à cycle bien défini et de durée relativement délimitée, s'offre à nous souvent modifiée, et si l'on ne peut affirmer encore qu'elle est susceptible d'avorter, il faut reconnaître qu'elle nous apparaît parfois mitigée.

La récidive deviendra-t-elle à son tour plus fréquente? A l'avenir de répondre.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Au sujet de l'origine équine du tétanos.

A l'occasion des hypothèses émises par M. le professeur Verneuil sur l'origine équine du tétanos, M. le docteur Legras (de Dompaire, Vosges) nous adresse les faits suivants : « Le tétanos équin, nous dit-il, que les vétérinaires vosgiens appellent *mal de cerf*, n'est point rare. Il se termine quelquefois par guérison. Resterait à établir la relation entre les tétanos équins et les victimes humaines que pourrait faire la contagion s'il y a lieu. » Quoique les observations de notre honorable confrère ne soient point probantes à cet égard, il n'est point sans intérêt de les publier, ne fût-ce que pour appeler sur ce fait étiologique l'attention des chirurgiens.

Premier cas. — Un garçon de seize à dix-sept ans, étant à la charrue avec son père, se planta, à travers le cuir du soulier, une forte épine au niveau de la malléole interne. L'épine fut extraite séance tenante et le travail du jeune homme ne fut point interrompu.

Six semaines après l'accident, le père vint me raconter que son fils était au lit, *raide comme un bâton*, et mourant de faim et de soif parce qu'il ne pouvait avaler.

Je soupçonnai un cas de tétanos et me transportai près du malade. J'eus beaucoup de peine à reconnaître le traumatisme qui avait été le point de départ des accidents, le jeune homme et son père n'ayant attaché aucune importance à la piqûre de l'épine.

Malgré la morphine et le chloral à haute dose, qui amendèrent d'abord les accidents, le malade succomba. Il est à remarquer que dans le village habité par le malade, on vide les écuries nu-pieds ou en sabots, mais sans aucune espèce de chaussettes.

J'ignore s'il y avait eu dans l'écurie en question des cas de tétanos équin.

Deuxième cas. — M. Jacques, marchand de chevaux, âgé d'environ soixante ans, tempérament robuste, tomba de son grenier à foin sur le sol de sa grange, et se fit une fracture comminutive de la partie inférieure du radius, compliquée de plaies. Application d'un appareil ouaté amidonné. Au bout de trois jours, développement d'un phlegmon dans le foyer de la fracture. Assisté de M. le docteur Levy, médecin principal de l'armée à Epinal, nous débridâmes le foyer et un drain fut placé. Cette petite opération faite, le malade en buvant se plaignit d'une légère difficulté de la déglutition. C'était le début du trismus. Trois jours après il succomba au tétanos.

Il passait chaque année dans l'écurie du sieur Jacques au moins 4 ou 500 chevaux de provenances diverses, et toutes les affections de l'espèce chevaline (sauf la morve) s'y étaient certainement donné rendez-vous, Le patient vivait dans la plus intime cohabitation avec les animaux dont il commerçait.

Étant étudiant, j'ai vu mourir à l'hôpital de Nancy une femme qui avait contracté le tétanos, en brouettant *du fu-*

mier, sur une planche dont un clou dépassait d'un ou deux centimètres, et lui avait fait une piqûre à la plante du pied.

Dr Legras
(de Dompaire, Vosges).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1886.— PRÉSID. DE M. BLANCHARD.

Analyse cinématique de la course de l'homme. Note de M. *Marey*. — Ce travail est accompagné d'une figure dans laquelle sont représentées les attitudes successives du membre inférieur *droit* dans un pas complet. Deux accolades divisent le pas en période d'appui et période de lever. Cette durée est subdivisée à son tour en quatre phases inégales dont les trois dernières appartiennent au lever du pied.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRB 1886.— PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le docteur *Riche* (de Joumont, Nord) envoie un *Pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

M. *Lancereaux* présente un ouvrage de M. le docteur *Millard* (de New-York), intitulé : *Treatise on Bright's disease of the kidneys*.

M. *Larrey* offre un mémoire de M. le docteur *Regnier*, médecin-major de 1re classe, concernant l'influence des eaux d'alimentation sur le développement de la fièvre typhoïde dans les différentes casernes de sapeurs-pompiers en 1882 et en 1885.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une *canule porte-remède* imaginée par M. le docteur *G. Gautier*.

Après la lecture d'un certain nombre de rapports sur des remèdes secrets, la séance est levée à trois heures et demie, l'ordre du jour étant complètement épuisé.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886.

PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR R. VIRCHOW.

C'est la seconde fois, depuis sa fondation, que la plus ancienne des associations scientifiques de l'Allemagne, l'Association des naturalistes et des médecins allemands se réunit à Berlin. Une première fois le Congrès s'était tenu dans cette ville, en 1828, sous la présidence d'Alexandre de Humboldt.

Cette année la réunion sera présidée par M. le professeur Virchow, assisté de M. W. Hofmann connu par ses travaux sur la chimie. L'affluence des participants a été particulièrement considérable ; le jour de l'ouverture du congrès, les listes de présence portaient les noms de 350 membres, parmi lesquels figurent les principaux représentants de la science et de la médecine en Allemagne : Anvers (Berlin), von Bergmann (Berlin), du Bois-Reymond (Berlin), Cohn (Breslau), W. Hofmann (Berlin), Heidenhain (Breslau), Siemens (Berlin), von Volkmann (Halle), Wislicenus (Leipzig), Goltz (Strasbourg), Immermann (Bâle), Leyden (Berlin), Leube (Wurzburg), Gerhardt (Berlin), etc., etc.

La première séance plénière a eu lieu le 18 septembre, dans le bâtiment occupé par le cirque Renz et qui avait été transformé pour cette destination spéciale. Cette séance plénière a été ouverte par un discours du président, M. *R. Virchow*. Après avoir parlé des difficultés matérielles qu'il a fallu vaincre pour assurer une hospitalité convenable à une telle affluence de savants étrangers dans une ville aussi vaste que Berlin, l'orateur a passé en revue les innovations introduites dans l'organisation du Congrès : l'entomologie, l'ethnologie, la dermatologie, la géographie médicale et l'hygiène des pays chauds, la médecine légale, l'enseignement des sciences naturelles sont maintenant représentés au Congrès par des sections ou sous-sections spéciales ; le nombre des séances générales a été augmenté ; avec le concours des autorités municipales et gouvernementales, le bureau a facilité aux membres du Congrès les visites dans les établissements et les installations qui peuvent contribuer à leur instruction technique.

Le professeur Virchow a ensuite rappelé le but principal poursuivi par l'Association et qui est ainsi défini par le paragraphe 2 des statuts : fournir aux naturalistes et aux médecins allemands l'occasion d'apprendre à se connaître personnellement. Il a exposé dans un très beau langage à quels besoins intellectuels et sociaux répond ce genre d'association, les phases diverses qu'elle a traversées, l'importance qu'elle a acquise et les transformations qu'il y aurait peut-être intérêt à introduire dans son organisation intérieure. Car la « Réunion des naturalistes et des médecins allemands », ainsi que son nom l'indique, n'a qu'une existence intermittente ; ce n'est pas une association dans le sens propre du mot, avec des membres permanents. Dans l'intervalle de ses assises annuelles, la réunion ne se survit que par la nomination de deux directeurs, chargés de préparer la réunion future dans la ville désignée *ad hoc*. M. Virchow a rappelé, en terminant, les mérites des principaux savants qui ont pris part au premier Congrès tenu à Berlin par la Réunion des naturalistes et médecins allemands.

Ont pris ensuite la parole pour souhaiter la bienvenue aux membres du Congrès étrangers de Berlin : le sous-secrétaire d'Etat Lucanus, au nom du gouvernement royal de Prusse ; le bourgmestre de Berlin, docteur Von Forckenbeck, au nom de la municipalité ; le recteur de l'Université de Berlin, professeur Kleinert.

L'assemblée a décidé ensuite que la prochaine réunion se tiendrait en 1887, à Wiesbaden, et elle a nommé comme présidents-directeurs du prochain Congrès MM. les docteurs R. Fresenius et A. Pagenstecher.

La séance plénière s'est continuée par deux discours de M. Werner Siemens et de M. C. Bardleben.

M. *W. Siemens* a parlé sur le *Mouvement des sciences naturelles à notre époque*.

M. *C. Barleben* (Iéna), avait choisi comme thème de son allocution : *La main et le pied*. L'orateur, dans un langage très clair, examiné la question de savoir si l'anatomie comparée nous fournit aujourd'hui des éléments suffisants pour affirmer que les mains et les pieds des mammifères et autres vertébrés dérivent des nageoires des poissons. Il a conclu par l'affirmative et montré que rien ne s'oppose à admettre que l'homme et les mammifères descendent du poisson ; que cette conclusion ne saurait d'ailleurs choquer nos susceptibilités, car elle nous laisse entrevoir à travers les âges futurs un perfectionnement physique et intellectuel sans limites de l'espèce humaine, placée aujourd'hui au sommet de l'échelle animale.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

De l'influence de la kairine, de la thalline, de l'hydroquinone, de la résorcine et de l'antipyrine sur le cœur et les vaisseaux sanguins, par H. G. Beyer. — Etant donné le pouvoir que les vaisseaux périphériques exercent sur les variations de la température animale, il était utile de connaître les modifi-

cations du cœur et des organes circulatoires sous l'influence des agents antithermiques.

C'est sur la grenouille que M. Beyer a expérimenté, en observant le cœur isolé et les vaisseaux de cet animal. Par l'action de la kairine il a constaté la dilatation des capillaires et des veines. Celles-ci augmentent de volume plus rapidement que les artérioles, de sorte que le courant sanguin dans les artères s'accélère rapidement.

La kairine diminue encore la contractilité du myocarde, détruit les globules rouges et immobilise les globules blancs. L'abaissement de la température sous l'influence de la kairine a donc une double origine; d'une part la diminution de production de la chaleur par des modifications qualitatives du sang, et d'autre part l'augmentation de l'irradiation thermique.

La thalline, à doses peu élevées, augmente l'activité du cœur; à hautes doses, elle la diminue et en provoque l'arrêt en diastole. Une injection d'atropine retarde bien cette action, mais ne peut la suspendre. Par la répétition des doses, on observe la rétraction de cet organe et sa coloration en brun foncé, coloration comparable à celle que présente alors le sang.

Elle détermine la dilatation des artères, puis leur contraction quand on l'administre à doses faibles; les capillaires et les veines augmentent encore de volume, et l'augmentation de ces derniers vaisseaux est plus considérable et plus durable. Enfin le sang prend une coloration brunâtre due à l'action toxique exercée sur les globules rouges. Par conséquent, si ce médicament modifie peu les organes de la circulation, il n'en est pas moins dangereux par les altérations du sang qu'il provoque.

Après une petite dose d'hydroquinone, le cœur de la grenouille perd son activité. Si la dose est plus élevée, il se paralyse surtout dans sa portion auriculaire et la pression veineuse s'élève rapidement. Quand les doses sont plus considérables, l'activité cardiaque diminue graduellement et finalement les oreillettes s'arrêtent en diastole; cet arrêt précède celui des ventricules. Les artérioles et les capillaires se dilatent, puis se contractent; les veines se dilatent ensuite. La circulation du sang s'accélérant dans les unes et se ralentissant dans les autres, l'hydroquinone diminuerait donc la température en augmentant l'irradiation thermique.

Une faible dose de résorcine paraît sans action sur le cœur; une dose moyenne paralyse les oreillettes et une dose élevée les arrête en diastole. M. Beyer attribue le ralentissement du cœur sous l'influence de ces diverses substances à une excitation du pneumogastrique et la dilatation des vaisseaux à une excitation analogue qu'elles exerceraient sur les ganglions des nerfs vaso-dilatateurs. En outre il attribue le collapsus qu'elles produisent à l'encombrement du système veineux par l'obstacle au passage d'une quantité suffisante de sang dans les ventricules.

L'antipyrine provoque la dilatation des veines et des capillaires comme on l'a observé après l'application de cette substance à la surface de la langue. Aussi M. Beyer fait dépendre ses effets antithermiques d'une augmentation de l'irradiation périphérique. Elle exerce donc une action toxique sur le cœur et augmente la pression artérielle ou tout au moins ne l'amoindrit pas.

En résumé, M. Beyer redoute la diminution de la contractilité cardiaque que la kairine et la thalline provoquent bien plus encore que les modifications des globules rouges consécutives à leur emploi. Il reproche à l'hydroquinone et à la résorcine leur action paralysante sur le système nerveux et la production de ces congestions viscérales que M. Dujardin-Beaumetz notait dans ses recherches expérimentales sur la résorcine. Par contre il adopte l'opinion défendue par M. Henri Huchard à la Société de thérapeutique, sur la réelle valeur thérapeutique et la supériorité clinique de l'antipyrine comme agent de la médication antithermique. (*American Journal of med. Sciences*, avril 1886.)

Les acides de l'estomac sain et malade, par MM. CAHN et V. MERING. — 1° Par les procédés imaginés par les auteurs, il est possible de déterminer quantitativement les acides volatils, l'acide lactique et l'acide chlorhydrique du contenu stomacal.

2° Chez l'homme en bonne santé, on trouve des quantités appréciables d'acide chlorhydrique dans l'estomac dès une demi-heure après le repas.

3° Si le régime est exclusivement carnivore, on ne trouve que de l'acide chlorhydrique dans l'estomac.

4° Chez l'homme sain ainsi que chez le malade, soumis à une alimentation mixte, l'estomac renferme, outre de l'acide chlorhydrique, une proportion notable d'acide lactique de fermentation et des acides volatils; cette proportion est d'autant plus élevée que les aliments ont séjourné plus longtemps dans l'estomac.

5° Dans la fièvre et dans l'anémie grave, l'acide chlorhydrique peut être absent.

6° Dans la cachexie amyloïde, en particulier dans la dégénérescence amyloïde de l'estomac, l'acide chlorhydrique se rencontre régulièrement.

7° Dans le cancer du pylore la présence d'acide chlorhydrique est la règle; l'absence en est exceptionnelle. En général, on en trouve des quantités appréciables, voisines de la normale.

8° Le violet de méthylaniline ne peut servir de réactif pour reconnaître la présence de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal; la réaction est absolument incertaine. (*Deutsches Archiv. f. klin. Medicin*, 1886, Bd XXXIX, H. 3-4.)

Sur une maladie infectieuse aiguë particulière, liée à de la tuméfaction de la rate, à de l'ictère et à de la néphrite, par M. A. WEIL. — Cette affection se caractérise par l'apparition dès son début de lésions simultanées de la rate, du foie et des reins, par un type fébrile particulier avec symptômes généraux graves, par une marche rapidement favorable. Elle paraît se rapprocher le plus de la fièvre bilieuse typhoïde de Griesinger, qui, comme on sait, n'a pas de rapports avec le typhus abdominal, mais plutôt avec la fièvre récurrente dont elle n'est peut-être qu'une forme plus grave. Dans le cas présent, il ne saurait être question de fièvre typhoïde abortive compliquée d'ictère et de néphrite; de pareilles coïncidences n'ont jamais été observées. L'auteur propose le terme de *néphrotyphus bilieux* ou de *forme bilioso-rénale du typhus*. Selon lui, il s'agit d'une maladie bien différenciée, reconnaissant une cause spécifique encore inconnue, mais qui agit dans certaines conditions climatiques, pendant les chaleurs de l'été (?). Comme l'un des symptômes initiaux est généralement de la diarrhée, il paraît probable que l'infection se fait par l'intestin. (*Deutsches Archiv. f. klin. Medicin*, 1886, Bd XXXIX, H. 3-4.)

De l'hématine, par MM. NENCKI et SIEBER. — Pour obtenir l'hématine pure, on épuise les globules rouges desséchés par l'alcool amylique, additionné d'acide chlorhydrique, et l'on fait sécher à 130 degrés les cristaux d'hémine ainsi obtenus; la solution de ces cristaux dans la lessive de soude est précipitée par l'acide chlorhydrique, et l'hématine purifiée par des lavages. La composition de l'hématine s'exprime par la formule $C^{32}H^{32}Az^4FeO^4$, et l'on peut considérer ce corps comme résultant de l'hémine par perte de HCl et addition d'eau : $C^{32}H^{31}ClAz^4FeO^3 - HCl + H^2O$.

En traitant l'hémine par l'acide sulfurique concentré, les auteurs ont obtenu l'*hématoporphyrine;* il n'y a pas d'absorption d'oxygène dans cette réaction. On obtient l'hydro-hématoporphyrine en réduisant l'hémine par l'amalgame de sodium ou par le zinc en présence de l'acide chlorhydrique. (*Arch. f. experim. Pathologie*, Bd XX, p. 325.)

De la parahémoglobine, par M. NENCKI. — Lorsqu'on ajoute à de l'hémoglobine, extraite du sang d'un cheval, cinq fois son volume d'alcool à 93 pour 100, ce principe subit une transformation moléculaire. Le nouveau corps obtenu est cristallisable, insoluble dans l'alcool, l'eau et l'éther, et offre la même composition élémentaire et les mêmes propriétés optiques que l'oxyhémoglobine. Les alcalis fixes dissolvent la parahémoglobine en le transformant partiellement en hématine. Les acides ne l'attaquent que difficilement. Elle se dissout sans se décomposer dans l'ammoniaque à l'abri de l'air et de l'humidité; en présence

de ces deux agents, elle subit un dédoublement en hématine et en albumine.

La méthémoglobine et l'hémoglobine oxycarbonique ne subissent pas de transformation moléculaire sous l'influence de l'alcool.

Pour les considérations théoriques, voy. le mémoire original. (*Archiv. f. experim. Pathologie*, Bd XX, p. 332, et *Fortschr. der Med.*, 1886, n° 16.)

Travaux à consulter.

De l'action analgésique de l'acide phénique et des composés de la créosote, par M. Mc'Neill. — Dans ses recherches, l'auteur employait un mélange de 60 parties d'acide phénique avec 40 parties d'huile. En badigeonnage sur la peau, ce mélange produisait une anesthésie suffisante pour empêcher de percevoir la douleur causée par des incisions superficielles. Le contact de ce mélange fait éprouver une sensation de chaleur, qui disparaît d'ailleurs.

Un mélange de glycérine et d'acide à 10 pour 100 produit les mêmes effets. Mais dans ses expériences M. Mc'Neill a constaté que l'acide phénique impur est plus actif que le phénol. Il attribue ses propriétés anasthésiques aux produits accessoires de la distillation. Parmi eux il a essayé le toluol et le benzol, qui sont inactifs; l'ortho-crésol, qui possède les mêmes vertus, mais à un degré moindre, et enfin le paracrésol, qui, substitué à l'acide phénique, provoque l'analgésie.

La sensibilité tactile persiste, seule la sensibilité à la douleur est abolie, de sorte que M. Mc'Neill a pu utiliser ce procédé d'anesthésie dans la pratique de petites opérations chirurgicales. (*Edinburg New Journal*, juin 1886.)

De la digestibilité stomacale de quelques aliments d'origine animale, par M. Bikfalvi. — Dans ses recherches, qui intéressent à la fois la physiologie, l'hygiène et la thérapeutique, M. Bikfalvi soumettait des chiens à des expériences de digestion artificielle et constatait la digestibilité beaucoup plus grande des substances gélatineuses comme les tendons quand on la compare à la digestibilité de l'albumine pure et des aliments riches en albumine. Dans l'espace de deux heures, l'estomac de ces animaux avait digéré 25 pour 100 de caséine crue; 41 pour 100 d'albumine coagulée de bœuf; 25 pour 100 de foie cru; 53,33 de rein cru; 58 pour 100 de bœuf bouilli; 68,6 pour 100 du tissu des muscles lisses; 79,5 pour 100 de celui des muscles striés; 81 pour 100 de cartilage hyalin; 96,6 de tissu tendineux; 99,5 de fibrine crue, et 99,5 du parenchyme pulmonaire cru. M. Bikfalvi en conclut que l'estomac des carnivores digère surtout les substances gélatineuses, tandis que leur digestion intestinale s'exerce plutôt sur les matières albumineuses par l'action du suc pancréatique. (*Centralb. f. med. Wiss.*, février 1886.)

Du salicylate de cocaïne dans le traitement de l'asthme, par M. Mosler. — C'est sous la forme d'injections hypodermiques que l'orateur a eu l'idée d'administrer cette substance aux asthmatiques. Il se sert d'une solution à 5 pour 100 et d'une dose de 6 à 7 milligrammes. Sous l'influence de cette injection, la dyspnée diminuerait et la durée de l'accès serait atténuée. M. Mosler ne cite que trois observations à l'appui de ses conclusions. (*Deutsch. med. Woch.*, 1886, n° 16.)

De l'iodol dans les affections oculaires, par M. Carreras-Arago. — Sous forme de pommade à 1 ou 2 pour 100 ou en solution de 1 gramme d'iodol dans 16 grammes d'alcool et 34 grammes de glycérine, M. C. Arago emploie ce produit contre diverses affections des yeux. Il préfère cependant la poudre d'iodol, qui remplace avantageusement l'iodoforme, à cause de son absence d'odeur, et partage l'opinion que M. Trousseau émettait dernièrement. Il en a fait usage avec succès contre les conjonctivites, les kératites superficielles avec exsudat, le pannus, l'albugo récent et les ulcérations de la fistule lacrymale. Par contre, ce médicament ne lui paraît pas indiqué quand ces affections présentent un caractère nettement inflammatoire. (*El Siglo medico*, 4 avril 1886.)

Du traitement de la glycosurie par l'acide salicylique, par M. Sinclair Holden. — Cette médication est une application de la doctrine de Latham sur les rapports pathogéniques du diabète avec le rhumatisme. A côté des glycosuries par trouble fonctionnel du foie et des glycosuries par troubles des fonctions du tissu musculaire (*of the function of muscle*), il existe une glycosurie par production exagérée d'acide lactique ou de glucose dans l'organisme. L'acide salicylique aurait pour effet de modérer la formation de ces principes et M. Holden a observé ce résultat dans les six cas qu'il rapporte. Sous l'influence de ce traitement, la polyurie disparaît rapidement et la glycosurie cesse plus tard. Il administre l'acide salicylique à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme par jour, en fractionnant cette dose en trois prises. Ce traitement réussit seulement chez les rhumatisants. (*Brit. med. Journ.*, mai 1886, p. 816.)

BIBLIOGRAPHIE

Éléments de zoologie médicale et agricole, par M. A. Railliet. Paris, Asselin et Houzeau, 1886, in-8°.

Il n'est pas de branche des connaissances humaines dont les progrès soient plus rapides que les sciences biologiques, et en particulier la zoologie; les stations zoologiques et les laboratoires se multiplient, les expéditions lointaines deviennent de plus en plus fréquentes, les dragages des grands fonds de l'Océan font connaître chaque jour de nouvelles formes animales et contribuent ainsi à accumuler les matériaux; l'évolution des êtres se comprend de mieux en mieux, à mesure que la vie elle-même est mieux connue dans ses manifestations si variées, depuis la cellule jusqu'à l'animal le plus complexe; les découvertes incessantes de la paléontologie permettent de renouer la chaîne des êtres, de saisir les transitions entre eux, enfin les différentes phases par lesquelles la vie a dû passer sur le globe; en un mot, de se faire une idée vraiment scientifique de l'évolution dans le temps et dans l'espace. De nouvelles classifications, consacrant les découvertes récentes, ont vu le jour.

En un mot, les documents vont en s'accumulant, se multipliant de plus en plus; M. Railliet n'a pas hesité à en faire le dépouillement: articles de revues, mémoires lus dans les sociétés savantes, traités généraux, monographies, etc., tout ce qui a été publié d'important depuis dix à quinze ans, il s'est fait un devoir de le lire, de l'analyser, de le condenser, de l'adapter enfin aux besoins du livre qu'il écrivait. Aussi ce livre est-il bien au courant de la science, ce que l'on ne pourrait dire de la plupart des traités qui l'ont précédé; l'auteur a adopté franchement les nouvelles classifications, rompant avec la tradition qui enchaînait en quelque sorte la science française dans le cadre devenu trop étroit des classifications imaginées par Cuvier et par Milne-Edwards; il n'a pas hésité non plus à exposer dans les premiers chapitres de son livre les théories évolutionnistes, en marquant sa préférence pour celles-ci sur la doctrine vraiment anti-scientifique de la fixité des espèces. Il n'y avait pas lieu du reste de trop développer ce côté philosophique de la zoologie; le livre étant destiné spécialement aux étudiants en médecine humaine et vétérinaire et aux agriculteurs, devait surtout envisager le côté pratique. Néanmoins, il est conçu d'après un plan assez large pour satisfaire à toutes les exigences et pour rendre service à toute personne qui désirerait se faire une idée nette de la structure des êtres vivants, de leur physiologie et des caractères des groupes naturels dans lesquels ils viennent se ranger: les caractères généraux des embranchements sont indiqués brièvement; ceux des classes le sont avec tous les détails qu'elles comportent; les caractères distinctifs des ordres, familles, genres sont

donnés succinctement, mais d'une manière très suffisante. En revanche, les espèces intéressant le médecin ou le vétérinaire, particulièrement les parasites et les animaux domestiques, sont décrits avec détail, parfois minutieusement, de sorte que même un commençant serait capable de les déterminer exactement avec ce livre.

En somme, l'ouvrage de M. Railliet est excellent et répond bien à son but; la lecture en est attrayante, grâce à la précision et à la clarté du style. De nombreuses figures viennent compléter les descriptions et donnent en quelque sorte de la vie au livre.

L. Thomas.

Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris. — Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs, par M. E. Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.

Le professeur Masse (de Bordeaux) vient de réunir en un volume spécial les travaux qu'il a successivement publiés sur les kystes et tumeurs de l'iris, et sur le rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs.

A diverses reprises, ces travaux ont déjà été analysés dans la *Gazette hebdomadaire*.

Ce nouveau volume a l'avantage de réunir sous une forme élégante et sobre tous les matériaux afférents à la question. On y trouve complètement exposées et détaillées les théories et les expériences entreprises dans le but d'élucider ce chapitre de pathologie oculaire.

De toutes les expériences qui ont été faites, les plus démonstratives, et, disons-le, celles qui ont été le mieux conduites, appartiennent sans conteste au professeur de Bordeaux. Ces expériences établissent que, pour expliquer l'origine des kystes et des tumeurs perlées de l'iris, il faut avoir recours à la théorie de la greffe.

A la suite d'un traumatisme des fragments très petits d'épiderme cutané ou de peau, d'épithélium cornéen, des cils peuvent être introduits dans la chambre antérieure de l'œil. L'étude des faits cliniques permet de toujours constater le traumatisme initial et causal. C'est autour des débris épithéliaux que se forment les kystes, les tumeurs perlées.

Dans un certain nombre de faits, on a trouvé dans la chambre antérieure des cils entiers, témoins irrécusables du processus de la greffe.

Il est juste cependant de remarquer que parfois l'œil n'a reçu qu'une contusion plus ou moins violente sans plaie pénétrante, et qu'il se développe néanmoins une tumeur perlée; dans ce cas, il faut admettre que des éléments épithéliaux détachés de la face postérieure de la cornée ou de la face antérieure de l'iris viennent se greffer sur la face antérieure du diaphragme irien, et produisent, après leur déplacement et leur greffe, des tumeurs analogues à celles qui se forment après les plaies pénétrantes de la cornée.

A côté des tumeurs perlées de l'iris, les tumeurs dermoïdes trouvent leur place naturelle. Ces dernières tiennent à des inclusions fœtales, à des greffes accidentelles et anormales émanées des feuillets cutanés qui forment le cristallin et le corps vitré.

M. Masse a réussi à produire des tumeurs dermoïdes analogues à celles de l'iris en pratiquant chez de jeunes animaux (rats) des inclusions péritonéales avec des tissus appartenant à des animaux nouveau-nés.

Dans différents chapitres très soignés, M. Masse étudie la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces productions bénignes par leur structure, mais capables cependant par leur siège d'entraîner des accidents très fâcheux.

Mais, de tous les chapitres de l'ouvrage, le plus intéressant, celui qui lui donne la plus grande part de sa valeur, est le chapitre de l'étiologie et de la pathogénie.

Après avoir rappelé la théorie que Rothmund défendit en 1871, les critiques peu fondées de Monoyer, le professeur de Bordeaux montre que cette théorie, d'abord sans preuves expérimentales et uniquement basées sur le raisonnement, trouve une preuve irréfutable dans l'expérimentation sur les animaux.

M. Giraud-Teulon, dans un rapport fait à la Société de chirurgie le 23 février 1881, s'est déclaré convaincu par les expériences de M. Masse; Hosch (de Bâle) les cite avec éloges dans un travail récent. Enfin Goella, à Turin, en 1884, et Zahn, en 1885, dans un excellent article (*Virchows' Archivs*), s'attachent à en établir l'importance.

Avec tous ces auteurs, nous sommes heureux de reconnaître que la démonstration est maintenant parfaite, et nous éprouvons un plaisir tout particulier à constater ici que les travaux du professeur Masse y ont contribué pour la plus large part. F. L.

VARIÉTÉS

RÉORGANISATION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Le *Bulletin municipal officiel* de la ville de Paris publie, à la date du 17 septembre, un décret du président de la République portant réorganisation des bureaux de bienfaisance. Nous aurons à revenir sur ce décret et sur les conséquences que paraissent devoir entraîner la création de nouvelles maisons de secours et le mode de nomination des médecins. Nous nous contenterons aujourd'hui de reproduire les principales dispositions de ce décret.

Chap. Ier. *De l'organisation des bureaux de bienfaisance.* — Article premier. — Dans chacun des arrondissements de la ville de Paris, un bureau de bienfaisance est chargé du service des secours à domicile.

Art. 6. — Après vingt ans de services, les administrateurs et les médecins peuvent recevoir du ministre de l'intérieur, à la demande de la commission du bureau de bienfaisance auquel ils sont attachés, le titre d'administrateur et de médecin honoraire.

Art. 11. — Il est tenu chaque année une assemblée composée: 1° de la commission administrative; 2° des commissaires et des dames de bienfaisance; 3° des médecins et des sages-femmes. Il est rendu compte dans cette réunion des travaux de l'année précédente, des recettes et des dépenses de l'exercice. Les personnes appelées à cette séance peuvent présenter leurs observations; le procès-verbal de la séance est adressé au directeur de l'administration de l'Assistance publique.

Art. 12. — Il est établi dans la circonscription de chaque bureau autant de maisons de secours que les besoins du service l'exigent, sans préjudice des autres établissements charitables qui seraient entretenus par les bureaux de bienfaisance. Les maisons de secours sont exclusivement affectées à la réception des indigents par les administrateurs, au service médical et pharmaceutique et au service des distributions et des prêts. Leur personnel y est logé.

Le chapitre II concerne le fonctionnement administratif des bureaux de bienfaisance.

Chap. III. *Personnel médical.* — Art. 21.— Les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés au concours.

Art. 22. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont institués par le ministre de l'intérieur pour quatre années, qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution. A l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être réinstitués par le ministre pour une nouvelle période de quatre ans et ainsi de suite. Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.

Art. 23. — Les médecins actuellement en exercice peuvent, à l'expiration de la période pour laquelle ils ont été précédemment nommés, être réinstitués par le ministre de l'intérieur dans les conditions fixées à l'article précédent, sans qu'ils aient à se soumettre au concours.

Art. 24. — Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à un emploi de médecin des bureaux de bienfaisance, le concours est annoncé trois mois à l'avance. Les candidats doivent se faire inscrire à la mairie de l'arrondissement et justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et qu'ils résident dans l'arrondissement où la vacance s'est produite ou dans un quartier limitrophe. Toutefois, cette dernière condition peut être remplacée par l'engagement de remplir les conditions nécessaires de résidence aussitôt après leur institution. Le registre des inscriptions est clos un mois avant la date du concours. Il sera statué, par arrêté du ministre de l'intérieur, sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques.

Art. 25. — Au cas où, par suite de l'absence de concurrents ou de l'insuffisance des épreuves constatée par un rapport motivé du jury d'examen, le concours ne donnerait pas de résultats, il serait pourvu aux emplois vacants par le ministre de l'intérieur sur la proposition des commissions administratives. Les dispositions de l'article 22 sont applicables aux médecins désignés par le ministre.

Art. 26. — Les médecins institués par le ministre sont à la disposition du service jusqu'à leur remplacement. En cas d'empêchement d'un médecin, le service peut être assuré par le directeur de l'administration de l'Assistance publique de concert avec la Commission administrative. L'allocation des médecins en titre est attribuée à leurs remplaçants.

Art. 27. — A la fin de chaque année, le maire adresse au directeur de l'administration de l'Assistance publique un rapport sur la manière dont chacun a rempli ses fonctions. Le maire est tenu de transmettre d'urgence au directeur de l'Assistance publique les plaintes écrites portées contre les médecins. Si ces plaintes paraissent justifiées au directeur, il les communique à la Commission administrative, et, s'il y a lieu, au Conseil de surveillance, par lequel le médecin doit être entendu en ses explications.

Art. 28. — Les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être blâmés ou réprimandés par le préfet de la Seine, après avis du Conseil de surveillance. Ils peuvent être destitués par le ministre de l'intérieur, après avis du Conseil de surveillance. En cas d'urgence, le Préfet peut prescrire la suspension provisoire d'un médecin. Le médecin destitué ne peut plus faire partie du personnel médical des bureaux de bienfaisance.

Art. 29. — Les fonctions de médecin d'un bureau de bienfaisance sont incompatibles avec celles d'administrateur.

Art. 30. — Les sages-femmes sont nommées par le préfet de la Seine, sur la proposition des commissions administratives. Elles ne peuvent être révoquées que par le préfet de la Seine, après avis des commissions administratives. Elles sont tenues à la résidence dans l'arrondissement où elles exercent leurs fonctions.

Chap. IV. *Des personnes à secourir.* — Art. 31. — Les personnes à secourir peuvent recevoir des secours annuels ou des secours temporaires.

Art. 32. — Ne peuvent être admis à recevoir des secours annuels que les indigents incapables de pourvoir à leur subsistance par le travail et qui rentrent dans une des catégories suivantes : 1° personnes atteintes d'infirmités ou de maladies chroniques; 2° vieillards âgés de soixante-quatre ans révolus; 3° orphelins âgés de moins de treize ans. Les personnes de nationalité française, ayant leur domicile de secours à Paris, sont seules admises à recevoir ces secours. . . . .

Art. 36. — Les blessures, les maladies ou infirmités doivent être constatées par les médecins des bureaux de bienfaisance.

Chap. V. § 1er. *Des secours imputés sur le budget des bureaux de bienfaisance.* — Art. 44. — Les bureaux de bienfaisance sont autorisés à faire aux indigents des prêts d'objets à leur usage. Le service des prêts, et particulièrement le service de la lingerie sont confiés au personnel secondaire des maisons de secours sous la surveillance des secrétaires-trésoriers.

. . . .

Art. 45. — Les bureaux de bienfaisance peuvent assurer l'assistance d'une nourrice aux enfants des femmes accouchées à leur domicile et qui sont reconnues dans l'impossibilité d'allaiter. Ce secours spécial est délivré d'urgence, à titre provisoire et jusqu'à ce que la Commission administrative en ait délibéré, sur une simple demande faite par le médecin et visée par l'ordonnateur.

Art. 46. — Les bureaux peuvent instituer des secours spéciaux pour frais de route et de rapatriement, loyers, apprentissage, admission dans les orphelinats, stations méridionales, établissements thermaux, stations maritimes et autres établissements de bienfaisance.

Art. 47. — Les bureaux de bienfaisance peuvent faciliter l'admission des indigents dans les Sociétés de secours mutuels, notamment en leur fournissant la somme nécessaire pour payer leur droit d'entrée.

Art. 48. — Sur la demande des administrateurs, les commissions administratives peuvent, après enquête préalable et dans la limite du crédit ouvert à cet effet aux budgets, autoriser la délivrance gratuite des appareils destinés aux infirmes.

§ 2. *Des secours imputés directement sur le budget de l'administration de l'Assistance publique.* — Art. 49. — Des secours représentatifs du séjour à l'hospice sont créés en faveur des vieillards et des infirmes. Ces secours, dont le nombre est fixé chaque année dans le budget de l'administration de l'Assistance publique, forment deux classes : la première comporte une allocation de 300 francs par an; la seconde, une allocation de 180 francs.

Art. 53. — Le budget de l'administration de l'Assistance publique peut comprendre une allocation destinée au rapatriement des indigents étrangers à la capitale.....

Chap. VI. *De l'assistance médicale.* — Art. 56. — Le service de santé dans les maisons de secours comporte des consultations et des soins médicaux qui sont donnés par les médecins aux indigents à des heures et jours déterminés.

Art. 57. — Les médecins sont chargés du traitement des malades, soit à domicile, soit dans les salles de consultation. Ils sont tenus de fournir les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'administration.

Art. 58. — Les sages-femmes chargées des accouchements à domicile sont sous la surveillance du médecin de la circonscription, elles doivent l'appeler quand les accouchements présentent des difficultés. Elles sont tenues de consigner sur un registre spécial les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'administration.

Art. 59. — Le personnel secondaire des maisons de secours est l'auxiliaire du personnel médical pour les pansements et autres détails du traitement. Il visite à domicile les indigents malades.

Art. 60. — L'assistance médicale à domicile est accordée à titre provisoire, en suite d'une simple demande adressée au secrétariat du bureau de bienfaisance. Les médecins et les administrateurs divisionnaires sont immédiatement informés des demandes qui les concernent par les soins des secrétaires-trésoriers.

Art. 61. — Une commission dite du *service médical* est formée du président ou du vice-président de la Commission administrative, d'un administrateur et d'un médecin désignés par la Commission administrative et du secrétaire-trésorier. Elle se réunit chaque semaine pour prendre connaissance de tout ce qui concerne le service des malades; elle décide si l'assistance médicale doit être continuée ou suspendue, et statue sur les secours pécuniaires ou autres à accorder aux malades. Le président de la Commission du service médical est ordonnateur secondaire des secours pécuniaires. Il délivre des mandats dans les conditions prévues à l'article 41. En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, des secours peuvent être délivrés sur bons en nature ou sur mandats en argent, du président de la Commission, qui lui en rend compte à sa première réunion.

Art. 62. — Les médicaments provenant de la pharmacie centrale des hôpitaux sont délivrés dans les dépôts créés près les établissements de secours qui dépendent des bureaux de bienfaisance. Les autres médicaments sont délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement fournisseurs des bureaux de bienfaisance. Les ordonnances des médecins mentionnent expressément si les médicaments doivent être délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement ou par le dépôt administratif, selon les distinctions prévues à l'article 80. Les médecins sont autorisés, dans le cas d'urgence, à mentionner sur les ordonnances qu'elles seront servies, sans distinction, par le premier pharmacien auquel s'adressera l'indigent.

Art. 63. — La Commission du service médical rend compte à la Commission administrative, à la fin de chaque trimestre, de la situation du service. Elle propose le vote des crédits nécessaires; ces crédits comprennent l'ensemble de toutes les dépenses occasionnées par le service des malades.

Art. 64. — Le président de la Commission du service médical est chargé de la désignation pour être envoyés aux asiles de Vincennes et du Vésinet des ouvriers et ouvrières en état de convalescence, ayant leur domicile de secours à Paris, qui, pendant le temps de leur maladie, auraient été traités à domicile.....

Chap. X. *Des fournitures.* — Art. 80. — Les médicaments sont fournis aux bureaux de bienfaisance, soit par la pharmacie centrale des hôpitaux et à charge de remboursement, en ce qui concerne les remèdes magistraux, soit par les pharmaciens de l'arrondissement, en ce qui concerne les remèdes officinaux. Sont seuls admis à fournir des médicaments, les pharmaciens de l'arrondissement qui ont accepté le tarif fixé par l'administration et se sont soumis à l'avance aux mesures de contrôle qu'elle

croirait devoir prescrire. Le tarif d'après lequel les fournitures sont payées aux pharmaciens est préparé par le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, et fait l'objet d'un arrêté préfectoral; il est revisé tous les ans.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné lecture, dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, d'un rapport sur les mesures hygiéniques à prendre pendant la construction de la Bourse du commerce. D'accord avec M. le docteur P. Richard, rapporteur de la commission d'hygiène du 1er arrondissement, notre savant confrère propose les mesures suivantes pour éviter l'explosion de la fièvre intermittente ou de la fièvre typhoïde, qui pourraient être le résultat des bouleversements du sol nécessités par ces travaux :

Arrosement des terrassements à l'aide de liquides tenant en dissolution des substances antiseptiques et désinfectantes, sels de cuivre, de fer, de zinc. L'usage de l'acide phénique doit être évité en raison de l'odeur bien connue, et surtout à cause de l'inefficacité de la substance.

Arrosement des murs en démolition avant leur projection sur le sol, pour diminuer la poussière que cette projection entraîne constamment.

Enlèvement rapide des terres et matériaux de démolition. Transport de ces matériaux hors de Paris.

Vidange, assèchement et désinfection par l'acide sulfureux (combustion du soufre) des fosses d'aisances, des égouts, et en général de toutes les cavités souterraines où les travailleurs peuvent avoir à séjourner.

Drainage et assèchement des cloaques qui viendraient à se produire par suite du fouillement du sol.

Barrages et surveillance de police interdisant au public l'accès dans l'enceinte des travaux.

Etablissement de cantines surveillées où les ouvriers pourraient se procurer à peu de frais de la soupe, du vin, et surtout du café chaud.

Instructions données aux médecins qui habitent dans l'arrondissement, afin que les cas de fièvre typhoïde ou de fièvre intermittente qui viendraient à se produire soient immédiatement signalés au service médical de la mairie, qui centraliserait tous les renseignements et présiderait à l'exécution des mesures hygiéniques.

Nomination d'une commission chargée de veiller à la bonne exécution, non seulement des mesures qui viennent d'être conseillées, mais encore de toutes celles qui pourraient paraître utiles et que l'on prend d'habitude en pareille circoustance.

MM. Dujardin-Beaumetz et P. Richard se fondent surtout, pour demander l'application de ces mesures, sur ce que, depuis 1769, époque de la construction de la halle aux blés, c'est-à-dire depuis plus d'un siècle, ce sol n'a pas été touché. D'autre part, les rues étroites qui entourent cette halle aux blés, telles que les rues de Viarmes, de Sartine, de Vannes, Oblin, Mercier, Babille, des Deux-Ecus, etc., se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques.

L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — La plupart des journaux de médecine rendent compte d'une audience accordée à Royat, par M. Floquet, président de la Chambre des députés, à une délégation de médecins délégués des stations thermales du centre, venue pour lui demander d'appuyer les réclamations faites en vue d'obtenir la suppression de l'inspectorat des eaux minérales. Quelle que soit l'idée que l'on se fasse au sujet de cette institution — et nous n'avons rien à ajouter à ce que la *Gazette hebdomadaire* en a bien souvent déjà dit — il importe de faire observer à nos confrères que la suppression *actuelle* de l'inspectorat imposerait au trésor public une assez grosse dépense, en raison de la nécessité d'indemniser les titulaires en fonctions. C'est là, nous affirme-t-on, le seul motif qui oblige le ministre du commerce à les maintenir. Il ne nomme plus aucun nouvel inspecteur, et, dans un petit nombre d'années, il lui sera possible de donner pleine et entière satisfaction au vœu exprimé par les médecins consultants des stations thermales. Nous persistons donc à douter que les récentes démarches de nos confrères puissent aboutir malgré toute la bonne volonté de leur éminent avocat.

LE CHOLÉRA. — Nous annoncions, il y a huit jours, que le choléra venait d'éclater à Pesth. De nouveaux renseignements nous permettent d'affirmer que, malgré certaines dénégations, l'épidémie s'étend en Autriche-Hongrie. D'autre part, en Italie, dans la province de Coni, tout près de la frontière française, de nouveaux cas sont signalés. L'autorité sanitaire a prescrit aussitôt les mesures de surveillance les plus énergiques pour empêcher l'extension de la maladie.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de la *Revista enciclopedica*, qui vient de paraître à la Havane sous la direction de M. Carlos de la Torre y Huerta. Ce journal comprend des articles de tocologie, de pathologie médicale, de clinique médicale, de pharmacie, de thérapeutique, d'histoire naturelle, d'anthropologie, de zoologie, de chimie, des articles de variétés, etc.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Récipon, médecin de l'hôpital du Puy, mort à l'âge de cinquante-quatre ans; de M. le docteur Hermann Moos, professeur de chirurgie à l'Université de Würzbourg; de M. le docteur Robert Fowler (de Londres); de M. le docteur G. Renson (de Bruxelles); de M. G. Pagliari (de Florence), le doyen des pharmaciens italiens, l'inventeur de l'eau hémostatique qui porte son nom, et qui, grâce aux travaux de Sédillot, s'est si rapidement propagée en France; de M. Manuel de Vargas Machuca (de la Havane), chimiste distingué, ancien élève de Würtz et de M. Friedel.

MORTALITÉ A PARIS (37e semaine, du 12 au 18 septembre 1886. — Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 1. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 14. — Choléra, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 45. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 42. — Bronchite aiguë, 21. — Broncho-pneumonie, 14. — Pneumonie, 30. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 115; au sein et mixte, 57; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 73; de l'appareil circulatoire, 32; de l'appareil respiratoire, 38; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 16. — Causes non classées, 15. — Total : 927.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil, faites à la Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur Panas. In-8 avec 5 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Les modifications de la voix humaine obtenues par les inhalations à l'accordeur du larynx, par M. le docteur Sandras. In-4. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquammations épithéliales et en particulier du choléra asiatique. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Pathologie des ovaires. Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, par M. T. Gallard. 1 vol. in-8 de 470 pages avec 47 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

Traité de thérapeutique médicale. Guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique et au traitement des maladies, par M. le docteur A. Ferrand. 2e édition, augmentée d'un formulaire des médicaments nouveaux. 1 vol. in-12 de 902 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, cartonné. 9 fr.

Les alcaloïdes d'origine animale, par M. le docteur L. Hugounenq. In-8 de 96 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

6850. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 40 — 1er OCTOBRE 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Taille stomacale : M. Polaillon. Innocuité de la viande de mouton : M. J. Chatin. Céphalométrie et ses applications : M. Luys.

Le brillant succès que faisaient prévoir les deux communications précédentes de M. Polaillon doit être considéré aujourd'hui comme définitivement obtenu. Le malade opéré si habilement, et par un procédé des plus élégants, a été guéri au bout de vingt jours. En racontant les suites de cette opération, dont on lira le récit au *Bulletin* de l'Académie, M. Polaillon a prouvé une fois de plus que l'audace ne sert jamais que les chirurgiens qui sont aussi bons anatomistes que cliniciens exercés.

— L'ordre du jour de l'Académie comprenait, à la suite de cette présentation, qui fait un si grand honneur à la chirurgie française, une communication de M. J. Chatin et une lecture de M. Luys. M. J. Chatin a rappelé et affirmé un fait dont les applications à la clinique peuvent devenir fréquentes : l'innocuité de la viande de mouton au point de vue de l'helminthiase. Alors que la viande de bœuf et celle de porc peuvent transmettre différentes sortes de ténias, la viande de mouton paraît ne jamais contenir un nombre de cysticerques suffisant pour déterminer une véritable ladrerie ; et alors même que ces cysticerques seraient plus abondants, leur transmission à l'homme ne peut être à craindre. Les objections faites par Cobbold à une pratique recommandée par la majorité des médecins français, qui insistent sur l'utilité de l'usage de la viande crue de mouton, principalement dans la pathologie infantile, paraissent donc peu fondées, et il faut savoir gré à M. J. Chatin de l'avoir rappelé.

La lecture faite par M. Luys intéresse non seulement les anthropologistes, les statisticiens ou les médecins légistes, mais encore tous ceux qui ont souci des dangers que font courir à la santé des enfants ou des jeunes gens un surmenage intellectuel peu en rapport avec le développement physique du cerveau. C'est pourquoi, venant après les observations présentées par MM. Lagneau et Dujardin-Beaumetz, elle a été si écoutée. Le procédé scientifique à l'aide duquel notre savant confrère procède à la mensuration craniologique mérite d'être étudié et expérimenté avec soin. On en lira la description au *Bulletin;* mais il importait d'insister sur les déductions sociologiques et médico-légales que M. Luys a tirées de ses expériences. La craniologie ne repose plus aujourd'hui sur une série d'hypothèses vagues. La mesure plus précise des examens céphalométriques tend à en faire une science positive, qui, au point de vue de l'anthropologie criminelle, donnera certainement des résultats intéressants. Toutefois il convient aussi de n'en pas exagérer les conclusions en ce qui concerne les rapports qui peuvent exister entre le développement du crâne et celui de l'encéphale. L'étude que vient de publier M. Luys rappelle la communication si brillamment faite par Lasègue sur les déformations crâniennes dans l'épilepsie. Or il ne paraît pas que les observations ultérieures aient confirmé les vues d'ailleurs si ingénieuses du savant et regretté clinicien.

DERMATOLOGIE

Du lichen et du prurigo.

(Suite (1). — Voyez les numéros 38 et 39.)

II

Dans notre premier article nous avons montré que, pour l'école allemande, le lichen ne renferme plus que les deux variétés suivantes : 1° le *lichen scrofulosorum;* 2° le *lichen ruber*. Ces deux dermatoses, nous disent Hebra et Kaposi, sont les seules qui soient vraiment dignes du nom de lichen, parce qu'elles sont caractérisées par des papules qui ont une forme typique, et qui accomplissent toute leur évolution en gardant leur même aspect de papules. Tel est, en effet, pour eux le caractère pathognomonique du lichen.

Je ferai remarquer que le groupe lichen, ainsi compris, ne repose que sur la forme de l'élément éruptif, et qu'on semble ne tenir aucun compte ni de la nature réelle de la maladie, ni de son évolution, ni de sa physionomie générale.

(1) Par suite d'une erreur de mise en pages, le dernier article de M. Brocq a paru, dans le précédent numéro, à la place de celui-ci.

Avec un pareil point de départ, il n'était guère possible de créer un groupe morbide bien constitué.

Je demanderai tout d'abord pourquoi l'école de Vienne n'y range pas la lésion cutanée, si fréquente, à laquelle les anciens auteurs avaient donné le nom de lichen pilaire. Cette affection, qui porte encore les noms de peau ansérine (*cutis anserina*), et qui est le *lichen pilaris* vulgaire de MM. Hillairet et Gaucher, est en effet caractérisée par de petites saillies papuleuses distinctes les unes des autres, de coloration variable, donnant parfois à la main une sensation de râpe, et qui conservent invariablement ce caractère pendant toute leur évolution. On sait qu'elles occupent surtout le côté externe des membres.

Cette dermatose est donc un type de lichen dans le sens de l'école de Vienne. Hebra et Kaposi la rangent cependant dans l'ichthyose, et en font une variété de cette difformité cutanée. Nous n'attaquons pas cette manière de voir, mais nous voulons bien faire comprendre combien est artificielle la conception nouvelle du lichen, puisque la lésion qui, en bonne logique, est le type même de ce groupe, ne s'y trouve pas rangée par ceux qui ont posé le célèbre principe dont nous avons tant parlé.

A. *Lichen scrofulosorum.* — Le *lichen scrofulosorum* est une affection assez rare en France, et qui semble n'y pas revêtir d'ordinaire le degré de gravité qu'elle peut atteindre en Allemagne. « Elle est caractérisée par une éruption de papules miliaires qui peuvent être d'un jaune pâle, d'un rouge brunâtre, ou de la même couleur que le reste de la peau. Elles ne renferment aucun liquide; elles sont toujours disposées en groupes, et quelquefois elles forment des cercles ou des segments de cercles au dedans desquels on peut voir accidentellement quelques taches pigmentaires indiquant le siège de papules antérieures et toujours recouvertes de quelques minces squames » (voy. Hebra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 456). Le plus souvent elles ne sont le siège d'aucune démangeaison; on les observe surtout sur le tronc; leur évolution est des plus lentes; lorsqu'elles ont atteint leur complet développement, elles restent fort longtemps stationnaires. Un de leurs caractères majeurs est leur groupement par plaques plus ou moins étendues, uniques ou multiples, et séparées alors les unes des autres par de larges espaces de peau saine. Elles se développent surtout chez les jeunes sujets des deux sexes qui ont une constitution lymphatique.

Le processus anatomique de ces formations papuleuses consiste en un exsudat et une infiltration cellulaire qui siège dans l'appareil pilo-sébacé. Aussi certains auteurs veulent-ils faire de cette affection une variété d'acné.

Tel est le *lichen scrofulosorum* que nous observons en France; c'est, d'après MM. Hillairet et Gaucher, le *lichen circumscriptus* de Willan et Bateman, Rayer, Bazin, etc.; c'est, pour M. le docteur E. Besnier, le *lichen pilaire des strumeux :* notre excellent maître a justement mis en relief par cette dénomination la localisation si précise de cette lésion: ce *lichen pilaris des strumeux* diffère du *lichen pilaris vulgaris*, dont nous venons de parler plus haut, et qui est disséminé, en ce qu'il forme des placards circonscrits.

En Allemagne, le *lichen scrofulosorum* peut ne pas toujours conserver ces caractères de limitation et d'atonie. Les papules deviennent alors beaucoup plus nombreuses, dans l'intervalle des groupes papuleux il se forme des tubercules d'un rouge bleuâtre, plus ou moins foncés, ressemblant à ceux de l'acné et subissant les mêmes modifications qu'eux. « Comme phénomènes concomitants, on observe dans les cas graves un eczéma du scrotum et de la région pubienne, avec une sécrétion fétide, qui se dessèche en croûtes à odeur rance; au pubis, on constate des pustules et des croûtes produites par l'inflammation de chaque follicule pileux (eczéma impétigineux)...; presque toujours les ganglions cervicaux, sous-maxillaires ou axillaires, etc., sont engorgés » (Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 526).

Dans cette description, que devient le grand caractère du lichen, en apparence posé avec tant de netteté par l'école de Vienne? Ce groupe morbide ne doit contenir que des dermatoses papuleuses, qui restent papuleuses pendant tout le cours de leur évolution, et nous voyons ici survenir des pustules, de l'eczéma, etc. Cette éruption polymorphe n'a-t-elle pas une certaine ressemblance avec le prurigo de Hebra? Si l'on admet, comme la plupart des dermatologistes modernes, que les *lichens simplex* et *agrius* sont de l'eczéma, parce qu'ils peuvent ou bien se développer à la suite d'une éruption eczémateuse, ou bien se compliquer d'éruption eczémateuse à une certaine période de leur évolution, n'est-on pas également en droit de conclure, de par la description allemande, que le *lichen scrofulosorum* doit lui aussi être rangé dans l'eczéma? Quand on en arrive à de pareilles conséquences, il faut vraiment que le point de départ soit des plus discutables.

Que devons-nous donc penser de l'affection décrite sous le nom de *lichen scrofulosorum?* Que c'est une dermatose encore assez mal connue, et dont la véritable nature n'a pas été suffisamment précisée. Faut-il la ranger à côté des lichens pilaires, faut-il en faire un lichen polymorphe, faut-il la mettre dans les acnés, la considérer comme une affection constitutionnelle, une maladie à part? Autant de questions à résoudre.

B. *Lichen ruber.* — Hebra a créé le nom de *lichen ruber* pour désigner une affection caractérisée « par la formation de papules qui restent dans le même état durant tout le cours de leur existence, et ne subissent aucune modification, si ce n'est que l'apparition ultérieure de nouvelles papules peut déterminer leur réunion en plaques circonscrites; les papules elles-mêmes et les plaques qui en résultent (à moins d'être recouvertes par des masses épidermiques) présentent invariablement une coloration rouge foncé intense » (Hebra, *loc. cit.*, p. 463). La description qu'Hebra a donnée de cette dermatose est des plus obscures, et ne paraît répondre, ainsi que nous le démontrerons bientôt, à aucun type morbide bien défini. Cependant, en 1867, Erasmus Wilson crut reconnaître le *lichen ruber* de Hebra dans une maladie nouvelle qu'il étudia, et dont il donna une description vraiment magistrale sous le nom de *lichen planus.* Il n'en était rien; le *lichen planus* d'Erasmus Wilson est une affection nettement définie au point de vue symptomatologique, bien connue à l'heure actuelle de tous les dermatologistes, et à mon sens elle n'a que peu ou point de rapports avec le *lichen ruber* de Hebra. Malheureusement l'école de Vienne n'a pas voulu reconnaître la valeur des recherches d'E. Wilson; elle a revendiqué pour elle seule le mérite d'avoir établi cette nouvelle dermatose, et elle en a fait une simple variété du *lichen ruber* de Hebra. D'après elle, le *lichen ruber* comprend donc deux formes :

1° Le *lichen ruber acuminé*, qui est la variété « primitivement décrite par Hebra, et qui est caractérisée par des papules disséminées, très dures, de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une tête d'épingle, rouges, coniques,

ayant à leur sommet une petite squame épidermique épaisse..., et qui finissent par se confondre en surfaces diffuses rouges et squameuses ».

2° Le *lichen ruber plan*, à propos duquel Kaposi ne cite pas le nom d'E. Wilson, bien que ce soit purement et simplement l'affection si bien décrite par le dermatologiste anglais.

Depuis longtemps déjà nous la connaissons en France sous le nom de *lichen plan;* je vais en résumer les caractères principaux afin de mieux faire comprendre les discussions auxquelles elle donne lieu en ce moment. Le dernier travail important qui ait été publié sur elle dans notre pays est la thèse de notre excellent ami le docteur Lavergne. Cet auteur a distingué deux principales variétés de *lichen plan : a.* le *lichen plan proprement dit; b.* le *lichen plan corné.*

a. Le *lichen plan proprement dit* est constitué par de petites papules d'un rouge variable tirant sur le jaune, de forme irrégulière, le plus souvent polygonales, à surface plate, brillantes, de telle sorte que l'éruption semble être constituée par une série de petites facettes ; tantôt très petites, presque imperceptibles, elles sont d'ordinaire de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis; dures, sèches, elles forment un léger relief à la surface des téguments, et donnent au toucher une sensation comparable à celle que fait éprouver de la peau de chagrin. Elles présentent parfois à leur centre une ombilication et un follicule pileux dont le poil a presque toujours disparu. Tant qu'elles sont isolées, et elles peuvent rester longtemps en cet état, elles ne desquament pas; elles sont le siège d'un prurit très variable comme intensité. Elles peuvent s'accroître peu à peu jusqu'à atteindre de 2 à 4 millimètres de diamètre, mais alors elles s'arrêtent et ne subissent pas d'accroissement périphérique continuel, comme le font certains éléments de psoriasis. Dans l'immense majorité des cas, de nouvelles papules se forment dans le voisinage des papules primitives; l'éruption peut rester discrète, ou bien envahir une grande étendue des téguments, parfois leur presque totalité. Presque toujours elles deviennent confluentes en certains points, et y forment des plaques qui n'ont plus du tout le même aspect que les éléments papuleux isolés. Ces plaques sont rosées, assez surélevées au-dessus du niveau des parties voisines, sans limites bien précises; leur surface est rugueuse et est le siège d'une desquamation fine, blanche, pityriasique, semblable à un papier grisâtre collé sur la peau et qui s'exfolie peu à peu. On retrouve d'ordinaire, dans le voisinage de la plaque, des papules isolées caractéristiques de *lichen plan* permettant de faire d'emblée le diagnostic. Les sièges de prédilection de cette dermatose sont la face antérieure des avant-bras et des poignets, la face externe des jambes, le pourtour du bassin. Elle évolue avec la plus grande lenteur, et peut persister sans grandes modifications pendant des mois ou même des années. Parfois cependant il se produit des poussées pendant lesquelles les éléments de lichen envahissent une plus grande étendue des téguments.

Dans certains cas, la marche de l'affection est toute différente : les papules caractéristiques, au lieu d'avoir une évolution lente et torpide, naissent et se développent avec la plus grande rapidité; elles sont plus volumineuses, prennent une coloration franchement rouge, sont plus globuleuses, présentent des facettes brillantes moins nettes, et forment en quelques semaines, parfois en quelques jours par confluence, de vastes nappes rouges au niveau desquelles la peau est épaissie, et qui sont le siège d'une desquamation assez abondante. M. le docteur Lavergne a même cru devoir faire de ces cas une variété à part sous le nom de *lichen plan aigu.*

b. Le *lichen plan corné* est une affection essentiellement chronique, presque toujours localisée à la partie antérieure de la jambe, caractérisée par des plaques de dimensions variables de la largeur d'une pièce de 20 centimes ou de 2 francs, et qui prennent parfois une extension beaucoup plus considérable. Leur forme est irrégulière; leur surface, bosselée, paraît souvent criblée de nombreux orifices folliculaires gros comme une pointe ou une tête d'épingle, parfois oblitérés de petits coins épidermiques en forme de godet; ces plaques sont recouvertes de fines squames grisâtres fort adhérentes, assez épaisses par stratification pour former çà et là des sortes d'amas rugueux. Leur coloration est variable, tantôt rosée, tantôt bleuâtre, tantôt brunâtre, noirâtre même. Le derme est fort épaissi à leur niveau, de telle sorte qu'elles forment de véritables petites tumeurs de plusieurs millimètres de haut à bords assez nets. Les démangeaisons sont le plus souvent intolérables; cette dermatose a une marche excessivement lente et dure des années. Ses relations avec le lichen plan vulgaire ne sont pas encore très bien connues, quoique certaines observations semblent prouver que les papules caractéristiques du lichen plan vrai peuvent s'observer chez les malades qui sont atteints de lichen plan corné.

Telle est la conception française du *lichen planus.* Pour bien préciser les points actuellement en litige, nous allons maintenant exposer très brièvement la théorie allemande la plus récente du *lichen ruber,* celle qui se trouve formulée dans le dernier mémoire d'Unna (de Hambourg) sur cette question.

Pour ce dermatologiste, le *lichen ruber* renfermerait trois variétés bien distinctes : *a.* le *lichen ruber acuminatus; b.* le *lichen ruber obtusus ; c.* le *lichen ruber planus.* Ces trois variétés auraient pour caractères communs, permettant de les ranger dans un même groupe morbide, d'être constituées par des papules de coloration livide, bleuâtre ou rouge jaunâtre, dures, d'une sécheresse particulière, prurigineuses, ayant une tendance marquée à la chronicité.

a. Le *lichen ruber acuminatus* est constitué par de petites papules de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 de diamètre, de la grosseur d'un grain de millet ou d'une graine de moutarde, coniques, recouvertes d'une squame à leur sommet, qui correspond à un follicule pileux. Au début, elles forment des points rouges squameux bien distincts les uns des autres, faisant tache sur la peau encore blanche; elles peuvent augmenter de volume, et, dans ce cas, la peau intermédiaire rougit, se gonfle, s'épaissit; elles deviennent alors confluentes et forment des plaques étendues d'un rouge bleuâtre, un peu squameuses, fort prurigineuses : les papules disparaissent donc, en tant qu'éléments isolés, au milieu du gonflement général du corps papillaire; elles ne sont plus perceptibles ni au toucher, ni à la vue. Il est de règle que ce *lichen ruber acuminatus* ait une marche aiguë et survienne souvent après des sueurs profuses. Bien traité, il se localise et tourne court. Abandonné à lui-même, il s'étend graduellement à tout le corps, et les phénomènes prurigineux s'exaspèrent à chaque poussée nouvelle. C'est alors qu'il arrive à constituer peu à peu le type morbide grave, primitivement décrit par Hebra. Les forces s'épuisent, les ongles s'altèrent, les poils tombent, et le malade finit par succomber au progrès du marasme ou à la phthisie pulmonaire. Toujours d'après Unna, l'arsenic à l'intérieur et à l'extérieur, les applications (em-

plâtres, lotions ou pommades) d'acide phénique et de sublimé suffisent pour amener une guérison rapide.

b. Le *lichen ruber obtusus* est constitué par des papules de moyenne grosseur, de 3 à 5 millimètres de diamètre, demi-hémisphériques, aplaties à leur sommet, portant à leur centre une petite dépression, dures, sèches, brillantes, semblables à de la cire, transparentes, variant comme coloration du bleuâtre au rouge brunâtre et non squameuses. Le *lichen ruber obtusus* a une marche moins aiguë que l'*acuminatus;* il est moins prurigineux ; le plus souvent il est circonscrit. Abandonné à lui-même, il peut cependant en quelques semaines envahir tout le corps. Après la guérison, il persiste une teinte brunâtre des téguments, parfois de légères cicatrices. L'arsenic est moins actif que dans la forme précédente, mais les applications locales de chrysarobine, de sublimé, d'acide salicylique, sous forme de lotions, de collodions et d'emplâtres sont fort efficaces.

c. Le *lichen ruber planus* est constitué par des éléments éruptifs rouges, aplatis, légèrement surélevés au-dessus du niveau de la peau, de 6 millimètres à 4 centimètres de diamètre. Leurs bords sont un peu saillants, le centre est déprimé; leur surface lisse peut être recouverte de squames minces. Ces éléments peuvent se former d'emblée ou bien graduellement par confluence de petites papules lichénoïdes de 1 millimètre environ de diamètre, rouges, luisantes, aplaties au sommet. Ces petites papules (éléments primitifs du *lichen planus* pour les auteurs français) sont, d'après l'expression d'Unna, des papules de *lichen obtusus* en miniature. L'évolution ultérieure de l'élément éruptif du *lichen planus* est des plus variables ; il peut s'étendre en surface, infiltrer profondément le derme; enfin, disparaître, en laissant une pigmentation foncée.

Tels sont les trois types, bien distincts comme on le voit, que décrit l'auteur allemand. Il reconnaît toutefois que ces formes sont loin d'être toujours isolées; c'est ainsi que les variétés *obtusus* et *planus* coexistent souvent chez le même malade, que les variétés *acuminatus* et *planus* peuvent se développer simultanément (bien que cette coïncidence soit un peu moins fréquente que la précédente), et qu'on voit même dans quelques cas beaucoup plus rares, s'associer les deux formes *acuminatus* et *obtusus.*

Telle est la conception allemande la plus récente du *lichen ruber.* Unna croit pouvoir expliquer les dissemblances qui existent entre ses descriptions et les descriptions anglaises et françaises en disant que très probablement l'affection diffère suivant les pays et suivant les races. C'est une raison des plus plausibles, et que nous acceptons bien volontiers. Mais nous croyons aussi qu'il faut incriminer les méthodes que suivent les observateurs et les écoles qui les ont formés. Unna, l'un des plus brillants élèves de F. Hebra, s'occupe surtout de la forme des éléments éruptifs, de la grosseur des papules, il les étudie avec la dernière minutie; mais il ne semble pas s'inquiéter de la marche de la maladie, de son aspect général. En France, au contraire, nous reconnaissons la nécessité d'étudier de très près les lésions élémentaires tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation; mais nous allons plus loin et nous nous efforçons de faire également entrer en ligne de compte l'évolution générale de l'affection dans la constitution d'un groupe morbide ; nous voyons ainsi que deux éléments éruptifs en apparence distincts peuvent parfois être symptomatiques d'une seule et même maladie.

C'est pour ces motifs qu'Unna décrit trois formes distinctes du *lichen ruber*, je devrais presque dire trois affections distinctes, les *lichen ruber acuminatus, lichen ruber obtusus* et *lichen ruber planus*, et que nous ne décrivons en France qu'une seule et unique maladie, le lichen plan, pouvant être caractérisée par des éléments éruptifs de formes diverses, mais ayant toujours en somme une même physionomie bien reconnaissable.

Nous avons déjà observé à l'hôpital Saint-Louis les éléments papuleux qui répondent à la forme *obtusus* d'Unna ; on en retrouve des descriptions dans la thèse de Lavergne ; ces éléments sont dans bon nombre de cas mélangés aux petites papules aplaties brillantes, caractéristiques pour nous du *lichen planus*, et aux plaques du *lichen ruber planus* d'Unna; ce sont bien évidemment des éléments morbides symptomatiques du *lichen planus* au même titre que les autres avec lesquels ils sont mélangés; il est bon de le savoir et de les connaître; parfois ils impriment un aspect un peu particulier à la dermatose ; mais je ne crois pas vraiment qu'il faille pour cela en faire une variété bien spéciale et tout à fait à part de l'affection. Ce serait d'autant plus illogique que dans l'immense majorité des cas on n'aurait affaire qu'à des variétés mixtes, puisque les éléments *planus* d'Unna coexistent sur le même malade avec les éléments *obtusus* de cet auteur.

Quant au *lichen ruber acuminatus* d'Unna et des Allemands, il est nécessaire de distinguer : il y a deux types du *lichen ruber acuminatus* allemand : 1° le type décrit en 1860 par F. Hebra, type grave se terminant toujours par la mort ; 2° le type nouvellement accepté par les dermatologistes d'outre-Rhin.

1° A propos du premier type je serai bref : d'abord parce qu'on n'a jamais pu prendre connaissance des quatorze cas dont Hebra s'est servi pour constituer ce groupe, et qu'il est plus que probable qu'il y a placé pêle-mêle des dermatites exfoliatrices, des *pityriasis rubra pilaris* (type Besnier-Richaud), etc... Ensuite parce que les dermatologistes actuels, tout en reproduisant cependant avec la plus grande fidélité dans leurs écrits la description de leur maître, ne semblent plus observer de cas répondant à ce type morbide.

2° En étudiant de très près le type nouveau du *lichen ruber acuminatus*, on voit qu'il faut encore établir une distinction. Les cas publiés par Unna, sous ce nom, se divisent en effet en deux catégories, suivant que les papules acuminées coexistent avec des éléments de *lichen ruber obtusus* ou *planus*, et suivant qu'elles existent seules, à l'exclusion de toute autre lésion élémentaire.

a. Nous connaissons depuis quelque temps déjà en France des faits de la première catégorie ; nous en trouvons relatés dans la thèse de Lavergne, et nous les faisons rentrer purement et simplement dans notre lichen plan, au même titre que nous y rangeons le *lichen ruber obtusus* de Unna.

b. Quant aux faits de la deuxième catégorie, ils me semblent ne pouvoir être classés dans un seul et même groupe morbide. Fidèles à leurs principes, les auteurs allemands donnent le nom de *lichen ruber acuminatus* à toutes les affections cutanées caractérisées par des papules petites, acuminées, portant une squame à leur sommet, quelles qu'en soient l'évolution, la marche, la durée, les allures générales. Aussi confondent-ils dans ce groupe des éruptions à évolution rapide, ne durant que de huit à quinze jours, qui sont voisines soit des érythèmes papuleux, soit des éruptions sudorales, soit de ce que M. le docteur E. Vidal appelle *lichen simplex aigu*, et des éruptions à évolution beaucoup plus longue,

chroniques, parfois des plus rebelles, comme le *pityriasis rubra pilaris* de Devergie-Besnier-Richaud. Après avoir lu bien attentivement les observations qui ont été publiées en Allemagne sous le nom de *lichen ruber acuminatus*, nous en sommes encore à douter de l'existence réelle de ce groupe morbide. Nous n'en nions pas toutefois la possibilité, et nous sommes tout prêts à appeler de ce nom une dermatose, qui serait uniquement caractérisée au point de vue morphologique par une éruption de petites papules rouges acuminées, à sommet squameux, qui aurait une marche, une évolution définies, et qui serait bien distincte des affections déjà classées que nous venons d'énumérer, des éruptions artificielles, des érythèmes papuleux, des éruptions sudorales, du *lichen simplex* aigu (cependant on pourrait formuler une réserve à cet égard), du *pityriasis rubra pilaris*.

En somme un examen rigoureux des faits nous permet d'établir que les deux variétés de lichen admises par l'école allemande et adoptées jusqu'ici par tous les dermatologistes ont besoin d'une sérieuse revision : 1° il faut savoir si l'affection décrite sous le nom de *lichen scrofulosorum* mérite réellement le nom de lichen ; 2° quant au *lichen ruber*, nous croyons devoir, jusqu'à plus ample informé, conserver encore intacte la conception française du *lichen plan*, tout en reconnaissant que les Allemands ont dans ces derniers temps étudié avec la dernière précision les éléments éruptifs de cette affection, lesquels peuvent revêtir les diverses formes que nous avons décrites plus haut, formes que l'on doit connaître, que l'on doit distinguer, mais qui ne sont que des modalités éruptives d'une seule et même dermatose. Leur *lichen ruber acuminatus* pur ne nous paraît pas répondre à des faits assez bien établis pour que nous puissions encore l'admettre soit comme une entité morbide distincte, soit comme une variété spéciale et nettement définie du lichen plan.

Dr L. Brocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Variole et varicelle : Le traitement éthéré-opiacé fournit une preuve nouvelle de la différence de leur germe, par M. le docteur G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Après que Du Castel d'abord, et Dreyfus-Brisac ensuite, eurent démontré la bien singulière mais précieuse influence de la médication éthérée-opiacée sur la marche de la variole, je fus des premiers à marcher sur leur trace. Juguler le bouton varioleux, et par là restreindre ses effets locaux, parfois dangereux et toujours désagréables, et empêcher la fièvre secondaire trop souvent si grave, c'est rendre à la société un service signalé et pourvoir la thérapeutique d'une arme de premier ordre.

Depuis mon court mémoire sur cette question (*Un cas d'avortement de la variole au moyen de la médication éthérée-opiacée*, in *Bull. gén. de thér.*, 1883, p. 349) j'ai pu, un très petit nombre de fois, voir se reproduire devant moi le succès thérapeutique qui m'avait déjà tant frappé, parce que en ces dernières années la variole a été rare à Montpellier. Comme le débat est aujourd'hui vidé et que les affirmations cliniques de Du Castel sont incontestables, je ne serais pas revenu sur elles sans un incident assez curieux. Il me paraît que je puis trancher par un argument nouveau un point de pathologie longtemps débattu : l'identité ou la non-identité du virus de la variole et de celui de la varicelle.

Par une coïncidence heureuse, j'ai recueilli au même moment (août 1886) à Montpellier, dans ma clientèle, les deux observations suivantes :

Obs. I. *Varioloïde jugulée par le traitement de Du Castel.* — M..., âgé de trente ans, d'une forte constitution, toujours très bien portant, vacciné dans son enfance, mais jamais revacciné, est pris brusquement d'une forte fièvre avec agitation extrême, délire, vomissements bilieux abondants, constipation, douleurs lombaires vives; pouls plein et fréquent à 120; température axillaire à 41 degrés. Pensant à une variole ou à une varioloïde, je crois qu'il convient, pour le moment, de remédier à l'intensité de la fièvre. J'ordonne 1gr,20 de sulfate de quinine associé à 20 centigrammes de poudre de digitale en trois cachets, pris à deux heures d'intervalle les uns des autres, et deux bains tièdes à 33 degrés dans l'après-midi et la soirée.

Deuxième jour, nuit encore agitée, continuation du délire et des douleurs lombaires ; cependant la fièvre a un peu fléchi : 108 pulsations seulement et 40°,6 ; les vomissements ont cessé : même dose de quinine, trois bains tièdes, bouillons.

Troisième jour, la fièvre tombe de plus en plus, le délire a disparu ; pouls à 96 ; température, 39°,6. La quinine est suspendue, un bain tiède seulement, bouillons. L'après-midi, j'aperçois trois ou quatre papules caractérisées sur les ailes du nez et au front et je prescris à l'instant la potion suivante :

Ext. gom. d'opium......	20 centigrammes.
Ether sulfurique........	40 gouttes (1).
Potion gommeuse.......	150 grammes.

à prendre chaque deux heures par cuillerées, de manière que la potion soit exactement finie dans les vingt-quatre heures.

Quatrième jour, les papules nombreuses, mais nulle part confluentes, ont envahi la face, la poitrine, le dos, les épaules ; il y a un grand soulagement. Pouls à 80; température, 38 degrés. La potion est réitérée de la même manière que hier.

A partir du *cinquième jour*, l'apyrexie est absolue. Le malade est fort calme et ne se plaint plus que d'une certaine lourdeur de tête, évidemment due à l'opium. L'éruption a envahi tout le corps. Bon nombre des papules de la face présentent à leur sommet une vésicule transparente grosse comme une petite tête d'épingle. Ultérieurement ces vésicules, sans grossir, deviennent un peu lactescentes, mais presque aussitôt elles se sèchent. D'autres papules montrent aussi une croûte minuscule grisâtre sans que la vésicule ait été bien visible. D'autres enfin avortent tout à fait. Ce qui a commencé à la figure se produit le lendemain et le surlendemain (*sixième* et *septième jour*) sur les autres parties du corps où d'ailleurs l'avortement est encore plus complet et plus rapide qu'à la face ; l'explication est facile : la potion éthérée-opiacée était prise depuis un temps plus long, lorsque les boutons sont sortis. Il n'y a pas l'ombre de fièvre secondaire, aucun malaise. L malade veut manger. J'ordonne des potages au *cinquième jour* et une côtelette d'agneau au sixième. Le *septième jour* il se lève. La potion est prescrite encore ce jour là ; peut-être n'était-elle plus utile. M... en a pris cinq en tout, c'est-à-dire 1 gramme d'extrait gommeux d'opium et 200 gouttes d'éther. Purgation légère le *huitième jour*. Mon homme sort de chez lui le lendemain, sans ma permission, à cause des chances possibles de contagion pour autrui ; mais les boutons sont absolument secs et les petites croûtes s'exfolient.

Obs. II. *Varicelle suivant toute son évolution normale malgré le traitement éthéré-opiacé.* — Trois jours après celui où j'avais été appelé auprès du sieur M... on me mandait aussi en toute hâte auprès de Mlle A..., jeune fille de quatorze ans, très bien portante d'ordinaire, plus développée qu'on ne l'est habituellement à son âge. Cette jeune fille vaccinée dans l'enfance et non revaccinée avait depuis la veille une très forte fièvre.

Ici le diagnostic fut facile à porter. En même temps que le pouls était à 110, le thermomètre à 40°,2 sous l'aisselle, qu'il y avait des vomissements, une grande agitation et un grand malaise, j'aperçus quelques boutons (une quinzaine environ) disséminés sur la face et le tronc.

La rapidité de l'éruption impliquait le peu de gravité de la maladie, aussi, sans m'occuper de la fièvre, quoiqu'elle fût forte,

(1) Je continue à avoir certaines appréhensions au sujet des injections hypodermiques d'éther que je réserve pour les cas graves, avec affaissement et collapsus.

j'instituai à l'instant (*deuxième jour*) la médication éthérée-opiacée, qui n'avait pour moi d'autre but que d'empêcher toute cicatrice possible. Je prescrivis :

Extrait gommeux d'opium.	15 centigrammes.
Ether sulfurique.........	40 gouttes.
Potion gommeuse........	120 grammes.

à prendre par cuillerées chaque deux heures et à renouveler dès que la potion serait finie. Comme la potion ainsi administrée a toujours été terminée au bout de vingt heures, il s'ensuit que la malade a absorbé dans les vingt-quatre heures la même dose d'opium et plus d'éther que le sujet de l'observation précédente. Je n'en ai d'ailleurs observé d'autre effet fâcheux qu'une céphalalgie très légère et surtout de la lourdeur de tête.

Troisième jour, la fièvre est déjà à peu près tombée. Thermomètre à 38°,2; pouls à 92; grand soulagement; le nombre des boutons a beaucoup augmenté. Il en existe sur tout le corps et même déjà sur les membres. La médication n'est évidemment pour rien dans la chute de la fièvre, qui s'est effectuée spontanément, sous l'influence de l'achèvement de l'éruption.

Quatrième jour, apyrexie définitive; l'éruption a tous les caractères de la varicelle, elle s'est faite par poussées successives, comme au hasard, sans ordre et indistinctement sur tout le corps; les vésicules n'ont absolument aucune induration à leur base; à côté de l'une qui commence à sécher, on en trouve une autre qui apparaît seulement.

Mais ce qui ne tarde pas à m'étonner singulièrement, au premier abord, c'est qu'autant ma potion a agi sur M..., autant elle est sans effet sur Mlle A.... Ayant, à un quart d'heure de distance, les deux malades sous les yeux, le contraste me paraît d'autant plus frappant. Si en effet, au *septième jour*, la plupart des boutons sont déjà secs, il en existe encore un certain nombre surtout sur les membres ayant tout le développement qu'ils peuvent posséder dans une varicelle. Sur le dos de chaque poignet spécialement, le *septième jour* il y a encore cinq ou six boutons ronds de la grosseur d'un plomb n° 2 au moins, tendus par une sérosité légèrement lactescente.

L'appétit est revenu, la jeune malade mange, se lève, mais, je le répète, autant les effets abortifs sont évidents dans l'observation I, autant ils sont nuls dans l'observation II.

Je suis resté pendant vingt-quatre heures très intrigué par le contraste que j'avais sous les yeux; j'avais méconnu un moment un argument important en faveur de la non-identité du virus de la variole et de celui de la varicelle, opinion qui est cependant la mienne depuis bien longtemps et qui est fondée sur les deux arguments suivants :

1° J'ai observé, chez des enfants, des varicelles ayant tout leur caractère et toute leur intensité, quinze jours, ou même huit jours après la dessiccation de la vaccine.

2° Mais surtout j'ai vu, sur un petit nombre de bébés non encore vaccinés, des varicelles évoluant avec la plus grande bénignité et, lorsque, quelques jours après, j'ai vacciné lesdits bébés, la vaccine a parfaitement réussi et l'énergie de ses pustules n'était en rien modifiée.

Cette thèse est d'ailleurs à peu près généralement acceptée aujourd'hui et l'opinion de Rayer et de Thomson d'Edimbourg ne rencontre plus guère d'adhérents. Cependant j'ai été surpris de voir des esprits très distingués, Laveran et Teissier, écrire la phrase suivante : « La maladie décrite par quelques auteurs sous le nom de *varicelle* ne paraît être qu'une variété de la varioloïde dans laquelle l'éruption a un caractère vésiculeux » (*Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales*, par Laveran et Teissier. — Paris, Baillière, 1879, t. I, p. 124).

La résistance de l'éruption de la varicelle à la médication qui fait avorter l'éruption de la variole est un troisième argument très sérieux de la non-identité des virus de ces deux maladies. Comme l'ont fait observer successivement Du Castel, Dreyfus-Brisac, Rathery, Thraill, Bucquet, Balzer, Tennesson, etc., les effets du traitement de Du Castel sont constants, pourvu que la médication ait été employée de bonne heure. Or, dans l'observation II, j'ai agi dès la matinée du *septième jour;* à ce moment les boutons qui sont devenus les plus gros, ceux de la main, n'existaient pas encore; enfin la dose du remède a été considérable, puisque la jeune malade n'a pas pris moins de 20 centigrammes d'extrait gommeux d'opium et de 50 gouttes d'éther, chaque vingt-quatre heures, pendant cinq jours et demi.

Je sais bien qu'il n'y a là qu'un seul fait qui doit être vérifié de nouveau pour emporter une conviction décisive; mais la constance ordinaire des effets de la médication éthérée-opiacée donne déjà à ce fait une signification importante, signification qui m'a surtout frappé par le contraste des deux malades que j'avais, au même moment, sous les yeux.

Ce n'est point seulement aux conclusions précédentes que s'arrêtent les déductions à tirer de mes deux observations. Celles-ci me paraissent éclairer le problème encore ardu du mode d'action de la médication éthérée-opiacée.

J'ai lu avec un vif intérêt la dernière communication faite par Du Castel, le 11 février 1886, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*. Jusqu'à ce moment mon très distingué confrère avait peu recherché la manière d'agir de sa médication. Il s'était surtout préoccupé de guérir ses varioleux. C'est ainsi qu'un esprit sage doit procéder. Avant de connaître la vertu antizymasique de la quinine, on guérissait par elle des fièvres paludéennes, des fièvres typhoïdes, des suettes miliaires, des infections purulentes, etc.

Mais aujourd'hui que le succès de son traitement est acquis, Du Castel en donne une théorie séduisante.

Il croit tout d'abord que chaque pustule variolique est le résultat d'une inflammation locale provoquée dans la peau par le dépôt d'un ou plusieurs microbes de la variole, inflammation analogue à celle, par exemple, qu'amène la pénétration d'une écharde dans le doigt. Comment donc peut agir la médication pour atténuer cette réaction inflammatoire?

Deux modes d'action s'offrent à elle : diminuer la puissance nocive du microbe ou l'excitabilité du système nerveux et par là la réaction de l'organisme. « Il semble bien difficile, ajoute-t-il, que quelques gouttes d'éther versées dans le torrent circulatoire aillent porter des coups bien terribles aux myriades de microbes que la variole a répandus dans l'économie tout entière; il semble bien plus difficile encore que l'opium les endorme à tel point qu'ils deviennent inoffensifs; l'action bactéricide de la médication éthérée-opiacée, si elle existe, doit être très limitée. Je crois plus admissible que les deux médicaments, l'un et l'autre sédatifs puissants du système nerveux, amènent une diminution notable de l'excitabilité nerveuse, et celle-ci entraîne à sa suite l'affaiblissement des actes de réaction de l'économie; la puissance initiale du microbe restant absolument ou sensiblement la même, l'économie ne répond que paresseusement, faiblement, à l'incitation, parce que le système nerveux est engourdi : partant les phénomènes de réaction, d'inflammation, restent faibles, profondément atténués. La médication éthérée-opiacée agirait donc plutôt sur le processus de réaction de l'économie que sur le microbe, cause première des accidents; elle serait peut-être en quelque degré une médication parasiticide, mais elle serait surtout une médication antiphlogistique, on pourrait dire antipyogénique, puisque son action s'exerce surtout sur la suppuration » (*Traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée*, par le docteur Du Castel, p. 20). Quelque habile que soit cette argumentation, elle me paraît fort ébranlée, s'il devient avéré, comme je l'ai vu, que la médication éthérée-opiacée est impuissante à faire avorter la varicelle. Voici, pour rappeler le mot de Du Castel, une écharde, le microbe de la varicelle — moins irritant bien sûr que celui de la variole — qui se fixe dans la peau. On a beau par l'éther et l'opium calmer l'excitabilité nerveuse, la réaction de l'organisme n'est point modifiée et le processus varicelleux n'en continue pas moins sa marche. Si le pro-

cessus varioleux avorte, on ne peut plus penser à l'apathie du terrain, puisque, dans les mêmes conditions, il permet l'évolution de la varicelle. On est contraint par conséquent d'invoquer la deuxième hypothèse de Du Castel, celle des effets directs de l'éther et de l'opium sur le virus varioleux, c'est-à-dire des effets antizymasiques (1) : la vertu microbicide de la médication, que Du Castel relège au second rang, s'impose pour occuper le premier. Une telle déduction me paraît absolument forcée, alors même que l'éther et l'opium ne passent point pour des antiseptiques bien actifs et qu'on les trouve relégués tout au bas de la célèbre classification de Miquel.

C'est que, comme je l'ai déjà écrit et comme je le répéterai sans cesse, il n'y a point d'antizymasie absolue, telle qu'on la cherche à Montsouris, mais des antizymasiques qui s'adressent spécialement à tel ou tel germe. Tel agent, tel spécifique, dirige toute l'énergie de ses efforts contre le microbe de la syphilis qui est impuissant contre la fièvre palustre et, réciproquement, la quinine ne peut rien contre la syphilis (2). La nicotine est un terrible poison pour tous les animaux inférieurs et contre un grand nombre de germes morbides, celui de la tuberculose en particulier, et cependant elle nourrit certaines bactéries que Bucholtz y a étudiées. Il est essentiellement probable que l'éther et l'opium sont les adversaires spéciaux du ferment variolique et ce sera l'honneur impérissable de Du Castel de l'avoir cliniquement démontré.

Mais, objecte notre sympathique confrère, il semble bien difficile que quelques gouttes d'éther ou quelques grains d'opium, versés dans le torrent circulatoire, aillent porter des coups bien terribles aux myriades de microbes, que la variole a répandus dans l'économie tout entière. Demandez, répondrons-nous, à l'expérience de Raulin ce qu'il faut d'argent pour tuer le germe de l'*Aspergillus niger?* Un seizecent-millième! C'est le propre des infiniment petits d'être tués par les infiniments petits, pourvu qu'on les mette en présence de leur ennemi véritable.

D'ailleurs, si la thèse de Du Castel était vraie, l'éther et l'opium devraient être le remède de toutes les inflammations réactives ou tout au moins de toutes fermentations éruptives, de la rougeole et de la scarlatine par exemple, et ce n'est point démontré, que je sache. Combien il serait utile cependant de pouvoir juguler les éruptions de la rougeole et de la scarlatine, lorsqu'elles sont trop intenses, et surtout les complications que le virus rubéolique produit dans les poumons et le virus scarlatineux dans la gorge!

Ma théorie vaudra-t-elle mieux que celle de mon savant et très distingué confrère? Ce n'est point à moi à prononcer. Mais elle a pour point de départ ce fait, sur lequel j'appelle le contrôle clinique : l'impuissance du traitement éthéré-opiacé contre la varicelle.

CORRESPONDANCE

Origine équine du tétanos.

M. le docteur Romain, médecin en chef à Teniet-el-Haad, Algerie, adresse à M. Verneuil la lettre suivante :

Monsieur le professeur,

L'article que vous avez publié sur l'origine équine du tétanos et l'appel que vous adressez à tous les médecins m'engagent à vous faire connaître deux faits dont j'ai été témoin, et qui semblent confirmer votre manière de voir.

Premier fait. — En 1883, un dragon du 15e régiment, en garnison à Libourne, se présente à ma visite pour une plaie de la plante du pied. La nuit précédente, étant garde d'écurie, et courant pieds nus dans la cour du quartier après un cheval qui venait de s'échapper, il s'était heurté à un caillou et fait une plaie de 5 centimètres de long sur 1/2 centimètre de large.

Ne pouvant ni se chausser, ni faire son service, le blessé entra à l'infirmerie, où on lui fit un pansement. Cinq ou six jours plus tard, au moment où la plaie commençait à se cicatriser, survinrent des accidents tétaniques caractérisés par du trismus et du pleurostothonos du côté blessé. Malgré le chloral et la morphine à hautes doses, la mort survint en quarante-huit heures.

Deuxième fait. — A peu près à la même époque, dans le ser vice civil de l'hôpital de Libourne, était reçu un jeune homme atteint de tétanos à la suite de plaies de l'avant-bras et de la main par morsure de cheval.

Soumis rigoureusement au traitement que vous préconisez ce blessé guérit dans l'espace de trois semaines environ.

M. Romain termine sa lettre en disant que le tétanos est rare dans la région de Libourne; qu'il n'en a observé que trois cas, dont les deux précédents chez des sujets en rapport immédiat avec le cheval.

Histoire d'un malade atteint de pseudo-lipome.

Nous recevons aussi la communication suivante :

A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL.

On n'entend plus parler du *pseudo-lipome*. Sans doute avez-vous en portefeuille de nouveaux faits personnels ou communiqués par des confrères et attendez-vous quelque occasion favorable pour les livrer à la publicité. Combien je m'estimerais heureux si, en vous transmettant par la voie de la *Gazette hebdomadaire*, organe *officiel* du *pseudo-lipome*, une observation où ce symptôme m'a paru, chez un *neuro-arthritique*, être une manifestation de nature *vaso-motrice*, je donnais à ceux qui ont vu des cas semblables l'idée de les mettre au jour et d'en faire profiter les autres! Quoi qu'il en soit, voici cette observation : le malade m'a été adressé récemment par mon excellent ami M. le docteur J. Brongniart, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux eaux de Contrexéville, qui sait avec quelle passion je m'occupe depuis plusieurs années, au point de vue clinique comme au point de vue thérapeutique, de tout ce qui se rattache aux vaso-moteurs. Le malade était porteur d'une lettre de M. Brongniart dont voici les principaux passages :

« La conversation que nous avons eue sur les *maladies liées à des troubles vaso-moteurs* m'a inspiré le désir d'avoir votre opinion sur le cas, à mon avis fort intéressant, d'un malade de quarante-six ans, *arthritique*, ayant des maux de reins sans coliques néphrétiques, éliminant des *sables uriques* et *oxaliques*, légèrement hémorrhoïdaire, ayant eu il y a vingt ans des troubles pulmonaires qui lui ont fait craindre un début de phthisie et ont disparu à Allevard. Il avait de la pharyngite granuleuse à cette époque. Depuis dix-huit mois il est atteint d'un *pseudo-lipome sus-claviculaire* du côté gauche, et actuellement *il s'en développe un du côté droit qui a presque le même volume que le premier*. Il éprouve de la *chaleur* et quelquefois de la douleur *dans la peau de la région du cou et de la nuque*. Depuis six mois le *corps thyroïde est développé dans ses lobes latéraux*, sans goitre proprement dit, mais suffisamment pour que les cols de chemises aient dû être élargis. *Rien aux yeux* comme proéminence des globes oculaires. *Rien au cœur*. Urines normales : densité, 1019; réaction acide; ni albumine ni sucre; la chaleur y produit un trouble manifeste qui disparaît avec effervescence par l'addition d'une goutte d'acide acétique (carbonates).... »

Je vis M. X... le 16 septembre à sept heures du matin, et voici ce que j'appris et ce que je constatai :

M. X... présente, en effet, de l'*élargissement de la base du cou;* toutefois le corps thyroïde n'offre pas de battements; mais, au-dessous du maxillaire inférieur et à gauche, le malade dit avoir éprouvé quelquefois des *palpitations artérielles violentes*.

L'élargissement de la base du cou a acquis très rapidement

(1) Il est d'ailleurs d'autres moyens de faire avorter le bouton varioleux, c'est l'application topique du mercure sous forme de frictions mercurielles ou du masque de Vigo. Sous l'influence du mercure, s'il est employé de bonne heure, le bouton ne suppure pas plus qu'après le traitement de Du Castel et bien peu d'esprits auront de la répugnance à accepter l'action antizymasique du mercure.

(2) Ces considérations seront plus longuement développées dans mon mémoire sur la *Jugulation de la fièvre typhoïde par la quinine et les bains tièdes* dont j'ai lu récemment les conclusions à l'Académie de médecine et qui sera bientôt publié dans son entier.

les dimensions actuelles; souvent, et comme par accès, cette région devient très chaude, brûlante et le siége de picotements parfois douloureux; au réveil elle est habituellement couverte de *sueur*.

La sensation de chaleur, les sueurs, s'observent aussi dans les mêmes conditions à la nuque et sur le devant de la poitrine, principalement du côté gauche. De plus le malade a des douleurs spontanées à la nuque, à la partie antérieure gauche du thorax, au membre supérieur et au membre inférieur gauches : à la nuque, ce sont des élancements qui, partant du cou au niveau des dernières vertèbres cervicales, remontent à l'occiput en passant derrière l'oreille gauche; au thorax antérieur gauche, ce sont des points douloureux disséminés comme si l'extrémité seule des filets nerveux était atteinte, ou bien des douleurs rappelant la névralgie intercostale comme si la poitrine était serrée dans un cercle de fer; au bras gauche, des douleurs fulgurantes aussi brèves qu'atroces; enfin, dans le membre inférieur gauche, elles ont quelque chose de contusif, il semble au sujet qu'il ne peut plus soulever la jambe.

A l'examen du thorax, on est frappé par la présence, dans le triangle sus-claviculaire gauche, d'une *tuméfaction* qui représente à première vue une hernie du poumon pointant en arrière et au-dessus de la clavicule, longue de 5 centimètres dans le sens de cet os, large de 3 centimètres; cette tuméfaction est difficile à délimiter; elle fuit sous le doigt quand on essaye de le faire; c'est un empâtement complètement indolent, ni trop dur, ni trop rénitent, mat *tanquàm percussi femoris*. Nous avons reconnu là, comme M. Brongniart, le *pseudo-lipome;* avant nous un savant confrère, M. le docteur Auvray (de Caen), avait prononcé le mot, et il y avait bien quelque mérite à le redire, puisqu'un des médecins de M. X... écrit dans une lettre à M. Brongniart que son malade présente un *chapelet ganglionnaire* dans le triangle sus-claviculaire gauche.

Comme le plus habituellement, en pareil cas, le pseudo-lipome était *symétrique*, le membre supérieur droit étant dans l'extension, on sentait, en effet, par la palpation profonde sus-claviculaire droite, un empâtement gros comme une aveline, fuyant sous le doigt, non visible à première vue comme le gonflement de la région opposée, mais n'ayant ni la dureté, ni les limites franches d'un ganglion.

M. X... déclarait que ces *pseudo-lipomes*, sans cause connue de lui, acquéraient quelquefois des proportions plus considérables, et, paraît-il, ils étaient réduits à leur minimum le jour où je l'examinai. En outre de ces particularités déjà fort intéressantes, notre sujet avait encore un symptôme que je cherchai soigneusement (parce qu'on ne le trouve souvent qu'en le cherchant), le *tremblement des mains;* caractérisée par de petites oscillations fibrillaires rapides, surtout perceptibles à l'extrémité des doigts écartés, la trémulation, sans être accentuée, avait lieu notamment au cours d'une discussion contradictoire ou consécutivement aux tracas de la profession. Ces tracas sont d'autant plus communs que le patient est naturellement plus irritable, prêt à s'inquiéter pour le motif le plus futile, à s'alarmer au moindre ennui, toutes manifestations nervosiques qu'il n'a jamais pu vaincre avec la meilleure volonté du monde.

J'ajoute que la palpation de la colonne vertébrale ne put me faire trouver aucune apophysialgie, et que, à l'instar de M. Brongniart, je ne relevai rien d'anormal du côté du cœur, de la respiration, des yeux, de la motilité et de la sensibilité générales.

Appelé à formuler mon avis sur le *diagnostic*, la *pathogénie* et le *traitement* de ce syndrome, j'écrivis sur-le-champ à M. Brongniart :

« Votre malade est un *neuro-arthritique*, et c'est au point de vue seul de la *neurasthénie* que je veux l'envisager. Pour moi, il s'agit là d'une *irritation spinale* (expression que j'emploie faute de mieux) ayant respecté deux des départements du centre ciliospinal, l'appareil irido-dilatateur médullaire et l'appareil accélérateur direct du cœur, mais ayant envahi le troisième, celui qui, par l'intermédiaire du grand sympathique, concourt à l'innervation de la carotide et de ses dépendances cervico-thoraciques et encéphaliques. Cette irritation spinale, cette myélopathie ciliospinale à effets surtout vasculaires n'est pas que dans ma pensée, elle est réelle, s'accusant, indépendamment des symptômes vasculaires, par des douleurs cervico-faciales, notamment de la nuque, par des douleurs, éparpillées en pointes de feu sur le devant de la poitrine, par des élancements dans le bras gauche, par du plomb qui coule dans le membre inférieur gauche, par des douleurs circumthoraciques, enfin par un symptôme auquel MM. Charcot et Pierre Marie tiendraient beaucoup, le *tremblement émotif*, ou à la suite de contrariétés, de discussions. »

Voilà, pour moi, une preuve ou plutôt des preuves du siège centro-médullaire de la névrose vaso-motrice, de la myélopathie vaso-motrice que j'appelle *irritation spinale*.

Toutes les autres manifestations me paraissent être des phénomènes de *vaso-dilatation active:* l'élargissement de la base du cou (*enlargement of the thyroïd gland* des auteurs anglais), identique à celui du goitre exophthalmique, moins les battements que votre client éprouve cependant quelquefois au-dessous de la mâchoire, les pseudo-lipomes, résultat, comme le veulent MM. Potain et Rendu, de poussées congestives locales au cours desquelles le tissu cellulaire graisseux de la région s'hypertrophie plus ou moins par inflammation chronique, les rougeurs, les sueurs cervico-thoraciques, la sensation de brûlure anté-trachéale.

MM. Charcot et Pierre Marie, malgré l'absence d'exophthalmie et d'accélération cardiaque, n'hésiteraient peut-être pas à ranger tout ce syndrome sous l'appellation de *maladie de Basedow fruste* (*ébauchée*, N. Gueneau de Mussy), et dans la thèse inaugurale si remarquée de M. Pierre Marie, vous pourrez lire des faits ayant avec le nôtre une singulière ressemblance.

Peu importe et les mots et les termes, j'en reviens à mon *irritation cilio-spinale*, et voici comment je traiterais M. X... :

1° *Hydrothérapie.* — Chez lui, pendant l'hiver, lotions chaque matin à l'*éponge ruisselante* suivant la méthode indiquée par M. Peter dans ses *Leçons sur les maladies du cœur*. A Contrexéville, quand il vous reviendra l'an prochain pour ses sables, douches de 14 à 15 degrés pendant quinze à trente secondes sur la nuque d'abord, puis sur le cou, les régions sus-claviculaires, le thorax.

2° *Electrothérapie.* — Le complément *indispensable* de l'hydrothérapie locale me paraît devoir être au cas particulier l'électrothérapie : application de courants continus, un des pôles sur le centre cilio-spinal, l'autre sur le trajet du sympathique au cou et quelquefois sur la thyroïde, sur les triangles sus-claviculaires, sur le thorax antérieur, mais en plaçant les pôles de telle façon que le courant resserre les vaisseaux.

3° *Médicaments.* — Enfin, comme médicaments, à l'imitation des médecins anglais qui ont eu en ces dernières années de réels succès sur ce terrain, je prescris, associés, des agents capables à la fois de rétablir le *tonisme* normal du centre cilio-spinal en *faiblesse irritable*, en *équilibre instable* (l'extrait de noix vomique, le phosphure de zinc) et de contracturer les *vaisseaux activement dilatés* (ergotine), sous la formule que voici :

R. Extrait de noix vomique.	2 centigrammes
Phosphure de zinc......	2 milligrammes
Ergotine..............	15 centigrammes

P. une pilule.

F. s. a. 30 pilules semblables dont on prendra une avant les repas de midi et du soir pendant les huit premiers et les huit derniers jours de chaque mois.

Dr Ch. Liégeois,

Bainville-aux-Saules (Vosges), le 28 septembre 1886.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BLANCHARD.

Influence de l'organisme du cobaye sur la virulence de la tuberculose et de la scrofule. Note de M. *S. Arloing*. — L'auteur a démontré, il y a deux ans environ, au mois d'octobre 1884, que le tubercule pulmonaire infecte le cobaye et le lapin, tandis que la scrofulose ganglionnaire vraie ne produit point de lésions viscérales sur ce dernier animal. De ce fait, il n'avait pas osé conclure que les deux processus étaient spécifiquement distincts; mais force lui était d'admettre que, s'ils dérivaient d'un seul agent, l'activité de celui-ci semblait considérablement atténuée dans la scrofulose. Partant de cette idée, il était intéressant de rechercher si l'on pourrait augmenter la virulence de la

scrofulose au point de lui permettre d'infecter indistinctement le lapin et le cobaye.

Les expériences que l'auteur a faites dans ce sens ont démontré que le passage de la scrofulose sur le cobaye, pendant deux générations successives, n'augmente pas sa virulence pour le lapin et ne modifie pas sensiblement celle qu'elle possédait pour le cochon d'Inde.

Le résultat est différent avec la tuberculose vraie sous ses formes atténuées.

Parmi les affections osseuses et articulaires de l'homme connues sous les noms de *tuberculoses locales* ou de *tuberculoses chirurgicales*, quelques-unes sont au-dessus des ressources de l'art, tandis que d'autres sont considérablement améliorées, sinon guéries, par l'intervention du chirurgien. Celles-ci sont des manifestations de la scrofulose; celles-là sont des tuberculoses, mais d'une virulence moindre que la tuberculose du poumon ou des séreuses. Or, si l'on inocule simultanément des lapins et des cobayes avec des lésions de cette nature, il peut arriver que les cobayes présentent les altérations classiques de la tuberculose la mieux généralisée, tandis que les lapins s'en tirent avec une petite collection purulente ou de fines granulations dans le tissu conjonctif sous-cutané, au point d'inoculation, comme s'il s'agissait d'une simple inoculation scrofuleuse. Mais inocule-t-on les tubercules développés sur les cobayes à de nouveaux lapins, ceux-ci contracteront presque toujours une tuberculose pulmonaire. Les lésions peuvent être discrètes; néanmoins, implantées dans l'économie des deux espèces animales sus-indiquées, elles provoquent de part et d'autre une tuberculisation manifeste. Parfois, il faut deux cultures successives sur le cobaye pour élever la virulence à la hauteur de la résistance du lapin à la tuberculisation.

L'organisme du cobaye augmente donc la virulence du virus tuberculeux affaibli, et semble n'exercer aucune influence sur le virus de la scrofulose ganglionnaire.

M. Arloing ajoute que ce fait mérite d'être pris en sérieuse considération, à une époque où l'on tend à confondre la tuberculose et la scrofule en une seule affection, car il justifie une fois de plus la différence qu'il a établie expérimentalement entre ces deux états morbides. S'il n'est pas prouvé encore qu'ils soient l'œuvre de virus distincts, s'il faut admettre qu'ils dérivent d'un seul agent, le bacille tuberculeux à des degrés d'activité différents, au moins reconnaîtra-t-on que, dans la scrofulose ganglionnaire vraie, il est encore plus éloigné de sa virulence primitive que dans les tuberculoses locales. Peut-être en est-il assez éloigné pour constituer une variété fixe, analogue à ces micro-organismes qui, après avoir vécu pendant plusieurs générations sur une espèce animale, sont devenus incapables désormais, en dépit de tous les moyens connus, de tuer l'espèce qui les avait fournis et parmi laquelle ils faisaient de nombreuses victimes.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le docteur *Millard* (de New-York) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la première division (*Médecine*).

M. le *Secrétaire annuel* dépose, au nom de M. le docteur *Dally*, l'article GYMNASTIQUE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Brouardel* présente un mémoire manuscrit de M. *Ph. Lafon*, intitulé : *Étude pharmacologique et toxicologique de la digitaline*. (Renvoi à l'examen de MM. *Jungfleisch* et *Schutzenberger*.)

M. *Maurice Perrin* dépose un travail de M. le docteur *Testevin*, médecin-major attaché aux hôpitaux de la division d'Alger, sur *les vaccinations* qu'il a pratiquées au M'Zab en 1886. (*Commission de vaccine*.)

CÉPHALOMÉTRIE. — M. *Luys* présente à l'Académie la série d'instruments qu'il vient d'imaginer afin de mesurer directement les courbes céphaliques et il expose les premiers résultats auxquels il est parvenu dans ses recherches. Ces instruments, au nombre de trois, sont conçus d'après le modèle du conformateur des chapeliers et du profilomètre des sculpteurs ; ils ont pour but de prendre isolément les diamètres de l'ovoïde céphalique; ils sont, d'une façon générale, constitués par des séries de clavettes fixées dans un cadre, et susceptibles, après avoir été appliqués sur une surface courbe, de rester en place à l'aide d'écrous qui les maintiennent serrés dans le cadre. Ce cadre lui-même est brisé; il s'ouvre à l'aide d'un mécanisme spécial qui permet de le sortir de la région où il a été appliqué avec les clavettes immobilisées, et de se refermer en maintenant la série des clavettes dans leurs rapports préalables. Les extrémités des clavettes fixées sur la courbe céphalique représentent les différents points de cette courbe et forment par suite une ligne continue. Une fois la mensuration de la courbe céphalique effectuée, on place l'appareil sur un plan horizontal et en suivant avec un crayon la ligne des clavettes on obtient le graphique direct de la courbe inscrite au diamètre antéro-postérieur, soit que l'appareil ait été au diamètre circulaire ou au diamètre bi-auriculaire. Le céphalomètre fronto-occipital, à l'aide d'un tracé linéaire, donne le diamètre antéro-postérieur du cerveau, le diamètre vertical et les diamètres obliques antérieur et postérieur, qui permettent d'apprécier les différences de la masse cérébrale sous-jacente. Il démontre l'existence latente d'une partie de substance cérébrale *basique* qui échappe aux mensurations habituelles et dont la mesure est en raison inverse du développement des régions frontales; les données qu'il fournit peuvent être vérifiées sur un crâne sec dont on a enlevé une portion de la calotte, en mettant sa cavité à nu ; on reproduit alors par comparaison, à l'aide de tiges métalliques multiples, les différents diamètres du graphique. Le céphalographe circulaire donne la courbe circulaire horizontale de la tête; cette courbe étant inscrite sur une feuille de papier, on trace une ligne antéro-postérieure qui partage la figure en deux portions, une portion droite et une portion gauche ; on constate ainsi le défaut de symétrie de chaque hémisphère crânien. On trace ensuite une ligne transversale qui coupe la précédente à angle droit; on divise ensuite la figure en deux segments : le segment cérébral antérieur et le segment cérébral postérieur et l'on s'aperçoit alors que le segment cérébral postérieur est relativement stable, tandis que le segment antérieur est surtout susceptible de variations individuelles. On trace enfin, à partir du milieu de la ligne de rencontre des deux droites précédentes, des rayons divergents vers les différentes régions de la courbe, et l'on a ainsi la mesure des différentes régions où ils aboutissent. Le céphalographe bi-auriculaire, conçu sur le même plan que ses congénères, s'applique verticalement sur le milieu d'une ligne antéro-postérieure passant sur le vertex ; il donne le tracé de la courbe et des diamètres bi-auriculaires, ainsi que celui de la hauteur verticale du cerveau prise en cette région, et indique encore certaines asymétries locales.

Ces instruments, qui sont essentiellement destinés à être placés sur le vivant, peuvent aussi servir à la mensuration du crâne sec. De plus, l'un d'eux, le céphalographe fronto-occipital, est susceptible de recevoir un appendice spécial destiné à déterminer sur le papier le point sous-nasal ou alvéolaire; de sorte que l'on peut, grâce à cette construction, obtenir d'emblée, ainsi que l'a démontré le docteur Descourtis, un angle facial, dont le trou auditif et le point sous-nasal ou alvéolaire seraient les points fixes.

Les principales conclusions qui ressortent des tableaux céphalométriques dressés à l'aide de ces instruments sont celles-ci : 1° à l'aide d'une série de chiffres exprimant les longueurs céphalométriques de tel ou tel diamètre, on peut établir un chiffre moyen pour chacun d'eux et s'en servir comme d'un *axe graphique*, autour duquel viennent osciller les mensurations individuelles minima et maxima; 2° on prend ainsi les moyennes successives pour un plan donné,

soit le plan fronto-occipital, ou circulaire ou bi-auriculaire, et le total de ces moyennes donne une moyenne générale dont le chiffre indique la valeur numérique des mensurations céphaliques de tel ou tel individu. On arrive ainsi à reconnaître qu'il y a des lignes compensatrices, que tel individu qui présente tel ou tel diamètre au-dessous de la moyenne, reprend l'avantage par tel autre diamètre et acquiert ainsi une égalité relative; 3° les moyennes totalisées du cerveau masculin sont supérieures à celles du cerveau féminin, prises dans les mêmes conditions, dans les rapports de 100 à 95; 4° sur un groupe d'aliénés composé de 39 sujets, les moyennes céphalométriques ont été supérieures à celles d'un groupe de 40 sujets normaux. Ce fait étrange, qui n'est peut-être qu'une coïncidence, a besoin d'être vérifié sur un plus grand nombre d'observations; 5° ces nouvelles méthodes de mensurations céphaliques pourront être utilisées: *a.* chez les écoliers, à l'étude du développement cérébral annuel et à la détermination des individualités incomplètement développées dont la paresse apparente et l'inaptitude aux travaux intellectuels n'est la plupart du temps que l'effet d'une imperfection du développement cérébral, ou d'une tare héréditaire; *b.* pour la détermination plus nette des caractères de l'identité. En prenant d'une façon plus précise les mesures céphalométriques chez les individus réputés criminels, on arrivera ainsi à des révélations inattendues, et à créer des matériaux vraiment scientifiques destinés à servir de base à l'*anthropologie* criminelle, qui n'est encore en France qu'à ses débuts, alors qu'en étranger, en Italie, elle a déjà inspiré de nombreux travaux.

Taille stomacale.. — M. *Polaillon* présente le malade auquel il a pratiqué la taille stomacale pour l'extraction d'une fourchette avalée et dont il a entretenu l'Académie, le mardi 14 août dernier, lendemain de l'opération. La guérison a été complète au bout de vingt jours.

Le jour même de l'opération, le malade éprouva au niveau de l'estomac une douleur assez vive pour gêner les grandes inspirations, empêcher l'expulsion des crachats, rendre difficiles les efforts nécessaires à la miction; il fallut le sonder pendant quelques jours. D'un autre côté, il n'y eut aucun vomissement, aucun ballonnement du ventre, aucun phénomène de péritonite. Pendant les premières vingt-quatre heures, la diète fut absolue; on administra deux lavements de bouillon qui furent gardés. Le deuxième jour, de sept à huit cuillerées de bouillon glacé furent données. Le troisième jour on se contenta de champagne additionné d'eau, trois lavements de peptone et de vin. Ces lavements furent continués jusqu'au moment où l'alimentation normale put être reprise. Les jours suivants des quantités progressivement croissantes de lait et de bouillon furent données. Le dixième jour le malade mangea une côtelette. Pendant toute une semaine, il n'y eut pas de selle, puis à partir de ce moment les selles redevinrent normales. Enfin, comme accident propre à l'opération, on ne constata qu'un ictère passager avec léger mouvement fébrile et un petit abcès au niveau de l'incision abdominale; sans doute le traumatisme de l'estomac avait provoqué une contraction spasmodique des voies biliaires et, par suite, une rétention momentanée de la bile. Trois semaines après l'opération, le malade se levait et descendait dans le jardin. Actuellement, les fonctions stomacales sont normales; il n'y a aucune douleur, soit pendant la vacuité, soit pendant la réplétion de l'estomac. Le malade fléchit le tronc de tous côtés sans souffrance aucune; c'est donc que l'estomac se meut librement dans la cavité péritonéale et qu'il n'y a pas d'adhérence entre l'incision stomacale et l'incision des parois abdominales.

Ladrerie du mouton.—La viande de mouton peut-elle renfermer des cysticerques qui la rendent dangereuse lorsqu'elle est ingérée à l'état cru, dans un but thérapeutique? Telle est la question qu'a cherché à résoudre M. *Joannès Chatin.* Pendant longtemps on a cru, dit-il, à l'innocuité absolue de cette viande, mais depuis ces derniers temps cette innocuité a été contestée, en particulier par Cobbold; heureusement, cette alarme paraît vaine ou tout au moins prématurée. En effet, les cestodes observés chez le mouton répondent à trois types de cœnure, échinocoque, cysticerque, qui ne se rencontrent pas chez l'homme à l'état parfait. On a prétendu, il est vrai, que le mouton pouvait contenir un cysticerque jusqu'à présent inconnu, le *Cysticercus ovis*, qui se développerait chez l'homme sous la forme d'un nouveau tænia, le *Tænia tenella;* mais jusqu'à présent aucune preuve n'indique que ces tænias de l'homme puissent provenir du mouton; nul indice, même le plus vague, n'a été relevé de la filiation qui devrait exister entre le *Tænia tenella* et le *Cystercus ovis*, d'ailleurs aussi inconnus l'un que l'autre; le *Cystercus ovis*, tel qu'il a été décrit, étant en état de parfaite similitude avec le *Cystercus tenuicollis*, si anciennement connu chez le mouton.

La grande fréquence des tænias en Algérie, pays où le mouton est largement utilisé pour la consommation, et où l'habitude que l'on a de le faire cuire entier (ce qui empêche la cuisson complète des parties profondes), a fait songer à la possibilité d'incriminer la viande de cet animal. M. J. Chatin a pu étudier deux exemplaires de ce tænia algérien et reconnaître qu'ils appartiennent à la variété dite *Tænia medio-canellata*, provenant incontestablement du bœuf. Ainsi rien ne justifie les craintes exprimées à l'égard du mouton; rarement les cysticerques s'y multiplient au point de déterminer une véritable « ladrerie », et, lors même qu'ils seraient abondants, ils n'offrent aucun danger de transmission à l'espèce humaine.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886 (1).

(Suite. — Voyez le numéro 39.)

Section de médecine.

La section de médecine a été présidée par M. Nothnagel, de Vienne, MM. Biermer et Liman. Voici l'analyse des communications dans l'ordre dans lequel elles se sont produites.

M. *Runeberg* (Helsingfors) a lu un travail dans lequel il prétendait démontrer que l'*anémie pernicieuse peut reconnaître pour cause la présence d'un bothriocéphale dans l'intestin.* Comme preuve à l'appui, il a cité les faits suivants: De 1878 à 1883, l'auteur a fait l'autopsie de neuf sujets qui avaient succombé à une anémie pernicieuse; chez la plupart on trouva un bothriocéphale (*Bothriocephalus latus*) dans l'intestin. Depuis lors, tous les malades entrés à l'hôpital avec les symptômes de l'anémie pernicieuse ont été traités à la fois par les anthelminthiques, le fer, l'arsenic et les analeptiques; 12 sur 19 ont rendu un ou plusieurs bothriocéphales. Chez presque tous les malades, l'expulsion du parasite a été suivie de près d'une amélioration rapide aboutissant à la guérison. L'auteur conclut que parmi les causes de l'anémie pernicieuse progressive, il convient de faire figurer la présence d'un bothriocéphale dans le tube digestif.

Dans la courte discussion qui a suivi, Biermer, Quincke, Immermann, qui ont séjourné assez longtemps en Suisse, où l'anémie pernicieuse est relativement fréquente et le bothriocéphale également, ont fait remarquer qu'on n'avait jamais

(1) Erratum. — Page 639, ligne 11 de la *Revue des Congrès*, lisez: 3500 membres, *au lieu de*: 350.

rencontré cet helminthe dans le tube digestif des malades atteints de la forme d'anémie en question. Le professeur Heller (Kiel) a ajouté qu'ayant donné des soins à bon nombre de malades porteurs d'un bothriocéphale, il n'en avait jamais rencontré qui présentassent en même temps les symptômes de l'anémie pernicieuse. Il y a donc lieu de croire que, dans les faits cités par Runeberg, il s'agissait d'une simple coïncidence.

— M. *Biermer* (de Breslau), dans une communication sur l'*ectasie aiguë des poumons* et ses rapports avec l'*asthme bronchique*, a refait l'exposé de sa théorie bien connue, qui attribue un rôle prépondérant à la contraction des muscles bronchiques dans la pathogénie de l'accès d'asthme. Il n'a d'ailleurs apporté aucun argument nouveau à l'appui de cette théorie.

— M. *Naunyn* (de Kœnigsberg) a fait connaître le résultat de ses *recherches expérimentales sur la compression du cerveau*, recherches entreprises pour élucider le mécanisme de la compression cérébrale dans les cas d'hydrocéphalie et dans ceux de tumeur du cerveau. M. Naunyn soutient en dernière analyse, que dans les cas d'hydrocéphalie, une simple modification circulatoire, sans lésion organique, ne peut entraîner une stase du liquide céphalo-rachidien avec compression consécutive du cerveau; une oblitération des voies d'écoulement peut seule produire ce résultat, oblitération qui peut être effectuée par des éléments globulaires (leucocythes) ou des caillots fibrineux. Au contraire, dans les cas de tumeur cérébrale, un simple abaissement de la pression intra-artérielle peut entraîner une compression passagère du cerveau. Le même résultat sera produit par une élévation de la pression intra-artérielle, suffisante pour entraîner une compression momentanée des capillaires, avec abaissement consécutif de la pression intra-artérielle; c'est en diminuant la pression dans les réseaux artériels du cerveau, que la saignée provoque des symptômes graves de compression cérébrale, dans les cas où pareils accidents sont à craindre.

— M. *Finkler* (de Bonn) a fait un exposé des *principes de la pathologie et de la thérapeutique de la fièvre*, à propos des nouvelles théories qui ont cours sur la régularisation de la chaleur animale et sur l'infection, et des nombreux fébrifuges récemment introduits en thérapeutique. L'auteur, dans le cours des recherches qu'il a faites dans le laboratoire du professeur Pflüger, croit avoir acquis la preuve que la fièvre est une névrose, qu'elle consiste essentiellement dans un trouble nerveux des centres régulateurs de la chaleur animale. Il admet qu'on ne saurait considérer toutes les manifestations de l'état fébrile comme dépendant exclusivement de l'élévation de la température corporelle. Par contre, il considère la fièvre comme une réaction salutaire contre l'infection des tissus. Comme traitement le plus rationnel, l'auteur préconise l'association de différentes médications fébrifuges. Le traitement par les bains froids est parfaitement justifié en tant qu'on ne perd pas de vue les lois qui régissent la régularisation de la chaleur. Les antizymotiques, dans le sens propre du mot, répondant aux indications causales créées par la fièvre, existent, mais nos connaissances sur ce point sont encore trop restreintes.

— M. *Immermann* (de Bâle), dans une communication sur *le rhumatisme*, a insisté sur la nécessité de rattacher à une entité morbide bien définie les affections variables comme symptomatologie, qu'on englobe sous la dénomination de rhumatisme et qui ont comme trait d'union une étiologie commune. Il a surtout attiré l'attention sur les formes torpides du rhumatisme, qui évoluent sans fièvre, sans douleurs articulaires bien accusées, qui ont pour principales localisations les tendons et les muscles, sur la forme latente de la polyarthride rhumatismale qui évolue *sine arthride*, en frappant exclusivement les séreuses, et dont la véritable nature n'est révélée que par l'efficacité des médications antirhumatismales. Il y a lieu de considérer ensuite comme des formes larvées du rhumatisme, les névralgies dites rhumatismales, principalement celles qui intéressent le trijumeau et le sciatique, qui s'accompagnent maintes fois de complications cardiaques, principalement chez des sujets ayant déjà eu une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, qui de plus sont justiciables des mêmes médications que ce dernier. On observe encore des manifestations spasmodiques, accompagnées d'une fièvre intense, de raideur de la nuque, se dissipant sous l'influence de l'antipyrine et qu'il convient également de rattacher au rhumatisme. Mais il faut en distraire les affections rhumatoïdes telles que le purpura dit rhumatismal, symptomatiques d'une infection différente. Pour ce qui est de l'influence du froid, elle intervient dans le développement des affections «réfrigératoires», non dans le développement des affections rhumatismales.

— M. *Lenhartz* (de Leipzig) a traité la question de l'*antagonisme de la morphine et de l'atropine au point de vue clinique et expérimental*, pour conclure que cette question n'est pas encore tranchée. L'auteur est peu convaincu de la réalité de l'antagonisme d'action de ces deux alcaloïdes, et il a entrepris une réfutation des arguments invoqués par Johnston (de Sanghaï), en faveur de cette théorie. Sur un ensemble de 132 cas d'empoisonnement par la morphine, réunis par l'auteur, l'atropine a été administrée à titre d'antidote dans 59; mortalité, 28 pour 100. Au contraire pour les 73 cas restants la mortalité n'a été que de 15 pour 100. Les expériences invoquées par Binz en faveur de l'action antidote de l'atropine ne sont pas probantes, parce que les animaux n'avaient pas été empoisonnés avec des doses de morphine suffisamment élevées. L'auteur a repris ces expériences; tous les animaux, au nombre de huit, ont succombé à l'empoisonnement par la morphine, quoiqu'on leur eût administré consécutivement de l'atropine.

M. *Freimuth* et M. *Lewin* (de Berlin) ont parlé contre les opinions exposées par M. Lenhartz.

— M. *Zaeslein* (de Gênes) a fait une lecture sur *les formes durables du bacille-virgule de Koch* et sur le mode de végétation de ce bacille dans le cours de la troisième année qui a suivi son importation en Europe. De ses recherches l'auteur croit pouvoir conclure, que la spore décrite par Hueppe peut être considérée comme étant par rapport au bacille en virgule une forme durable de ce micro-organisme, toutefois non comme une forme endogène. L'auteur a constaté en outre, que dans les cultures obtenues pendant l'année dernière la végétation du bacille-virgule de Koch a présenté moins de régularité et qu'elle a souvent évolué avec plus de rapidité; mais celle-ci n'égalait jamais la rapidité de développement du bacille de Finkler.

M. *Paul Guttmann* (de Berlin) a constaté qu'en réensemençant dans de la gélatine des cultures datant de plusieurs mois et au sein desquelles on ne découvrait plus de bacilles, à l'examen microscopique, on obtenait une nouvelle récolte de bacilles, ce qui démontre l'existence de formes durables du bacille en question. Les réensemencements restaient stériles, lorsque la gélatine ensemencée était exposée préalablement à la température du four à incubation pendant vingt-quatre heures.

M. Finkler a également cité des observations qui parlent en faveur de l'existence de formes durables du bacille-virgule.

— M. *Penzoldt* a communiqué les résultats de ses recherches sur l'*action thérapeutique de la digitale*. Il en résulte que l'administration de la digitale avait été sans effet du vivant des malades, à l'autopsie desquels on avait ensuite trouvé une dégénérescence du muscle cardiaque; que l'action de la digitale est bien tranchée surtout dans les cas de simple in-

suffisance fonctionnelle du muscle cardiaque, puis dans les cas de lésions valvulaires ou d'orifice, presque autant dans les cas d'insuffisance du ventricule droit consécutive à l'emphysème pulmonaire, moins dans les cas de néphrite; qu'elle est presque nulle dans les cas de parésie cardiaque survenant dans le cours des maladies aiguës. Néanmoins, en cas de faiblesse cardiaque persistante de n'importe quelle origine il faut toujours tenter l'administration de la digitale. Le ralentissement du pouls n'est pas toujours une contre-indication à l'emploi de ce médicament; l'auteur en cite des exemples. Pour retarder l'apparition des accidents d'intoxication l'auteur conseille de prescrire la digitale en poudre, enrobée dans du pain azyme, ou de l'administrer en lavement, sous forme d'infusion.

M. *Fürbringer* pense que l'efficacité de la digitale dépend moins de la nature de la lésion valvulaire que de l'état des forces du malade. L'action du médicament fait souvent défaut chez les cardiaques surmenés, mal nourris, alcooliques; en pareils cas c'est à la médication reconstituante qu'il faut avoir recours d'abord.

M. *Baumler* (de Fribourg) croit avoir constaté que d'une façon générale l'action de la digitale se dessine moins bien dans les cas d'une lésion aortique que dans ceux d'une lésion mitrale, et aussi dans les cas où l'auscultation révèle un bruit de galop. Il a obtenu des effets surprenants de l'association de la digitale et du calomel, qui était tant préconisée par les cliniciens des temps passés.

M. *A. Fraenkel* rappelle qu'il a déjà eu l'occasion de signaler l'action salutaire du calomel dans les cas d'artériosclérose avec rupture de la compensation.

— M. *Glaz* (Graz) est d'avis que l'*influence exercée par les boissons sur la température des fiévreux* n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des médecins. De nombreuses observations lui ont fourni la preuve que l'ingestion d'une grande quantité de boissons même froides entraîne, chez les fiévreux, une élévation de la température corporelle, cela par suite d'un ralentissement de l'élimination, par suite d'une rétention des liquides ingérés, à laquelle succède un flux urinaire au moment de la défervescence. Il y a parallélisme entre cette rétention de liquide et l'élévation de la température corporelle, de telle sorte qu'en restreignant la quantité des boissons, on peut influencer la température interne dans une mesure appréciable.

— M. *Strümpell* (d'Erlangen) s'est occupé des *paralysies par compression de la moelle;* d'après l'auteur, les paraplégies consécutives à des affections des vertèbres ne sont pas, comme on l'admet généralement, la conséquence d'une myélite, d'une inflammation propagée de part en part jusqu'à la moelle, mais d'une simple compression mécanique. Les altérations histologiques qu'on rencontre en pareils cas peuvent être reproduites sur les animaux au moyen d'une compression expérimentale. Il y a une grande importance pratique à savoir que ces lésions sont parfaitement réparables quand vient à cesser la compression.

— M. *Thomas* (de Fribourg) a parlé de l'*utilité des déterminations répétées du poids corporel* pour enrayer l'obésité naissante. Pendant quinze années consécutives, l'auteur s'est pesé tous les jours huit fois; il a fait connaître les résultats obtenus et les rapports qu'il a observés entre les variations de son poids corporel, la quantité et la qualité des aliments ingérés.

— M. *Frey* (de Baden) a exposé les résultats de ses recherches sphygmographiques concernant l'*influence des bains de vapeur sur les troubles circulatoires.*

Section de chirurgie.

La section a été présidée par MM. *Bardleben* et *Von Volkmann.*

La première séance a été ouverte par une communication de M. *Bergmann* sur un *cas de fracture traumatique multiple du maxillaire supérieur, de la cuisse et de la rotule,* survenue chez un matelot à bord d'un navire. Les trois fractures sont aujourd'hui consolidées. L'auteur a donné des détails sur le traitement institué chez le patient.

Sous la direction de M. Von Bergmann, les membres de la section ont ensuite visité les locaux de la clinique chirurgicale de l'Université de Berlin.

Puis a eu lieu la *présentation de deux cas d'actinomycose;* le premier est un cas d'actinomycose du visage contractée par une personne qui donnait des soins à une vache atteinte de cette affection parasitaire; dans le second cas, les lésions de l'actinomycose occupaient le tissu cellulaire péri-anal; une incision donna issue à une énorme quantité de granulations formées par les parasites spécifiques.

La séance s'est terminée par une communication de M. *von Volkmann sur deux cas de pseudo-tumeurs.*

Voici les communications qui ont été faites dans les séances suivantes :

— M. *Krause* (de Halle) a donné lecture d'une note sur les *altérations des nerfs et de la moelle consécutives aux amputations.* Il se produit en pareille circonstance une atrophie des filets sensitifs dans le moignon, par suite d'une altération de la myéline qui diminue de volume. Le cylinder-axis également diminue d'épaisseur, sans jamais disparaître, même au bout d'un temps très long. Les altérations qualitatives ne remontent que jusqu'au ganglion spinal; plus haut elles se réduisent à un amincissement des cordons postérieurs, qui occupe le segment cervical ou le segment dorso-lombaire, suivant que l'amputation a porté sur un des membres supérieurs ou inférieurs.

— M. *Grünfeld* a fait une communication sur les *tumeurs de la vessie.* Il a exposé la manière dont il pratique l'endoscopie pour faire le diagnostic des tumeurs intra-vésicales. Il se sert à cet effet d'un simple réflecteur et d'un tube endoscopique, le tout complété par un éclairage convenable, et il est arrivé à se renseigner d'une façon exacte sur la forme, l'étendue, la configuration du néoplasme, une première fois dans un cas de polype de la vessie chez une femme, une seconde fois, il y a de cela quelques semaines, dans un cas de cancer villeux, de la grosseur d'un œuf de poule. Les deux malades ont été opérés avec succès. L'auteur est convaincu que ce procédé d'endoscopie serait également applicable chez l'homme, et il se propose d'en faire l'essai à la prochaine occasion.

— M. *Madelung* a présenté des dessins relatifs à des cas d'*infiltration graisseuse diffuse du cou,* et il a fait connaître ses vues sur le traitement opératoire qui peut être tenté en pareil cas. Il attribue cette infiltration graisseuse à un trouble de l'innervation des vaisseaux de la région intéressée.

Une discussion assez longue s'est engagée sur cette question.

M. *Von Volkmann* a rappelé qu'il y a lieu de distinguer, en fait de tumeurs lipomateuses, celles qui sont circonscrites et celles qui sont diffuses. Les premières siègent presque toujours au-dessus des aponévroses; les secondes sont rares, et occupent presque toujours le cou. Chez certaines races toutefois, cette tuméfaction constitue un état normal.

Pour faire le diagnostic des lipomes, il faut embrasser la tumeur circulairement et la refouler en haut; alors la peau prend un aspect bosselé, comme si elle était recouverte de boutons de variole par suite de la pression exercée sur les

travées de tissu conjonctif. Il a rappelé ensuite que ces tumeurs présentent une tendance à la récidive.

Différentes observations curieuses de lipomes ont été citées par des membres présents.

— M. *Madelung* a donné ensuite quelques détails sur une affection de la plante du pied, analogue à l'affection de l'aponévrose palmaire décrite par Dupuytren, qu'il a observée chez une série de malades; chez tous, il existait une rétraction de l'aponévrose plantaire qui adhérait à la peau sous-jacente, par l'intermédiaire de nodosités calleuses. Il a complété la description de cette affection par la présentation de moules en plâtre et de dessins.

— M. *Schulthess* (de Zurich) a présenté ensuite un nouvel appareil pour mesurer et représenter graphiquement les malformations de la colonne vertébrale.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

De l'action de la lobelia inflata sur le cœur et sur la circulation, par S. Afanasieff. — Ces expériences ont été faites sur les chiens après des recherches préliminaires ayant pour objet de déterminer la toxicité de cette substance médicamenteuse. Une dose de 30 grammes de feuilles, en infusion aqueuse, est faiblement toxique pour un animal pesant un kilogramme. En doublant cette dose, la mort est rapide et résulte de l'arrêt de la respiration.

L'ouverture du thorax permet de constater l'irrégularité des battements du cœur. Celle-ci persiste pendant vingt minutes, malgré la cessation des mouvements respiratoires.

L'injection intraveineuse de cette infusion en quantité non toxique provoque d'abord l'abaissement de la tension artérielle, plus tard le retard des contractions cardiaques et leur irrégularité.

En outre, la répétition de la dose provoque des modifications moins considérables de la pression vasculaire, de sorte qu'après l'administration successive de l'infusion de lobelia, l'action sur la circulation paraît s'épuiser. Avec des doses plus faibles encore (8 grammes par kilogramme du poids vivant) les effets sont plus durables. L'expérimentateur russe a constaté leur persistance pendant une heure et demie environ chez les chiens préalablement curarisés.

L'injection de 35 centigrammes de teinture de lobelia dans le sac fémoral de la grenouille ralentit les mouvements du cœur, en affaiblit les pulsations et abolit la coordination des contractions des parois de ses cavités. Finalement l'organe s'arrête en diastole. Une dose moyenne les augmente temporairement pour les ralentir ensuite, tandis qu'une très minime dose de 5 milligrammes d'extrait de lobélia, provoque l'augmentation durable de leur fréquence. (*Ejened. klinitche Gazeta*, 1886, p. 365.)

Le traitement de la méningite tuberculeuse par l'iodoforme, par Warfvinge (de Stockholm). — Les cinq cas dans lesquels notre confrère suédois a fait usage de cette médication ne sont pas les premières observations de méningite tuberculeuse heureusement traitée par l'iodoforme. Molcschott, Emil Nillson, Waern, Souden, entre autres, l'avaient aussi employé avec succès.

Quelle que soit sa valeur, cette substance mérite d'être mise à l'épreuve dans une maladie où la thérapeutique se montre presque toujours impuissante et où la fatalité du pronostic autorise toutes les tentatives du médecin. Moleschott prescrivit le badigeonnage de la nuque avec le collodion iodoformé à 1 pour 15, et Enril Nillson les onctions crâniennes avec une pommade contenant 1 pour 10 d'iodoforme.

M. Warfvinge préfère une pommade plus riche en substance active et contenant une partie d'iodoforme pour cinq d'excipient. Les onctions sont pratiquées sur toute la surface de la tête qui préalablement a été rasée. Une feuille de taffetas imperméable ou de makintosch, maintenue par une bande, constitue le pansement qu'on doit répéter deux fois chaque jour, et plus ou moins longtemps suivant les cas, c'est-à-dire jusqu'à diminution de la somnolence. Ajoutons que les malades de M. Warfvinge furent soumis en même temps au traitement classique des complications qui surviennent si souvent dans cette maladie.

Reste à savoir enfin si la médication iodoformée donnera dans d'autres mains des résultats aussi favorables ou moins accidentels que ceux des iodures alcalins. (*Hygiea*, 1886, p. 498.)

Du traitement des brûlures et des gelures par le permanganate de potasse, par A.-A. Zuboff. — Le nombre des cas soumis à ce traitement s'élève à 44 brûlures et 30 gelures environ. Parmi ces dernières, les meilleurs résultats furent obtenus quand le traumatisme ne dépassait pas le second degré et qu'on faisait usage d'une solution de 5 à 10 grammes de sel dans 30 grammes d'eau appliquée au moyen de coton hygroscopique.

Les brûlures du premier degré guérissaient aisément par ce même traitement; mais celles du second degré étaient moins heureusement modifiées. La solution de permanganate de potasse diminue rapidement l'inflammation des vésicatoires, atténue leur douleur et prévient leur suppuration.

Parmi les observations de l'auteur, les plus typiques sont celles de deux femmes atteintes de brûlures étendues du premier degré et produites par la vapeur d'eau bouillante. Une heure après la lotion avec la solution de permanganate de potasse, la douleur disparaissait et onze jours plus tard la guérison était complète. La brûlure de la première malade occupait toute la surface du tronc et celle de la seconde s'étendait sur les bras, le cou et la face. (*Meditz Obozerenié*, 1886, p. 758.)

Du traitement de l'asthme des foins, par Paget et par Moorhead. — Le premier de ces observateurs a employé avec succès les pulvérisations d'une solution d'hydrochlorate de cocaïne à 2 pour 100. Cette pulvérisation était dirigée pendant quelques minutes sur le globe de l'œil, dans la fente des paupières demi-ouvertes et ensuite sur chacune des narines. Un soulagement immédiat survenait après l'emploi de 2 centigrammes environ du sel alcaloïdique. On devait répéter cette opération plusieurs fois par jour, car le soulagement momentanément obtenu ne devenait durable que par la fréquente répétition de ces pulvérisations.

M. Moorhead n'a pas obtenu des succès aussi complets que son compatriote et la cocaïne ne produisait qu'un soulagement momentané, il a dû avoir recours à d'autres agents médicamenteux. L'irrigation des fosses nasales avec une solution d'alun et de borax n'avait d'autre effet que de provoquer des douleurs intolérables. Par contre les injections hypodermiques d'un 30e de grain de morphine associée à un 200e de grain d'atropine faisaient disparaître les symptômes de la fièvre des foins dans l'espace de dix minutes.

En répétant ces injections hypodermiques le matin et le soir, M. Moorhead put amener la guérison définitive de la maladie. (*Brit. med. Journ.*, p. 180, juillet 1886.)

Quelques observations sur l'action de l'uréthane, par Kræpelin. — Cette note a pour but de faire connaître trente-quatre cas dans lesquels l'uréthane a été administrée à des doses variant de 2 à 8 grammes et très exceptionnellement de 12 et 30 grammes sans provoquer d'autres accidents que des vomissements chez un alcoolique en puissance de catarrhe gastrique.

Le sommeil était obtenu dans l'espace de dix à quinze minutes, durait plusieurs heures et se terminait par un réveil exempt de tout inconvénient. Cependant M. Kræpelin considère cet hypnotique comme moins puissant que la paraldéhyde pour combattre les excitations vives comme celles du delirium tremens.

Il confirme les conclusions des autres observateurs sur l'impuissance de cette substance à calmer la douleur et à remplacer la morphine. De plus, il la considère comme inférieure à la pa]

raldéhyde contre l'excitation maniaque, mais comme supérieure contre les délires fébriles.

L'uréthane a l'avantage de produire des effets plus durables et de ne pas provoquer de troubles gastriques. Enfin son administration est facile, puisque les malades l'acceptent en solutions aqueuses additionnées de teinture d'orange amère. Ces recherches confirment en partie les essais qui ont été faits l'année dernière à l'hôpital Bichat par M. Eloy et à Montpellier par MM. Mairet et Combemalle au commencement de l'année actuelle. (*Neurologist. Centralbl.*, n° 6, 1886.)

De l'emploi de l'iodure de sodium par la voie hypodermique, par Arcari. — Cette méthode d'administration des iodures est peu employée; cependant l'auteur n'en a jamais observé d'inconvénients, malgré l'élévation des doses jusqu'à 1 gramme et 6 grammes. Elle paraît indiquée quand les malades éprouvent de l'intolérance ou des douleurs gastriques. En tout cas elle n'est pas inférieure à l'ingestion buccale de ces sels, car leur absorption est prompte et leur élimination par les urines très rapide, de sorte qu'on n'observe pas d'effets cumulatifs.

L'avantage de ce procédé est de permettre l'emploi prolongé du médicament, même à doses élevées. De plus, il offre de réelles ressources pour suspendre de temps en temps l'ingestion buccale des iodures sans cependant arrêter la médication. (*Wien. med. Woch.*, 1886, n° 4.)

Des propriétés physiologiques de l'huile lourde de vin, par H. Hare. — Cette substance s'obtient par la distillation de l'alcool sur l'acide sulfurique en grand excès. Le produit de cette distillation se divise en deux couches superposées : l'une constituée par l'huile lourde; l'autre par l'acide sulfurique. Une purification répétée permet d'isoler la première.

Cette huile entre dans la composition de la liqueur anodine d'Hoffman, médicament classique dont M. Hare voulait étudier la valeur thérapeutique. Dans ce but il a institué des expériences dont il formule les conclusions dans ce mémoire.

Les doses faibles de ce corps augmentent la fréquence du pouls, mais les doses élevées la diminuent. Les premières accroissent en violence l'impulsion cardiaque et les secondes la rendent plus faible. Cette huile ne joue donc pas le rôle d'un médicament calmant dans le mélange désigné en pharmacie sous le nom de liqueur d'Hoffman.

Les propriétés calmantes de ce médicament dépendent très probablement de la quantité d'éther qu'il contient. Par contre, ses vertus stimulantes sont dues aux trois substances qui entrent dans sa composition : l'alcool, l'huile de vin et l'éther sulfurique.

Malgré l'abaissement de pression artérielle, la température rectale ne varie pas. D'autre part, l'élévation des doses ne provoque pas de phénomènes brusques sur les animaux qui l'ingèrent par la voie gastrique. (*Medical News*, 10 juillet 1886.)

De la réfrigération de la région cardiaque des typhiques, par Grigorowitz. — Ces expériences consistaient dans l'application d'un sac de glace ou de compresses glacées sur la région précordiale pendant six à douze heures durant le cours de la fièvre typhoïde.

Sous cette influence le cœur se ralentit et l'action est d'autant plus manifeste qu'il existe des palpitations et une élévation thermique considérable. Cependant l'effet paraît être nul quand le myocarde a subi des altérations profondes.

M. Grigorowitz attribue à ces applications un rôle prophylactique contre l'hyperthermie et les lésions cardiaques qui s'y rapportent; le nombre des battements diminue, mais leur énergie augmente.

Ce n'est pas tout, l'état général s'améliorerait chez les typhiques et la respiration se régulariserait en perdant de sa fréquence. Enfin, résultat moins net, la température générale s'abaisserait quelque peu. (*Wratch*, 1886, p. 441.)

De l'action thérapeutique de l'asclepias tuberosa, par Amos Sawyer. — On attribue vulgairement à cette plante de nombreuses vertus médicamenteuses plus ou moins justifiées. M. A. Sawyer a constaté son efficacité dans l'entérorrhagie et surtout contre les accidents de la dysenterie.

Sous son influence les douleurs tormineuses disparaîtraient, quand on l'administre sous forme d'extrait fluide ou de décoction de la racine fraîche. Les coliques bilieuses, et en général les coliques de diverses causes, cèdent à une potion composée d'extrait d'asclepias en mélange avec une égale dose de dioscorea villosa et une petite quantité de morphine ou de chloroforme.

L'asclépiade tubéreuse possède des propriétés analgésiques, car elle diminue les douleurs du rhumatisme dans l'espace de six ou huit heures. On lui attribue aussi des propriétés antipyrétiques, telles, que son administration ferait descendre la colonne thermométrique, diminuerait la fréquence du pouls et provoquerait la transpiration. C'est donc à titre de sudorifique, d'analgésique et d'astringente qu'on pourrait la recommander. (*Journal of Amer. med. Association*, 31 juillet 1886.)

Les propriétés hémostatiques de la décoction d'orties, par Rothe. — L'ortie, comme nombre d'autres plantes indigènes, est tombée dans un oubli parfois immérité. Cependant on a essayé dans ces derniers temps de réhabiliter ses vertus et M. Rothe a voulu vérifier les propriétés hémostatiques qu'on lui attribuait de temps en temps depuis l'époque où Zacutus Lusitanicus la recommandait contre l'hémoptysie.

M. Rothe a employé la macération de la plante hachée dans l'alcool à 60 degrés. Des pièces de pansement (ouate antiseptique) imprégnées de ce liquide ont été appliquées sur des plaies saignantes. Immédiatement l'hémorrhagie s'arrêtait, par la formation d'un caillot durable obturant les petits vaisseaux. Par contre l'hémorrhagie continuait par les vaisseaux plus volumineux.

Il en a encore fait usage contre les hémorrhagies dentaires, celles des petites opérations ou contre les épistaxis. Enfin M. Rothe aurait vu une injection de 5 à 10 grammes de cette liqueur suspendre les métrorrhagies.

On sait, en effet, d'après les analyses déjà bien anciennes de Saladin, que cette plante est riche en matières astringentes et surtout en tanin et en acide gallique. (*Med. chir. Randsch.*, 1886, p. 251.)

Travaux à consulter.

De l'emploi de la térébène pure contre la toux, par M. J. Hutchinson. — L'administration de ce médicament provoque un soulagement immédiat quand la toux est nocturne et la bronchite modérément intense. L'expectoration augmente quantitativement, et le malade n'éprouve ni troubles digestifs, ni autres accidents par de l'emploi de la térébène à doses modérées.

Contre l'emphysème ancien, avec toux rebelle, gêne respiratoire, insomnie et troubles généraux, la dose de cette substance doit être de dix à douze gouttes. Malgré son élévation, les résultats ne sont pas constants. Parfois on observe alors des troubles gastriques, de la diarrhée, de l'assoupissement et des vertiges.

M. Hutchinson administre ce médicament en solution dans l'huile de foie de morue ou bien sur un morceau de sucre. (*Brit. med. Journal*, juillet 1886, p. 15.)

Des propriétés vermifuges de la naphthaline, par M. Koriander. — Au moment où ce médicament prend place dans la thérapeutique antiseptique, les observations de l'auteur sont d'actualité. En effet, il a constaté que cette substance est un puissant anthelminthique pour chasser les ascarides et les lombrics. Dans ce but, M. Koriander prescrit chaque jour un mélange de 4 à 6 centigrammes de naphthaline avec du sucre pulvérisé aux enfants atteints de vers intestinaux. Pour les adultes, il double la dose. (*Vratch*, p. 482, 1886.)

De la valeur thérapeutique de la médication arsenicale en dermatologie, par M. Fox. — Ce dermatologiste américain re-

proche à l'arsenic d'augmenter la congestion cutanée et le prurit. De plus, il l'accuse de rendre les éruptions plus intenses. Dans la plupart des cas, dit-il, les heureux effets observés appartiennent au traitement adjuvant, au régime diététique, à l'hygiène et à l'amélioration de l'état général du malade sous leur influence. Cependant la médication arsenicale rend des services dans les dermatoses chroniques en modifiant les inflammations chroniques. Enfin M. Fox s'élève contre l'administration routinière de ce médicament, dont il n'admet l'emploi qu'avec prudence. (*Journal of cutaneous and venereal Diseases*, juin 1886.)

Des propriétés de la « Cascara sagrada », par M. Tcheltzoff. — En comparant l'action de ce médicament sur la sécrétion biliaire avec celle du nerprun, de l'aloès et de la rhubarbe, cet observateur a constaté que la *Cascara sagrada* l'excite plus activement que la rhubarbe et surtout que le nerprun.

Du reste, ces substances augmentent la quantité de bile en accroissant sa richesse en eau et non pas en favorisant l'élimination des autres principes.

Ces expériences confirment les vertus médicamenteuses de la *Cascara sagrada* contre les dyspepsies gastro-intestinales et l'ictère. Elle a donc pour propriété générale d'augmenter heureusement les sécrétions gastrique, pancréatique et biliaire, c'est-à-dire des glandes digestives. (*Ejened klinitche Gazeta*, 1886, nos 21 et 22.)

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, par M. le docteur Chalot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, chef des travaux anatomiques, ancien chef de clinique chirurgicale, etc. Avec 498 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1886. O. Doin.

La « Bibliothèque de l'élève et du praticien » s'est accrue, il y a quelques mois, d'*Eléments de chirurgie opératoire*, dus à M. Chalot. Ce livre diffère beaucoup des ouvrages sur le même sujet parus dans ces dernières années; on ne saurait le comparer, par exemple, au Manuel classique parmi nous, à Paris, celui de M. Farabeuf. M. Chalot « en finit avec la routine », et le plan qu'il suit a, selon l'usage en toutes choses, ses avantages et ses inconvénients; on nous pardonnera de parler un peu des seconds, après avoir mis les premiers en évidence.

Il est certain que, dans l'enseignement officiel et dans les livres qui l'expriment, on ne s'occupe pas assez des exigences ultérieures de la clinique. On décrit quelques opérations réglées, et, comme le dit fort bien M. Chalot, il est temps de décrire et de faire répéter sur le cadavre « les opérations appliquées ou applicables au vivant d'après l'état et les données de la chirurgie clinique actuelle, si brillante dans ses allures depuis l'avènement de la méthode antiseptique ». Le reste s'acquiert alors aisément au lit du malade, pour « approprier le manuel opératoire à chaque cas particulier, aux infinies variétés de l'observation clinique ». En outre, le praticien n'avait pas un guide où se rafraîchir la mémoire avant d'entreprendre certaines opérations qui deviennent aujourd'hui de plus en plus courantes. A ces divers points de vue, l'ouvrage de M. Chalot comble, sans contredit, une lacune. Après quelques courts *préliminaires* pratiques sur l'appropriation du cadavre, l'auteur aborde l'étude de la *chirurgie générale* (opérations qui se pratiquent sur les tissus ou systèmes de tissus), puis la *chirurgie spéciale*, réservée aux opérations qui se pratiquent sur les divers appareils (visuel, auditif, respiratoire, digestif, uro-génital mâle et femelle). Voilà certes des notions dont il était utile de donner un résumé « clair, concis et substantiel », ayant « une portée clinique immédiate ». On aura sous la main, avant d'opérer, un *memento pratique* pour la presque totalité des interventions chirurgicales. Ce livre trouvera donc parfaitement sa place dans la *Bibliothèque du praticien;* mais est-il également fait « pour l'élève qui s'exerce aux travaux de médecine opératoire »? Nous oserons, sur ce second point, émettre quelques doutes.

Prenons la partie consacrée aux ligatures d'artères : elle est « concise », elle est « claire »; mais est-elle suffisamment « substantielle » pour un débutant? Elle omet des détails dont on arrive vite à se souvenir sans y songer, mais qu'il faut ressasser sans cesse pour les faire retenir à l'élève. Quelques exemples feront saisir notre pensée : ainsi, pour lier la cubitale au quart inférieur de l'avant-bras, on s'expose à des erreurs, constamment faites au début, si l'on ne tient pas compte de la *double aponévrose* qui recouvre le vaisseau; le tendon du biceps est un des meilleurs points de repère pour les ligatures de la radiale en haut, de l'humérale au pli du coude : cela est passé sous silence. On ne dirait pas qu'il y a deux plans aponévrotiques entre la peau et l'artère tibiale postérieure. Pour trouver la carotide primitive, on se guide sur le *tubercule de Chassaignac;* mais, ce tubercule, qu'est-il et où est-il? Si nous en venons aux amputations, la même critique est applicable. Nous nous bornerons à signaler les opérations délicates, minutieuses, difficiles qui se pratiquent sur les métacarpiens et métatarsiens; pour ces désarticulations, « il est indispensable de bien observer la configuration des surfaces articulaires », et voilà le procédé opératoire décrit! Si nous en croyons ce qui se passe à l'Ecole pratique de Paris, il faut insister davantage pour que les élèves ne délabrent pas toute la paume de la main, ou au contraire ne fracturent pas le métacarpien au lieu de l'enlever.

Nous retombons d'accord avec M. Chalot pour trouver que l'enseignement de la médecine opératoire n'a pas pour but unique de faire recevoir les élèves aux examens, mais doit, en outre, « développer le côté artistique, l'habileté et la sûreté manuelles, le coup d'œil et le toucher anatomiques ». C'est à cela que servent, bien plutôt que pour l'application au vivant, les procédés rapides pour les amputations de Lisfranc, de Chopart, pour la désarticulation du poignet par la méthode elliptique, etc. M. Chalot s'attache à tout cela avec raison. Mais n'est-ce pas alors une sorte de contradiction que de ne pas dire un mot du *coup de Liston* pour l'ablation des métacarpiens? Peu de manœuvres exercent mieux aux mouvements délicats, et, d'autre part, n'est-il pas à peu près indispensable pour désarticuler vite et bien un des métacarpiens du milieu? « Artistiquement », nous préférons la raquette de Guthrie au procédé circulaire à fente antérieure pour la désarticulation de l'épaule; l'ellipse simple est plus élégante au genou que la circulaire à fente postérieure; mais il faut reconnaître que, pour les amputations, peu importe, souvent, le *procédé de choix* que chaque auteur décrit : c'est parfois affaire de préférence individuelle, et nous ne prétendons nullement contester la prééminence de ceux que M. Chalot enseigne. Une seule des opérations décrites par M Chalot nous a paru dangereuse : pour lier la sous-clavière en dehors des scalènes, il faudrait « diviser sur la sonde l'aponévrose cervicale superficielle, le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien et la partie correspondante du trapèze ». Un anatomiste exercé évitera sans doute, dans ce temps, la veine jugulaire externe; nous nous fierions moins à un débutant, et n'eût-il pas été bon de prononcer au moins devant lui, le nom de ce vaisseau?

Toutes ces critiques seraient injustes, nous le répétons, si ce livre n'était destiné qu'aux praticiens. Pour les ligatures, pour les amputations, quelques mots de rappel leur seront aussi utiles que des descriptions étendues, sinon plus. Nous avons seulement voulu dire qu'il faut déjà des connaissances solides pour pouvoir se servir avec fruit du manuel de M. Chalot; mais alors il devient précieux.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Sursis accordé aux engagés conditionnels étudiants en médecine ou en pharmacie. — L'article que contenait notre dernier numéro reçoit, en partie, satisfaction par l'arrêté que nous reproduisons ci-dessous. Il reste toujours à désirer cependant que, dans l'article 23 du projet de loi sur la réorganisation de l'armée, il soit explicitement déclaré que le service du médecin auxiliaire se fera dans un hôpital militaire; nous espérons aussi que la position faite à des docteurs en médecine ne sera plus, au point de vue hiérarchique — nous ne parlons pas de la solde — celle de simple soldat ou de caporal Quoi qu'il en soit, il a été décidé à la date du 21 septembre 1886 :

1° Que les sursis auxquels les engagés conditionnels étudiants en médecine ou en pharmacie ont droit, aux termes de l'article 57 de la loi du 27 juillet 1872, seront renouvelés tant que l'étudiant n'aura pas vingt-quatre ans accomplis;

2° Qu'à l'expiration de ces sursis, les étudiants, alors âgés de près de vingt-cinq ans, qui, étant reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe, ou qui, possédant douze inscriptions pour le doctorat, auront subi, avec succès, l'examen d'aptitude prévu par l'article 2 du décret du 5 juin 1883, ou celui prévu par l'article 2 du décret du 10 janvier 1884, seront admis à réaliser leur année d'engagement conditionnel dans un hôpital militaire ou dans un corps de troupe, suivant les conditions déterminées par le règlement du 25 mai 1886.

Toutefois, les dispositions des articles 17, 18 et 19 dudit règlement ne leur seront pas applicables. Ils n'auront dans la hiérarchie militaire la position de caporal qu'après six mois de présence effective, et jusque-là ils ne toucheront que la solde de simple soldat.

Ceux de ces jeunes gens qui seront dirigés sur un hôpital seront immatriculés, pour ordre, dans le régiment en garnison dans la ville.

3° Que pour bénéficier de ces dispositions, ils devront en faire la demande dans le dernier trimestre de l'année scolaire, et avant le 1er octobre au plus tard, *terme de rigueur*, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel ils ont signé leur engagement. *Par exception, cette année, la date sera reculée au 1er novembre.*

Ces engagés conditionnels seront appelés individuellement, pour une année, aux époques que fixera le ministre.

Institut Pasteur. — Le Comité d'hygiène publique de France, consulté par M. le ministre du commerce et de l'industrie, a émis, lundi dernier, un avis favorable concernant la reconnaissance comme établissement d'utilité publique de la Société ayant pour objet la création de l'Institut Pasteur. Le rapport lu au Comité par M. le docteur A.-J. Martin constate que cette Société remplit toutes les formalités exigées par la loi; elle se compose de trente membres, ayant chacun souscrit une action de 100 francs, non susceptible de porter intérêt. Elle est administrée par MM. Jurien de la Gravière, Wallon, Jules Simon, Bertrand, Pasteur, vicomte Delaborde, de Rothschild, membres de l'Institut, Grancher, Magnin, Christophle; MM. Béclard et Brouardel en ont été nommés commissaires. La Société, qui a son siège actuel, 45, rue d'Ulm, et doit avoir une durée de quatre-vingt-dix-neuf ans, a pour but de créer, sous le nom d'Institut Pasteur, un établissement pour l'étude de la rage et des maladies virulentes et transmissibles à l'aide de souscriptions de diverses sortes. — Les sommes recueillies s'élèvent actuellement à 1 500 000 francs.

Choléra. — L'épidémie diminue progressivement en Italie et dans le sud de l'Autriche. Toutefois, un foyer assez important existe dans la province de Coni, près de la frontière italo-française.

En Hongrie, la maladie sévit surtout à Buda-Pesth et dans les environs de Raab. Dans la première de ces villes, le nombre quotidien des cas de choléra est d'environ 50 chaque jour, et les décès s'y élèvent à une moyenne de 20.

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat. — Par arrêté en date du 16 septembre 1886, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu aux sièges des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 25 octobre 1886.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de clinique obstétricale et accouchements de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante. — Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Société médicale des hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux reprendra le cours de ses séances le vendredi 8 octobre. — *Ordre du jour* : M. Troisier : Le ganglion sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac. — Communications diverses.

Société de chirurgie. — La Société de chirurgie reprendra le cours de ses séances ordinaires le mercredi 6 octobre prochain.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Farine, médecin principal de 1re classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Besançon; Henri Chaigneau, de Bordeaux; Lemesle, de Bourgueil (Indre-et-Loire); Joseph-Sampson Gamgee, chirurgien de l'hôpital de Birmingham, auteur de travaux estimés sur les amputations et le traitement des plaies; Samuel Woodmann (de Ramsgate).

Mortalité a Paris (38e semaine, du 19 au 25 septembre 1886. — Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 13. — Choléra, 0. — Erysipèle, 0. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 34. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 32. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 36. — Bronchite aiguë, 18 — Broncho-pneumonie, 19. — Pneumonie, 15. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 93; au sein et mixte, 50; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 73; de l'appareil circulatoire, 57; de l'appareil respiratoire, 38; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 19. — Causes non classées, 21. — Total : 871.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquammations épithéliales et en particulier du choléra asiatique, par M. le docteur Duboué (de Pau). 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

6961. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Anatomie du cerveau. — Le cerveau des hystériques : M. Luys.

La nouvelle communication de M. Luys marque un progrès important dans l'étude de la structure et des fonctions du cerveau. Il y a quelques semaines, en rendant compte des recherches de M. Gavoy et en signalant les services que pouvait rendre aux anatomistes un recueil de planches dessinées avec le plus grand soin et portant le cachet d'une exactitude indiscutable, nous n'avions pu insister sur les nouveaux procédés de préparation et de conservation des appareils et des éléments nerveux. M. Luys, qui depuis tant d'années se préoccupe de toutes ces questions, vient aujourd'hui exposer, en détails, ses procédés d'étude. Il a su durcir, à l'aide de réactifs spéciaux et disséquer ensuite, suivant la direction de leurs faisceaux de fibres, des pièces que des reproductions photographiques, exécutées avec une netteté qui ne laisse plus rien à désirer, permettent à chacun d'examiner dans tous leurs détails. Mais il a fait mieux encore. Son procédé conserve les préparations anatomiques elles-mêmes et permet ainsi à tous ses confrères de reconnaître la parfaite exactitude de ses descriptions et la légitimité des conclusions qu'il en a déduites. Les fibres spéciales qu'il a reconnues et isolées, « qui paraissent, dit-il, servir de trait d'union entre les régions psycho-motrices de l'écorce et les noyaux réputés moteurs du cerveau, sont vraisemblablement destinées à jouer un rôle important dans la transmission des incitations motrices intra-cérébrales ». On pourra discuter cette théorie, mais il serait difficile de nier l'exactitude de la description anatomique des fibres thalamo-corticales et cortico-striées dont M. Luys a si bien mis en évidence toutes les relations anatomiques. Ajoutons qu'en appliquant sur ces préparations préalablement durcies une couche de plâtre, qui peut elle-même servir de moule, notre savant et laborieux confrère a montré à tous ses collègues de l'Académie que les détails les plus minutieux de la structure du cerveau peuvent être ainsi mathématiquement reproduits et indéfiniment conservés. C'est la réponse que M. Luys était en droit de faire aux objections ou plutôt aux questions de M. Lagneau. S'il est possible en effet que les spécimens originaux, c'est-à-dire que la matière cérébrale durcie et colorée artificiellement vienne un jour ou l'autre à subir quelques alté-

FEUILLETON

Lettres médicales.

L'alimentation des troupes en campagne : Le lait concentré. — L'empoisonnement alimentaire : Le salicylage. — Le jeûne de Succi.

Vous savez, cher confrère, quelles difficultés éprouve une armée en campagne quand il s'agit de son ravitaillement et vous savez aussi combien il peut être précieux, surtout dans les pays chauds, d'avoir à sa disposition du lait de bonne qualité. Il y a moins d'un an nous recevions à ce sujet de notre cher et si regretté confrère le docteur Zuber — on peut bien le nommer aujourd'hui — une lettre très instructive à cet égard. Dès son arrivée au Tonkin, Zuber avait été frappé de la nécessité de soumettre au régime lacté les malades atteints de dysenterie et de diarrhée chronique. Il avait eu à lutter quelquefois pour faire admettre ses prescriptions. Les résultats qu'il en avait obtenus avaient été tels que, dans son enthousiasme, il proposait d'élever une statue à celui qui avait imaginé le lait concentré.

Or je trouve justement dans une intéressante étude, due à M. Grandeau, des détails très précis sur le mode de fabrication de ces conserves de lait. Je crois utile de les reproduire. Qui sait si, à force de les y encourager, on ne déterminera pas quelques-uns de nos industriels à entreprendre en grand la préparation de cette denrée alimentaire si précieuse à nos soldats, à nos marins, à nos colons? Le prix du lait augmentera peut-être au début, mais bientôt, l'élevage se développant à son tour au grand bénéfice de nos laboureurs de Normandie et de Bretagne, cette industrie pourra prospérer à son tour. Voici, d'après MM. Kramer (de Zurich) et L. Grandeau, l'histoire de la fabrication des conserves de lait.

Le lait est, on le sait, facilement altérable, difficile à

rations, les moules en plâtre que l'on aura obtenus immédiatement se conserveront très longtemps et pourront servir aux études des spécialistes aussi bien qu'à l'enseignement public.

Parmi les spécimens de ce genre il s'en trouvait un tout particulièrement intéressant. C'est le cerveau d'une malade hystérique au dernier degré et chez laquelle M. Luys a constaté une anomalie ou plutôt une série d'anomalies dont on lira la description au compte rendu et au *Bulletin* de l'Académie. Avec une réserve qu'il convient de louer, M. Luys, répondant à MM. Dujardin-Beaumetz et Féréol, a dit qu'il ignorait si cette série de lésions était permanente ou même fréquente chez les hystériques. En la signalant il n'a voulu que produire une observation anatomique positive. Cette observation marquera sans doute le début d'une série d'études dont nul ne saurait contester la valeur. L'attention des anatomo-pathologistes étant éveillée à cet égard, l'avenir montrera s'il s'agit d'un fait particulier ou d'une lésion caractéristique de l'hystérie grave. On ne peut rien dire de plus aujourd'hui. C'est, en effet, à l'aide d'une série d'observations concordantes que se fondent les doctrines. Mais il faut toujours commencer par produire une observation rigoureusement établie. Le vrai mérite du clinicien, et M. Luys l'a, bien compris, c'est, après avoir observé un fait, de le publier avec tous les détails qui le caractérisent, mais sans essayer par une généralisation hâtive d'en compromettre la valeur.

CLINIQUE MÉDICALE

La nature de la pleurésie.

Dans un des derniers numéros (15 août) des *Archives de physiologie normale et pathologique,* MM. Kelsch et Vaillard, professeurs à l'École du Val-de-Grâce, consacrent une intéressante étude aux lésions anatomiques et à la nature de la pleurésie.

Bien que ces auteurs s'occupent des différents sortes de pleurésie, c'est surtout à la pleurésie aiguë, primitive, idiopathique qu'ils se sont attachés. Pour eux, cette maladie, considérée dans beaucoup de cas par la plupart des médecins comme un type d'inflammation séreuse *à frigore,* est toujours commandée par une cause spécifique. La pleurésie simple, *à frigore,* est toujours une pleurésie tuberculeuse. Cette opinion repose sur un certain nombre d'autopsies où la présence du tubercule a *toujours* été constatée.

Ces autopsies sont au nombre de seize. Trois concernent des pleurésies dites séreuses, simples en apparence. Deux des malades sont morts subitement. Le troisième est mort de méningite tuberculeuse. Chez ces trois malades les plèvres étaient infiltrées de tubercules. Chez le premier on trouva quelques granulations dans le parenchyme pulmonaire du côté droit. Chez le troisième il y avait deux noyaux tuberculeux dans le poumon et une infiltration tuberculeuse des ganglions bronchiques. La cause des deux morts subites n'a pas été recherchée.

Quatre autres autopsies se rapportent à des pleurésies guéries. Le premier malade atteint d'une pleurésie datant de huit jours est ponctionné le quinzième jour. La fièvre ne tombe pas et la mort subite arrive quatre jours après la ponction. Le liquide ne s'était pas reproduit, bien que la fièvre n'eût pas diminué. Le malade pouvait difficilement être considéré comme guéri de sa pleurésie, puisqu'il est mort subitement.

Le troisième était atteint de tuberculose pulmonaire peu développée. Il est mort de méningite tuberculeuse. Le quatrième atteint de pleurésie droite est mort de péritonite aiguë suppurée. Le liquide pleural s'était résorbé en seize jours.

Dans la troisième série (pleurésies hémorrhagiques) le premier malade avait une pleurésie hématique gauche qui, aussitôt la ponction, devint purulente ; à droite, les feuillets pleuraux étaient simplement hyperhémiés. Pas de tubercules pulmonaires, ganglions normaux. L'autre malade, épuisé par la dysenterie, atteint de phlébite double avec œdème, fut pris de pleurésie droite. Six ponctions furent pratiquées en deux mois et dix jours. Quelques tubercules dans le poumon correspondant et dans les ganglions bronchiques. Plèvres tuberculeuses chez tous ces malades.

Les sept derniers faits se rapportent à des pleurésies purulentes pour lesquelles l'empyème a été pratiqué quatre fois. Chez tous ces malades, sauf un, chez lequel le poumon n'a pas été examiné, le parenchyme pulmonaire et celui d'autres organes étaient infiltrés de tubercules.

Parmi ces observations fort différentes entre elles, les trois premières, regardées comme des pleurésies dites simples, vulgaires, nous intéressent particulièrement. Remarquons que deux fois elles se terminent par la mort subite. Le troisième fait est un type de pleurésie développée

transporter et à conserver, et sa consommation doit avoir lieu sur place ou tout au moins dans le voisinage des centres de production. En enlevant au lait une grande partie de son eau par des procédés qui n'altèrent pas sa constitution, comme le ferait l'ébullition dans les conditions ordinaires, en l'additionnant de sucre, et en introduisant le produit obtenu dans des vases absolument étanches et scellés hermétiquement, on est parvenu en Amérique, il y a près de trente ans déjà, à lui conserver ses qualités spéciales, à le rendre transportable sans aucune altération à des distances quelconques, tout en en réduisant considérablement le volume. Une simple addition d'eau peut, au moment de la consommation, ramener le volume primitif. Ce lait concentré a rendu pendant la guerre de sécession aux Etats-Unis d'immenses services aux troupes en campagne. Il est entré depuis cette époque dans l'alimentation des marins et des soldats, et l'industrie qui le prépare prend chaque année des proportions plus considérables.

Or cette industrie a franchi l'Océan, et le petit village de Cham, situé sur la Lorze, cours d'eau qui se jette à quelques mètres de là dans le lac de Zug, est devenu, en 1886, le siège d'une puissante Société.

Les débuts de l'usine de Cham, le plus important de beaucoup des sept établissements de la Société, ont été des plus modestes. Lorsque M. G. Page, alors consul d'Amérique à Zurich, conçut en 1866 l'idée d'importer en Suisse les procédés de concentration du lait, déjà employés en grand dans sa patrie, le dédain et l'incrédulité accueillirent sa tentative ; la persévérance du fondateur triompha de toutes les difficultés. En 1867, l'établissement de Cham condensait le lait de 263 vaches seulement et livrait à la consommation 137 000 boîtes de lait concentré du poids d'une livre anglaise (433 grammes) chacune. En 1886, à vingt ans de distance, on condense journellement dans l'établissement, devenu une grande usine, le lait de près de 8000 vaches, correspondant au traitement de 60 000 litres de lait par jour et à l'expé-

chez un tuberculeux. Le malade est enlevé par une méningite.

Si les auteurs accordent à ces trois pleurésies la détermination de pleurésies vulgaires, ils ne s'étonneront pas qu'on soit d'un avis tout différent.

La plupart des autres observations sont susceptibles de critiques analogues. Ce qu'ils appellent des pleurésies guéries ne sont que des pleurésies chez lesquelles le liquide évacué ne s'est pas reproduit immédiatement. Un malade meurt subitement; deux autres succombent à la méningite tuberculeuse; un autre à la péritonite.

L'un de leurs pleurétiques à épanchement hématique avait du tubercule dans le poumon droit et les ganglions correspondants; et, si l'on analyse les sept observations de pleurésies purulentes, on y trouva six tuberculeux avec lésions pulmonaires indéniables. Un d'eux avait des foyers tuberculeux dans les poumons et les ganglions, et un énorme foyer tuberculeux dans le foie.

En résumé, et en restant sur le terrain de l'anatomie pathologique, nous n'avons nullement la prétention de contester les résultats des autopsies par MM. Kelsch et Vaillard et de chercher si les éléments histologiques qu'ils ont décrits sont incontestablement caractéristiques de la tuberculose. Mais nous contestons la généralisation de leurs conclusions au point de vue de la nature de la pleurésie. Qu'ils aient eu affaire à des pleurésies tuberculeuses, nous en sommes convaincus dans la plupart des cas, surtout quand ils ont rencontré, en même temps que les lésions pleurales qu'ils ont décrites, des nodules et même des foyers tuberculeux dans le parenchyme pulmonaire et les ganglions bronchiques. Mais en généralisant comme ils l'ont fait, en considérant les pleurésies vulgaires, dites *a frigore*, comme des maladies de nature tuberculeuse, nous croyons qu'ils se sont beaucoup trop avancés.

On ne tarde pas à en être convaincu quand on pèse les arguments qu'ils ont voulu puiser dans l'étude clinique de la maladie.

Nous n'admettrons jamais la constance de ces antécédents spéciaux aux malades atteints de pleurésie et nous connaissons nombre de faits absolument contraires. Il est hors de doute que les tuberculeux ou les scrofuleux sont plus disposés que d'autres aux pleurésies comme aux bronchites, et en général aux affections pleuro-pulmonaires. Mais il est également incontestable que la pleurésie éclate souvent à la suite d'un refroidissement chez un malade indemne de toute manifestation tuberculeuse ou scrofuleuse, soit dans la jeunesse, soit dans l'âge mûr. Si ces prodromes figurent dans beaucoup d'observations, cela ne signifie autre chose qu'une aptitude particulière due à certains vices constitutionnels très fréquents dans les villes et que la vie militaire développe souvent. La pleurésie n'a pas toujours la même marche. Tantôt elle est rapide, d'autres fois elle succède à de simples pleurodynies qui durent plus ou moins longtemps; enfin elle est déjà en puissance qu'elle est encore cliniquement méconnue, et cela souvent dans les formes sèches, dans les localisations interlobaires et diaphragmatiques. Encore une fois la pleurésie est une maladie qui n'est pas toujours semblable à elle-même. La fièvre y est irrégulière, quelquefois peu accentuée et rarement très vive, surtout quand l'épanchement est séreux. Mais n'est-ce pas souvent la marche qu'on observe dans les inflammations des séreuses? Quand les poussées se produisent à la fois sur la plèvre et le péritoine, on suppose avec raison que cette concomitance est due au développement de poussées tuberculeuses dans les deux séreuses à la fois. Mais cela n'implique aucune conclusion sur la nature constante de la maladie. Nous ne voudrions tirer aucun argument de la vigueur de certains sujets. Quel est le médecin qui n'a pas été surpris maintes fois de cette force apparente des malades déjà en puissance de tubercules? Nul ne le sait mieux que les médecins de l'armée, et pendant les quelques années que nous avons passées dans les hôpitaux militaires, nous avons été frappés comme bien d'autres de la fréquence de la phthisie chez des soldats en apparence vigoureux, vieillis dans le service et appartenant à des corps d'élite tels que la garde républicaine, autrefois garde municipale. Il n'y a rien à tirer de cette considération. Il ne s'agit pas de savoir si une pleurésie de nature tuberculeuse peut ou non guérir. On n'en doute pas, non plus que des récidives fréquentes de ces maladies développées sur un mauvais terrain. Mais ce que nous considérons comme l'expression absolue de la vérité, c'est que la pleurésie peut se développer chez des sujets absolument sains, c'est que la maladie dans ces cas guérit parfaitement sans laisser d'autres traces que la gêne apportée pendant quelque temps à l'expansion pulmonaire pendant l'évolution rétrograde des fausses membranes. Nous avons suivi durant des années nombre de pleurétiques et recueilli quantité d'observations qui ne nous laissent aucun doute à cet égard. Quand une pleurésie devient tuberculeuse, c'est une affaire de terrain; c'est souvent la première manifestation d'une tuberculose. Nos au-

---

dition de 15 à 17 millions de boîtes de lait condensé par an.

La Société paye aux cultivateurs 12 centimes par litre de lait qu'elle va chercher à domicile. Ces conditions paraissent, en Suisse, très avantageuses en raison de la quantité considérable de lait vendu chaque année.

A l'arrivée à l'usine le lait est versé directement dans un réservoir muni d'un tamis de soie, destiné à le filtrer et à retenir les impuretés accidentelles. Ce réservoir forme en même temps le plateau de la bascule où tout est pesé à l'arrivage et porté au compte du fournisseur. Une soupape qu'on soulève après chaque pesée laisse s'écouler directement le lait dans de grandes chaudières en cuivre rouge, chauffées vers 35 degrés à la vapeur; on l'additionne alors d'un huitième environ de son poids de sucre de canne. Dès que le sucre est dissous, le liquide se rend automatiquement dans des chaudières à vide, dans lesquelles il subit la concentration à la température de 52 degrés sous une dépression de 10 centimètres de mercure environ. A cette température, par suite de la diminution de pression dans l'intérieur de la chaudière, le lait bout activement sans que ses éléments constitutifs (graisse, caséine, etc.) subissent la moindre altération. En l'espace de trois heures, chacune des chaudières à vide réduit au tiers de son volume, par élimination de l'eau, de 70 à 80 quintaux de lait sucré. Des chaudières à concentration, le liquide, qui a la consistance d'un sirop fluide, se rend dans de grands cylindres plongeant dans l'eau incessamment renouvelée, où il se refroidit rapidement, grâce à l'agitation automatique des vases et du liquide lui-même. Dès qu'il est froid, le lait concentré remonte par voie mécanique dans l'atelier, où il est distribué dans les boîtes métalliques, qui sont scellées immédiatement après l'emplissage et prêtes à être livrées à la consommation. Chacun des vases qui a servi au transport du lait est lavé à l'eau d'abord, brossé énergiquement à l'intérieur et lavé en dernier lieu à la vapeur, avant d'être renvoyé au fournisseur. La propreté la

teurs ont dans leurs observations rencontré dans les trois quarts des cas des tubercules pulmonaires, et souvent l'état de ces tubercules montrait qu'ils étaient d'une date bien antérieure à la tuberculose pleurale.

En un mot l'influence de la tuberculose sur le développement de la pleurésie ne nous semble pas contestable; mais de là à croire que la pleurésie simple ou franche, guérissant complètement ou sans laisser d'autres traces que des adhérences, soit toujours tuberculeuse, il y a un abîme qu'on ne comblera pas.

J'ai entendu dernièrement soutenir par un médecin des plus distingués que la pleurésie était toujours une maladie secondaire, en ce sens que la plèvre ne s'enflammait pas primitivement; mais qu'elle était précédée dans les formes les plus franches d'une congestion pulmonaire qu'on pouvait toujours constater. Cette manière de voir me paraît au premier abord bien autrement plausible que celle de l'étiologie tuberculeuse, et cependant elle ne me convainc pas, parce que les signes de la congestion nous ont fait absolument défaut chez plusieurs malades de la ville que nous avons suivis heure par heure et chez lesquels la toux ne s'est jamais accompagnée d'expectoration, et parce que nous croyons que les premiers frottements du début peuvent se confondre de la façon la plus complète avec les râles crépitants ou sous-crépitants de la congestion ; et enfin parce que dans certains cas, assez rares j'en conviens, l'épanchement se produit avec une rapidité telle qu'il forme avec le point de côté le premier symptôme de la maladie. Et cependant, nous le répétons, il y a certainement une part de vérité dans cette opinion, et nous nous souvenons d'une véritable épidémie de pleurésies observée à l'hôpital Cochin, en 1857, à une époque où la manie des bains de vapeur s'était emparée des ouvriers des usines voisines. Quantité de ces gens accusaient nettement les refroidissements dus à un bain de vapeur mal dirigé et pris quelques jours auparavant. Tous ces malades guérissaient assez rapidement, c'est-à-dire dans l'espace de vingt à trente-cinq jours.

A l'époque (1866) où j'ai commencé le traitement des pleurésies par les ponctions capillaires, à l'hospice des Petits-Ménages transformé en hôpital, j'ai ponctionné plusieurs pleurésies aiguës qui ont guéri en fort peu de jours (le mémoire a été publié). J'ai gardé ces malades pendant un certain temps et me suis assuré que leur rétablissement était complet. J'ai suivi, non pas pendant des mois mais pendant plusieurs années, des malades que j'avais soignés et guéris de pleurésies aiguës, ou, si on aime mieux, des malades qui, sous mes yeux, avaient guéri après un traitement banal, et sans ponctions. J'ai vu ces malades bien des fois depuis lors et n'ai constaté aucune récidive, aucun signe de tuberculose.

Quant aux pleurésies purulentes, j'en ai traité depuis vingt ans un grand nombre par les ponctions, les drainages, et depuis quelques années par la thoracocentèse et les pansements rares. J'ai vu des malades succomber, et les uns présentaient à l'autopsie des tubercules pulmonaires, tandis que les autres n'en présentaient pas; mais j'ai précieusement conservé les observations de quelques-uns d'entre eux, chez lesquels la santé est complètement revenue et que j'ai longtemps suivis.

Sans entrer dans des détails inutiles ici, je pourrai citer le cas d'une jeune fille de quatorze ans que j'ai opérée d'une pleurésie purulente. Elle était, au moment de l'opération, dans les plus tristes conditions. Le liquide, très abondant, était d'une horrible fétidité. Elle guérit parfaitement sous l'influence des lotions antiseptiques, conserva pendant une année une déformation qui se corrigea presque complètement par la croissance. J'ai revu souvent cette jeune fille. Elle jouit d'une santé parfaite, a pris de l'embonpoint, et s'est mariée il y a deux ans. Le père et la mère étaient vigoureux et d'une santé qui ne laissait rien à désirer. La mère avait eu neuf enfants qu'elle avait nourris. Tout ce monde est bien portant. Je crois qu'il est difficile de mettre en jeu le tubercule dans une pareille famille.

Cette année même j'ai observé dans mon service, à Necker, trois pleurésies purulentes.

Le premier malade est un jeune homme de dix-huit ans. La pleurésie était abondante, le liquide très fétide. On procéda, après la thoracotomie, par des pansements rares et des lotions de sublimé. Ce jeune malade guérit sans fistule en moins de six semaines. Cette rapidité de la guérison est malheureusement rare.

Le second, âgé de trente ans, sortit avec une fistule pleurale. Il était très amélioré, se promenait toute la journée, et nous a quitté au bout de trois mois. La fistule avait beaucoup diminué sous le rapport de l'écoulement et de la profondeur. Je n'ai pas pu le revoir.

La troisième malade est une femme de vingt-cinq ans. Elle était entrée pour des accidents puerpéraux (métro-péritonite); son état, fort grave, s'améliorait lorsque survint une pleurésie, qui fut ponctionnée et fournit un

---

plus minutieuse est observée dans toute cette usine, qui, sous ce rapport, rendrait des points à l'habitation de la ménagère la plus méticuleuse.

Le traitement de 60000 litres de lait par jour, la confection et l'emplissage de 45 à 50000 boîtes de lait concentré, l'emballage et l'expédition de cette énorme quantité de produits journaliers seraient absolument impossibles si la main de l'homme n'était remplacée par les merveilleuses machines qu'il a su créer pour centupler ses moyens d'action. L'outillage mécanique de Cham excite à chaque pas l'admiration pour le génie inventif qui a, dans chacune des opérations spéciales, créé un outil capable de réaliser en dix heures les innombrables manutentions qu'exige la livraison des 50000 boîtes que l'usine de Cham expédie chaque jour.

Depuis le découpage des lames de fer-blanc qui servent à fabriquer les boîtes jusqu'à la fermeture des caisses en bois blanc qui les transportent dans le monde entier, tout est fait à la machine-outil : emboutissage des couvercles, soudure, essai de l'étanchéité de la boîte, emplissage, fermeture hermétique, fabrication des caisses en bois, clouage, tout est automatique ; un seul ouvrier habile, pour ne citer qu'un exemple de la rapidité des moyens mécaniques, soude 4000 boîtes de fer-blanc dans sa journée de dix heures, soit 400 à l'heure.

On voit avec quelle habileté on a pu arriver à préparer en grand un produit alimentaire aussi pur que précieux.

Nous n'en dirons pas tout à fait autant de ce que les Allemands et les Suisses appellent *Kindermehl* et qui n'est autre chose que de la farine de blé qui, transformée en pâte dans un pétrin mécanique, est desséchée à l'étuve, broyée, additionnée de lait concentré, séchée de nouveau à l'étuve, moulue et blutée. C'est un produit analogue à la farine lactée. Il a ses indications. Il peut rendre des services, mais il ne faudrait pas en abuser. Il ne faudrait pas surtout croire qu'il peut être, comme on le fait trop souvent, substitué à l'alimentation naturelle du nouveau-né, c'est-à-dire à l'allaitement

écoulement de pus abondant. La thoracotomie fut pratiquée, et amena une modification immédiate dans l'état de la malade. Après trois mois, la fistule est complètement fermée. Je garde encore cette malade dans le service. Elle a repris toute sa santé et son embonpoint, et aucun symptôme de tuberculose ne s'est manifesté.

Comment soutenir, après de pareils faits, que la pleurésie suppurée « n'est qu'un des modes de la pleurésie tuberculeuse »? Qu'elle soit souvent due à une septicémie puerpérale, scarlatineuse, varioleuse ou autre, je l'accorderai volontiers; mais je ne puis admettre qu'elle ne soit qu'une manifestation de la maladie tuberculeuse, et cela dans tous les cas.

Je reviens, en terminant, sur quelques détails qui m'ont frappé dans l'exposé des recherches anatomiques. Comment comprendre que dans aucune autopsie, que chez aucun malade on n'ait signalé la présence des bacilles? Beaucoup de médecins considèrent ces microbes comme la caractéristique de la tuberculose. N'est-il pas étonnant qu'il n'en soit jamais question dans les seize observations cliniques ou nécroscopiques fournies par nos auteurs ?

Il est enfin un autre procédé de recherches qui, dans une question aussi controversée, aurait fourni de bien précieux arguments : c'est l'inoculation et la culture. On a bien inoculé un cobaye avec le produit pleural suspect, et on a reproduit des tubercules; mais pourquoi ne pas continuer et démontrer par des cultures successives la véritable nature du produit inoculé? Cette sorte d'argumentation eût étayé la thèse de nos auteurs d'une façon bien autrement solide que des inductions tirées de la forme clinique, de la marche de la maladie.

Avant de lancer dans le domaine de la pathologie une opinion aussi nouvelle pour le médecin, aussi désespérante pour le malade, on ne saurait vraiment s'entourer de trop de preuves de toute nature.

En résumé, les auteurs nous ont certainement affermi dans cette conviction que la pleurésie se rencontrait souvent chez des tuberculeux; qu'elle pouvait être une des premières manifestations de la tuberculose; mais ils ne nous ont, en aucune façon, prouvé que tous les pleurétiques, et surtout les pleurétiques atteints d'épanchement séreux, évoluant d'une façon plus ou moins rapide, soient infailliblement des tuberculeux. Quand on voit, et par centaines, des pleurésies dites simples guérir complètement dans un intervalle de temps qui varie habituellement de vingt-cinq à soixante jours; quand on a suivi dans la clientèle, dans sa famille, pendant des mois et des années, des malades de ce genre sans constater aucune récidive, aucun indice de tuberculisation pulmonaire, comment croire à la rigueur apparente des conclusions qu'on nous présente, surtout quand on a observé, par contre, l'évolution des pleurésies bien nettement tuberculeuses; quand on a vu combien ces pleurésies, presque toujours développées chez des tuberculeux, diffèrent par leur marche et leur gravité des pleurésies dites *a frigore*, et qu'on rencontre si fréquemment? Je ne serais qu'à demi étonné que quelque micrographe autorisé contestât à son tour la nature tuberculeuse des produits observés dans les plèvres par nos auteurs, produits qu'on a longtemps désignés sous le nom d'exsudations de fibrine à l'état granulé et différant des véritables tubercules par la permanence de l'aspect grisâtre, vitreux, et la rareté du ramollissement central et de l'aspect caséiforme. Aujourd'hui le microscope est plus affirmatif; mais j'invoque encore une fois la recherche des bacilles et les procédés de culture si usités en pareil cas.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Sclérose des corps caverneux, par M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

(Fin. — Voy. les nos 37 et 38.)

Les principaux types dans les changements de direction que subit la verge pendant sa turgescence sont faciles à deviner et à expliquer, quand on se rend bien compte du mécanisme de l'érection et qu'on connaît le siège des lésions.

Il faut remarquer d'abord que souvent un seul corps caverneux est atteint, et que, quand les deux le sont, ce n'est jamais d'une façon symétrique. Par conséquent il y aura toujours un côté de la verge où l'afflux sanguin sera moindre, la tension plus faible, et qui se courbera latéralement.

A. Les changements dans la direction latérale sont les plus ordinaires. On peut même dire qu'ils ne font complètement défaut dans aucun cas; mais ils varient suivant le siège et le degré de la lésion. Ainsi, lorsque la base de la verge est affectée toute seule ou l'est beaucoup plus que les autres parties, il se produit *une déviation d'ensemble* et très oblique, soit à droite soit à gauche, l'axe pouvant rester à

---

maternel ou mercenaire. Mais c'est là une question qui ne peut être résolue à la hâte et exposée dans une lettre. Il me suffisait aujourd'hui d'avoir insisté sur les avantages que peuvent offrir à l'alimentation de nos troupes en campagne les aliments dits conserves de lait.

Je voulais surtout vous montrer, cher confrère, qu'en Suisse on se préoccupe de fabriquer des produits alimentaires purs de toute sophistication chimique. En est-il de même à Paris? Hélas! la lecture des journaux politiques et le récit des tergiversations de nos ministres sembleraient prouver le contraire. Vous savez tout ce qui a été dit, écrit, discuté à l'Académie de médecine, proclamé par le Comité consultatif d'hygiène de France au sujet du plâtrage des vins, au sujet du vinage, du mouillage, du salicylage, du fuchsinage, etc. Et vous vous indignez avec raison contre les lenteurs d'une administration qui, après s'être enfin décidée à appliquer une réglementation reconnue nécessaire, après avoir officiellement annoncé l'interdiction du plâtrage des vins dans les conditions et aux doses reconnues nuisibles, cède une fois encore à une pression extra-scientifique et annonce de nouvelles expériences, ce qui veut dire, en bon français, une nouvelle capitulation. Hélas! le sujet est plus lamentable encore que vous ne pouviez le supposer quand vous m'écriviez après la discussion académique sur le vinage et la publication de la circulaire ministérielle relative au plâtrage des vins.

Tout récemment la question du salicylage est revenue à l'ordre du jour à propos de la saisie faite à la douane de bières salicylées venues de l'étranger. La *Gazette* vous a entretenu de cet incident. Je dois ajouter que la Commission de contrôle du laboratoire municipal s'en est émue. Dans une note communiquée aux journaux elle s'est efforcée de prouver non seulement le danger de la falsification des matières alimentaires, mais encore la coupable tolérance de l'administration française. Le salicylage des bières et des vins est interdit dans tous les pays qui nous envoient ces breuvages

peu près rectiligne. — Lorsque, au contraire, la sclérose n'atteint que l'extrémité du pénis, l'organe conserve sa direction normale en avant et en haut, partout, sauf en un point où son axe s'infléchit sur lui-même de manière à former une courbe plus ou moins prononcée à droite ou à gauche. Lorsque la sclérose, sous forme de bande ou de cordon noueux, occupe toute la longueur des corps caverneux, il y a tout à la fois et à un haut degré, surtout lorsque l'affection est unilatérale, déviation générale et inflexion dans le sens latéral. Il se produit une infinité de nuances et de combinaisons qu'il est inutile de décrire. Qu'il me suffise d'insister sur ce point, c'est que l'anomalie de la direction et les autres conséquences de la sclérose sont d'autant plus prononcées et d'autant plus graves, que les lésions sont plus rapprochées de la racine de l'organe, plus volumineuses et plus inégalement réparties entre les deux moitiés. Quand toutes ces conditions se trouvent réunies, la verge, pendant l'érection, va s'appliquer irrésistiblement contre la partie supérieure des cuisses ou se loger dans les aines, de telle façon que le coït devient impraticable. Les petites inflexions de l'extrémité ne le gênent au contraire que très peu. Celles de la partie moyenne l'entravent, sans l'empêcher complètement. Dans les cas où la sclérose est pisiforme et très petite, il ne se produit ni déviation ni inflexion latérale, mais une simple dépression, une sorte d'encoche à son niveau, sur le bord de l'organe. — Les déformations dans le sens latéral sont d'autant plus prononcées, que les lésions sont plus rapprochées du bord des corps caverneux; celles qui sont contiguës à la cloison de séparation, sur la ligne médiane, donnent lieu à des changements de direction beaucoup moins accentués.

B. Comme la verge pendant l'érection tend à devenir verticale et que chez beaucoup de personnes elle présente aussi alors une légère courbure à concavité supérieure, les déviations et les inflexions qui se produisent dans ce sens paraissent moins choquantes que les latérales. Et cependant j'ai vu plusieurs malades se plaindre de la gêne, de l'obstacle qu'elles apportaient au coït. Elles peuvent aller jusqu'à le rendre impossible. En pareil cas, la verge reste rarement dans le plan vertical. Elle s'incline à droite ou à gauche de la ligne médiane et s'appuie contre les parois de l'hypogastre.

Ici, comme dans le type précédent, les degrés de la déviation dépendent du siège et du volume des lésions. Celles de la base et de la partie moyenne sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus déformantes que celles de l'extrémité. Cependant le pénis peut être coudé derrière le gland, presque à angle droit, et alors l'intromission devient impraticable. Les cas les plus singuliers sont ceux dans lesquels la verge se recourbe d'avant en arrière, au point de décrire un anneau presque complet; la pointe du grand ou sa face inférieure viennent alors butter contre le pubis au voisinage de la racine des corps caverneux.

C. Les inflexions dans le sens latéral et dans le sens antéro-supérieur sont uniques ou multiples, suivant qu'il y a un ou plusieurs points sclérosés. Elles alternent à droite et à gauche, quand la lésion occupe les deux corps caverneux. Il en résulte des *ondulations* latérales et antéro-supérieures, des encoches nombreuses, des torsions obliques, des déviations mixtes, etc. — La verge est alors déformée en tire-bouchon et toujours très amoindrie comme volume et comme rigidité (obs. IV).

D. Je n'ai pas vu d'incurvations de la verge se produire de haut en bas, par le fait de la sclérose des corps caverneux. Ce type de déformation est plutôt le résultat des lésions du canal. Je ne l'exclus pas cependant d'une façon formelle, mais j'affirme qu'il est beaucoup plus rare que les précédents, parce que les nodi, les plaques, les cordons et les bandes scléreuses occupent, dans la grande majorité des cas, les couches supérieures du tissu érectile de la verge. Pourquoi? Il est difficile de le dire. A priori, on pourrait croire que c'est tout le contraire qui doit se produire, à cause des connexions de l'urèthre avec les corps caverneux. Eh bien, il n'en est pas ainsi, même dans les cas où l'affection scléreuse procède manifestement d'une blennorrhagie, comme dans le cas observé par Enrico Rasori.

Les troubles fonctionnels qu'entraîne la sclérose varient beaucoup suivant les degrés des déformations péniennes. Quelquefois ces déformations altèrent à peine l'exercice des rapports sexuels. D'autres fois elles l'interdisent absolument par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à l'intromission. Mais ce n'est pas la déformation seule qui est cause de ces troubles. Il faut tenir compte aussi de l'affaiblissement total ou partiel de la rigidité érectile, qui est une des conséquences habituelles de la sclérose des corps caverneux. Et puis la virilité se trouve, en outre, dans bien des cas, *frappée moralement*. Ce n'est pas alors l'instrument seul qui est défectueux, mais la force nerveuse qui le met en action. Ce collapsus, cette défaillance sont causés peu à peu par le chagrin, la morosité et même le désespoir qui s'emparent des malades, quand ils voient leur verge subir de jour en jour des déformations de plus en plus gênantes. Le sentiment qu'une pareille affection est trop ridicule pour ne pas prêter à rire, blesse au vif l'amour-propre de certains malades et les fait tomber dans l'hypochondrie la plus noire. Mais j'en ai vu qui prenaient très bravement leur parti de toutes ces misères et finissaient par ne plus s'en préoccuper.

La sclérose caverneuse n'exerce aucune influence directe sur la santé générale. Elle n'arrive à la troubler que chez

---

malsains. Cependant la France les accepte et le parquet refuse d'autoriser leur saisie.

Espérons que, grâce aux incessantes réclamations de ceux qui ont la mission de la santé publique, une législation sévère mettra bientôt un terme à tous ces abus. Je ne puis m'empêcher à ce propos de faire remarquer comme on a peine à se faire une idée précise du mal que peuvent causer les atermoiements en matière d'hygiène publique. Il y a cinq années (*Gazette hebdomadaire*, 1881, p. 163), je rappelais ici même les diverses phases qu'a subie cette question de l'acide salicylique. Alors comme aujourd'hui un arrêté, rendu sur l'avis du comité consultatif d'hygiène, avait interdit la vente de toutes les substances alimentaires conservées à l'aide de l'acide salicylique; mais alors les industriels, frappés dans leurs intérêts, s'étaient empressés de solliciter des consultations médicales constatant l'innocuité de ces falsifications. Ils rappelaient qu'en 1877 une circulaire ministérielle l'avait expressément affirmée et que peu de temps après, à l'Exposition d'hygiène de Bruxelles, des récompenses avaient été décernées aux produits salicylés. On était donc venu me trouver pour solliciter de moi une consultation analogue à celle qu'avaient pensé pouvoir signer plusieurs médecins, aussi honnêtes d'ailleurs que justement célèbres. Après avoir étudié la question, j'ai répondu par une fin de non-recevoir absolue aux sollicitations des fabricants d'acide salicylique et je me suis empressé d'écrire dans la *Gazette* les deux articles que vous y avez peut-être lus. Aujourd'hui le comité consultatif d'hygiène est de nouveau saisi de la même question. Il y répondra comme en 1881 et il faut espérer qu'alors on songera enfin à appliquer la loi.

Puisque l'on nous empoisonne malgré nous et puisque nous avons tant de peine à nous garantir contre les tentatives réitérées des empoisonneurs, pourquoi ne nous essayerions-nous pas à la diète forcée qu'un Italien, le fameux Succi, vient de nous démontrer si facile et si peu préjudiciable à la santé. Vous ne vous êtes pas étonné, j'en suis certain, cher

les individus qu'elle rend névropathes par action réflexe, psychique plutôt que matérielle.

Elle ne présente aucune *complication*, ni du côté des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ni du côté des testicules, de l'urèthre ou de la vessie. On a dit que les plaques et les nodi comprimaient quelquefois l'urèthre au point de rendre la miction et l'éjaculation difficiles. C'est là une erreur qui provient de ce qu'on a englobé dans une même description la sclérose du tissu spongieux de l'urèthre et celle du tissu érectile des corps caverneux. — L'émission du sperme n'éprouve d'autre gêne que celle qui peut résulter des incurvations de la verge quand elles sont extrêmement prononcées.

Les *coïncidences* pathologiques de cette affection sont nulles la plupart du temps; c'est même là une de ses étrangetés. N'est-il pas curieux, en effet, de ne découvrir chez ceux qui en sont atteints, aucun vestige des états morbides qu'on peut rationnellement admettre au nombre de ses causes? L'absence de toute manifestation syphilitique est surtout à noter. Dans aucun cas de sclérose pénienne, je n'ai observé des accidents spécifiques voisins ou éloignés. Dans aucun cas de syphilose génitale, je n'ai observé de sclérose pénienne. De ces deux faits que conclure, sinon qu'on a admis beaucoup trop à la légère que la sclérose était toujours ou presque toujours d'origine syphilitique? Je crois, au contraire, qu'elle ne l'est jamais ou qu'elle ne l'est que très rarement.

Étiologie. Processus. — I. Nous voici ramenés à l'étude des causes. Si, au lieu de se placer à un point de vue théorique et de raisonner par analogie, on interroge les faits, on se convaincra aisément que la syphilis est loin de figurer en première ligne parmi les causes de la sclérose des corps caverneux. Souvent on ne trouve dans les antécédents des malades aucune des trois maladies vénériennes. L'affection s'est développée spontanément; ou, pour être plus exact, nous sommes dans l'impossibilité absolue de découvrir les causes qui l'ont produite.

Parmi les maladies vénériennes, la blennorrhagie vient en première ligne, et la valeur de sa proéminence numérique est encore accrue par la constatation, dans quelques cas, du processus pathogénique qui établit des rapports incontestables de cause à effet entre l'inflammation du canal et la sclérose des corps caverneux (obs. IV).

C'est tout l'opposé lorsque la syphilis figure seule dans les antécédents. Je n'ai pas pu parvenir à établir un lien quelconque entre elle et les *nodi*. On m'objectera que cette absence de solidarité peut bien n'être qu'apparente, et qu''on rencontre souvent dans la maladie constitutionnelle, loin de ses premières phases, après une longue interruption de toutes ses manifestations ordinaires, des accidents qui semblent échapper à sa spécificité et qui pourtant en relèvent incontestablement. Oui, mais ne finit-on pas, à la longue, par découvrir dans de pareils accidents, de physionomie équivoque, des particularités de processus ou des docilités à l'action des spécifiques, qui décèlent leur origine? Rien de semblable dans la sclérose pénienne. En elle, la transformation du tissu érectile est primitivement fibreuse et reste telle jusqu'au bout, sans qu'il s'adjoigne à ce processus l'élément de néoplasie embryonnaire qui fait si rarement défaut dans les syphilomes et produit leur fonte, leur régression, leur phagédénisme, etc., etc. Ainsi, outre qu'on ne trouve presque jamais la sclérose des corps caverneux dans les syphiloses génitales, même dans celles qui attaquent et détruisent le pénis, on ne voit jamais se produire au sein des noyaux ou des plaques sclércuses, les changements de régression nécrobiotique dont tous les syphilomes tertiaires génitaux sont atteints à un plus ou moins haut degré. On m'objectera encore qu'il y a des scléroses syphilitiques qui ne subissent pas l'évolution nécrobiotique. Je sais qu'il en est ainsi quelquefois, très exceptionnellement, il est vrai. La sclérose de l'albuginée et du testicule, par exemple, reste souvent sèche pendant toute sa durée, mais il arrive aussi quelquefois des fontes de sa néoplasie, des fongus spécifiques, etc. Voit-on rien de pareil dans la sclérose des corps caverneux? Et pourtant c'est une sorte d'analogie trompeuse entre le sarcocèle syphilitique et les nodi caverneux qui a conduit quelques syphiliographes à les rattacher à la syphilis. Le processus de cette sclérose reste donc purement fibreux, comme le sont certaines scléroses goutteuses, rhumatismales et les tissus devenus définitivement cicatriciels. D'un autre côté, loin de se montrer docile ou même un peu sensible à la médication hydrargyro-iodurée, la sclérose des corps caverneux lui oppose une résistance absolue. Si quelques changements favorables se produisent en elle, ils arrivent à la longue et indépendamment de toute intervention thérapeutique.

Tous ces arguments ne sont-ils pas de nature à ébranler la tradition un peu routinière qui fait accepter la sclérose des corps caverneux comme une détermination syphilitique?

Entre la blennorrhagie et cette sclérose il n'y a pas d'affinités et il est même démontré cliniquement que, dans quelques cas, la seconde s'est produite sous l'influence exclusive de la première. Comment, par quelle filiation pathogénique? Pourquoi dans un cas plutôt que dans un autre? Voilà ce qu'il est difficile de dire. Le nombre des blennorrhagies est immense; celui des scléroses caverneuses, de provenance réellement uréthrale, est excessivement restreint. L'étiologie ne se perd-elle pas dans le chiffre énorme que donne la différence numérique des deux affections?

---

confrère, du silence gardé par presque tous les journaux de médecine sur les agissements de cet inventeur d'élixirs de longue vie. Ceux qui en ont dit quelques mots ont fait ressortir toute l'inanité de ces sortes d'expériences et le peu de foi qu'il fallait ajouter à des observations bien peu scientifiques. Un seul journal s'est payé le luxe d'une correspondance spéciale destinée à établir que la science avait contrôlé, par les procédés les plus minutieux et les plus précis, les effets de l'inanition sur l'estomac de Succi. On peut voir dans cette correspondance, le diamètre vertical de l'estomac varier de 13 centimètres 8 millimètres à 14 centimètres 3 millimètres; le diamètre transversal, de 28 centimètres 5 millimètres à 25 centimètres 5 millimètres; la grande courbure de 35 centimètres 2 millimètres à 33 centimètres. Le signataire de l'article en question ne dit pas à l'aide de quel procédé il a pratiqué ces mensurations mais il en déduit au point de vue de la thérapeutique des dilatations stomacales une série de considérations non moins capables d'étonner ceux-là mêmes qui ne s'étonnent plus de rien! Vous avez lu, cher confrère, dans les journaux italiens et même dans certains journaux français qu'un comité de médecins, composé de membres de l'Académie de médecine et de professeurs de la Faculté de Paris avait offert à Succi une somme de 100 000 francs pour venir plus près de nous renouveler ses expériences. Il fera bien — la somme offerte le lui permet — d'amener avec lui le médecin qui sait si bien mesurer l'estomac et s'assurer de ses changements de forme, de courbure, de contractilité, etc. Nous gagnerions certainement à le voir à l'œuvre. Mais nul ne viendra, soyez-en sûr, contrôler la nouvelle expérience et si j'ai un conseil à donner à Succi, c'est de continuer son régime actuel, qui est excellent, nous affirme-t-on. Il pourrait bien se faire qu'en ce temps où à Paris les exhibitions ne manquent pas il ne gagnât, pendant ses trente jours de jeûne, que l'argent qu'il n'aura pas dépensé en victuailles!

En résumé, ce que nous savons sur l'étiologie de la sclérose des corps caverneux se borne à fort peu de chose.

II. Le processus de la sclérose caverneuse est très uniforme. Cependant on constate parfois des changements qui font quelque diversion à sa monotonie. Ainsi les lésions diminuent et même disparaissent; puis elles reviennent plus tard (obs. X). — D'autres se déplacent en cheminant avec lenteur d'un point à un autre. — Il se produit aussi des modifications dans leurs formes : des noyaux s'aplatissent et deviennent des plaques; ceux qui sont isolés se réunissent au moyen de cordons ou de bandes fibreuses ; ou bien ces bandes et ces cordons s'amincissent, s'effilent et finissent par disparaître, etc. Mais tout cela se fait avec lenteur et dans un petit nombre de cas (1).

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic est très facile et repose sur la constatation, par le palper, de nodosités, de plaques et de bandes ou de cordons d'une consistance dure et chondroïde, au milieu du tissu spongieux et mou des corps caverneux à l'état de flaccidité. Il repose aussi sur les déformations du pénis pendant l'érection.

Si nous ne les constatons pas, nous pouvons les deviner, et, du reste, les malades nous donnent sur elles tous les renseignements désirables (2).

Le pronostic est sérieux, en ce sens que l'affection est très longue et que même, dans la plupart des cas, elle ne guérit jamais. Il dépend du siège et de l'étendue des lésions. Celles de la base sont plus graves que celles de la partie moyenne et surtout que celles de l'extrémité du pénis, leur volume étant le même. Les incurvations ne sont pas les seules conséquences à considérer dans l'appréciation du pronostic; il faut tenir compte aussi de l'amoindrissement du pénis, de sa rigidité inégale et diminuée, des obstacles mécaniques qui en résultent pour le coït et, en outre, de la faiblesse génitale qui survient presque toujours et de la névropathie hypochondriaque qui en est la cause ou le résultat.

Traitement. — J'ai tenté contre la sclérose des corps caverneux le traitement antisyphilitique, sous toutes ses formes et à hautes doses, sans qu'il m'ait jamais été possible de constater une amélioration qu'on pût légitimement lui attribuer. Néanmoins, j'y ai encore recours, et je donne de l'iodure de potassium, avec l'espoir, peu justifié, qu'il pourra réussir par hasard. Je prescris aussi des frictions sur la verge avec de l'onguent napolitain. Mais la plupart du temps tout cela est inutile et, de guerre lasse, le médecin et les malades finissent par renoncer aux remèdes et aux topiques et abandonnent l'affection à elle-même.

Conclusions. — 1° La sclérose des corps caverneux est constituée par la transformation partielle en tissu fibreux du tissu érectile de ces organes.

2° Cette transformation ou dégénérescence se fait sous forme de noyaux, de plaques, de cordons et de bandes, qui occupent les couches supérieures les plus superficielles du tissu érectile des corps caverneux et leurs bords.

3° Les causes de cette affection sont très obscures. On a eu tort de l'attribuer exclusivement à la syphilis. — Elle n'a point les caractères du syphilome tertiaire. Elle ne coïncide pas avec la syphilose génitale. Presque jamais on ne peut saisir la moindre filiation directe entre elle et la syphilis.

4° La blennorrhagie est la cause la moins problématique et la plus fréquente de la sclérose des corps caverneux.

5° Cette affection peut survenir spontanément ou peut-être sous l'influence d'une cause traumatique. Il est possible que l'arthritisme joue un rôle dans son étiologie.

6° Quelles que soient ses causes, la sclérose des corps caverneux est toujours identique à elle-même.

7° Elle se développe la plupart du temps d'une façon sourde et insidieuse. Indolente et aphlegmasique, elle ne donne lieu qu'à peu de phénomènes subjectifs.

8° Ses symptômes consistent dans des déviations, des incurvations, des déformations de la verge pendant l'érection.

9° Ces déviations et ces incurvations sont latérales ou supérieures. Elles ne se produisent jamais de haut en bas, comme dans les blennorrhagies cordées.

10° Outre les déformations pendant la turgescence pénienne, il y a diminution dans le calibre de l'organe sur quelques points, affaiblissement de la rigidité érectile, collapsus du sens génital.

11° Il en résulte des troubles plus ou moins graves qui gênent ou empêchent l'acte du coït, et exercent une action psychique réflexe fâcheuse sur le moral des malades.

12° Le processus de cette affection est excessivement lent et ne présente que des modifications insensibles pendant des mois et des années. La plupart du temps, la dégénérescence fibreuse est définitive, immuable et se présente comme telle dès le début. Aussi tous les traitements sont-ils inutiles. L'affection résiste aux mercuriaux et à l'iodure de potassium, ce qui prouve bien que la syphilis n'intervient jamais ou presque jamais dans sa production.

Pénitis. — On désigne sous ce nom toutes les espèces d'inflammations qui sont susceptibles de se développer sur les enveloppes de la verge. La plupart du temps ces inflammations ne franchissent pas la barrière que leur oppose l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Aussi n'ont-elles rien à voir avec la sclérose de ces organes. Qu'elles soient phlegmoneuses, érysipélateuses, gangreneuses, traumatiques ou d'origine blennorrhagique, chancrelleuse, syphilitique, etc., etc., je ne les ai jamais vues aboutir à la sclérose.

Lorsque le pénitis au lieu d'être périphérique est interstitiel, c'est-à-dire lorsqu'il se développe dans le tissu érectile, l'affection prend un caractère très grave. L'inflammation en effet devient rapidement phlegmoneuse, de nombreux abcès se forment et l'infection purulente en est ordinairement la conséquence, etc., etc.

Ce n'est pas le lieu de décrire les variétés et les formes de toutes les affections inflammatoires qu'on a englobées sous le nom de pénitis. Si j'en dis quelques mots ici, c'est pour montrer combien elles diffèrent de la sclérose des corps caverneux, dont elles ne sont jamais ni la cause ni la conséquence.

Appendice. — Je tiens à faire remarquer que ces conclusions n'ont point la prétention d'être définitives, complètes et absolues, surtout en ce qui concerne l'étiologie. Elles n'ont d'autre but que de résumer les impressions laissées dans mon esprit par les faits que j'ai rencontrés dans la pratique circonscrite des maladies vénériennes. — En dehors de ces maladies d'autres causes ont été indiquées par

(1) Je n'ai pas vu l'ossification de la verge succéder à la sclérose des corps caverneux; mais il est fort probable que quand elle se produit, ce qui est fort rare, il y a eu d'abord une transformation fibreuse du tissu érectile. — Le pénis peut devenir complètement osseux. On en trouve un cas dans les *Éphémérides des Curieux de la nature* (1687, II, p. 71). C'était un bouvier de la Hesse dont la verge, tout à fait osseuse, et par suite toujours en érection, était d'une telle rigidité que sa femme éprouvait de très vives douleurs dans le coït. — Ordinairement l'ossification est partielle. — L'ossification de la cloison a été observée et décrite par Mac Clellan (*Nouveau journal des sciences médicales*, mai 1828). Au musée anatomo-pathologique de Vienne, il y a un cas fort remarquable d'ossification du pénis ; l'individu avait cinquante ans et l'os mesurait 5 à 6 centimètres de longueur. On en trouve le dessin dans le livre de Demarquay, sur les *Maladies chirurgicales du pénis*, p. 253.

(2) La question du diagnostic devient difficile si on veut distinguer absolument la sclérose du tissu érectile, de l'albuginite pénienne. Tout ce que l'on peut dire, c'est que ces deux affections doivent coexister fréquemment ; que quand c'est la première qui prédomine, il y a des douleurs plus vives dans le pénis, une allure moins insidieuse, quelque chose de plus aigu, en un mot, un appareil inflammatoire qui provient ordinairement, soit de blennorrhagies répétées, soit d'excès de coït ou de violences extérieures, etc.

Quant au diagnostic des causes, il est fort embarrassant dans la plupart des cas, attendu qu'on en trouve plusieurs parmi les antécédents. Or, à laquelle attribuer l'affection, quand la sclérose caverneuse se produit des années après une blennorrhagie ou le début de la syphilis, comme cela arrive très fréquemment ?

différents auteurs. Leur importance est assurément plus grande que ne le laisseraient supposer mes observations. On en jugera par l'historique de la question qui est le complément nécessaire de ce mémoire.

Toutes les publications sur les nodosités des corps caverneux ont été exposées, analysées et commentées dans un excellent travail de M. le docteur Tuffier, intitulé : *Induration des corps caverneux* (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, n° de juillet 1885). L'auteur a relaté ou résumé 33 observations, dont plusieurs fort intéressantes ont été recueillies par lui. Il a étudié avec le plus grand soin l'étiologie de cette affection. Les détails qu'il a donnés sur les travaux parus avant le sien, forment un tableau complet où se trouvent toutes les opinions émises à différentes époques sur ce point si curieux de la pathologie génitale.

Les symptômes de la sclérose des corps caverneux et ses conséquences ont été exposés d'une façon remarquable, pour la première fois, par La Peyronie, en 1743, dans un chapitre consacré aux *Vices d'éjaculation causés par des tumeurs dures formées dans les corps caverneux*.

M. Ricord, en 1847, divisa les indurations des corps caverneux en traumatiques, inflammatoires et syphilitiques. Les dernières, d'après lui, étaient de beaucoup les plus fréquentes. Il employa des expressions pittoresques pour décrire les symptômes : verge qui forme *fléau*, quand la partie antérieure de la verge ne se gonfle plus pendant l'érection et retombe sur le ventre; verge qui *louche*, *strabisme pénien*, quand la déviation se fait latéralement. Mais, en fait d'expression pittoresque, la plus plaisante est celle de ce diabétique de soixante-dix ans, qui écrivait à M. le docteur Poirier : « Venez me voir, je ne sais ce que j'ai, ma queue vrillonne comme celle d'un goret, et vous comprenez qu'à mon âge cela me gêne encore souvent. »

En 1850, M. Kirby publia dans le *Dublin medical Journal*, un mémoire sous le nom d'*affection particulière du pénis*, dans lequel il tenta, le premier, de séparer nettement le nodus fibreux des autres altérations des corps caverneux. — Il eut surtout le mérite d'élargir le cadre de l'étiologie et de montrer l'analogie et les coïncidences qui existent entre les nodosités des corps caverneux et celles des gaines tendineuses et de l'aponévrose palmaire dues à l'arthritisme. Pour M. Kirby, toutes les scléroses du pénis doivent être rattachées à l'arthritisme, et plus spécialement à la goutte.

L'opinion du savant médecin de Dublin ne prévalut pas en France, où elle fut combattue par M. Diday; mais elle trouva en Angleterre beaucoup de partisans, et, entre autres, M. Cameron, qui lut à la Société médico-chirurgicale de Glasgow, en octobre 1879, un mémoire sur *les tumeurs goutteuses du pénis*.

Quelques mois auparavant, M. Verneuil, reprenant une idée émise par Marchal de Calvi, avait fait à la Société de chirurgie une importante communication sur l'étiologie des nodosités de la verge. Il les rattacha au diabète. Or, comme pour lui, le diabète rentre dans les manifestations de l'arthritisme, ce serait en définitive cette grande maladie constitutionnelle qui serait la principale, sinon l'unique cause de l'affection fibreuse du pénis.

Beaucoup de pathologistes, parmi lesquels MM. Guyon, Ricord, Trélat, Le Fort, Monod, etc., se refusèrent alors à admettre aucun rapport entre cette affection et une diathèse quelconque. Par contre, M. Duplouy confirma au Congrès de Blois, en 1884, la façon de voir de M. Verneuil, et, en Angleterre, M. James Paget a adopté les idées de M. Kirby sur la provenance arthritique des indurations du pénis.

Autrefois on n'étudiait guère l'état constitutionnel des sujets atteints de cette lésion. Depuis les communications de M. Kirby et de M. Verneuil, on s'en préoccupe un peu plus et on cherche à le découvrir. Mais les faits n'ont peut-être pas encore démontré assez catégoriquement s'il y avait ou s'il n'y avait pas de relations entre les nodi caverneux et l'arthritisme. Cependant, sur 26 cas où les antécédents ont été notés, M. Tuffier en a trouvé 15 qui étaient goutteux et 11 qui étaient diabétiques. Les principales observations sur l'origine arthritique ou diabétique de l'induration pénienne sont dues à MM. Kirby, Cameron, Verneuil, Lereboullet, Duplouy, Schwartz, Poirier, Tuffier, etc. Dans deux cas, M. Louis Thomas (de Tours) n'a trouvé aucun antécédent arthritique ou glycosurique. Dans beaucoup d'autres, il en est ainsi, dans le suivant par exemple, que je viens d'observer :

Obs. XV. *Sclérose des corps caverneux survenue chez un emphysémateux qui n'avait jamais eu de maladie vénérienne.* — M. Th..., âgé de soixante-quatre ans, n'a jamais eu aucune maladie vénérienne, ni aucune affection arthritique proprement dite. Il est emphysémateux depuis longtemps, et à un degré tel que sa poitrine est devenue voûtée, globuleuse et qu'il est en proie maintenant à des crises d'asthme épouvantables qui mettent ses jours en danger. Mais ce qui le tourmente peut-être plus que son emphysème, c'est que, depuis un an, il s'est aperçu que sa verge rentrait dans l'abdomen, s'étiolait et, de plus, devenait difforme pendant l'érection. Il me consulta sur ce point et je constatai à la base de la verge une plaque d'induration scléreuse considérable de chaque côté de la ligne médiane. Aucune cause traumatique. Pas la moindre trace de sucre dans les urines.

On m'objectera que ce malade est arthritique puisqu'il est emphysémateux. C'est possible. Mais qu'on me dise alors où commence l'arthritisme et où il finit. C'est la diathèse la plus vague, la plus élastique, la moins délimitée, celle qui se prête le mieux aux vues de ceux qui cherchent partout et toujours une origine constitutionnelle à la moindre lésion locale. Je crains qu'on n'en abuse un peu trop. Accordons-lui, si on le désire, une bonne partie des nodosités péniennes. Cela n'augmentera pas beaucoup son surcroît de bagages.

Je suis loin toutefois de méconnaître l'importance étiologique de la goutte et du diabète dans la sclérose des corps caverneux. Voici, par exemple, deux cas très curieux de cette affection, observés et recueillis par notre savant confrère M. le docteur Lereboullet. Ne sont-ils pas typiques? Ne démontrent-ils pas nettement, l'un l'origine glycosurique, l'autre l'origine goutteuse de la sclérose des corps caverneux (1).

Obs. XVI. *Nodus des corps caverneux; Glycosurie.* — M. R., âgé de cinquante-neuf ans, arthritique, souffrant assez souvent de douleurs rhumatoïdes, mais n'ayant jamais été malade depuis que je suis le médecin de la famille, c'est-à-dire depuis cinq ans, me consulte pour lui-même le 17 novembre 1882. Désireux de se remarier, M. R. voulait avoir mon avis au sujet d'une lésion qui le tourmentait et dont il s'était aperçu plusieurs mois auparavant : « C'est, me dit-il, une induration du dos de la verge tout près de sa racine », et il ajoute immédiatement : « Cela m'étonne, je n'ai jamais été malade. » Je l'examine et je constate sur le dos de la verge, presque à sa racine, exclusivement limitée à la région des corps caverneux, une plaque très indurée, elliptique, mesurant 8 à 6 millimètres de long, s'étendant sur les parties latérales des corps caverneux, disparaissant vers le canal de l'urèthre. Cette plaque est indolente à la pression. J'explique à M. R. qu'il s'agit d'une de ces indurations en forme de chaton de bague, décrites par M. Verneuil, et je lui demande s'il a fait analyser ses urines. M. R., qui est fort mangeur et fort buveur et qui, dans sa soirée, boit beaucoup de bière, me raconte qu'il se lève souvent la nuit pour uriner, mais que ses urines n'ont jamais été analysées. Le lendemain il fait faire cette analyse, et, à la pharmacie Mialhe, on trouve 30 grammes de glycose par litre d'urine. M. R. se met immédiatement à un régime. Il supprime la bière, se soumet exactement à toutes les prescriptions hygiéniques et thérapeutiques que je lui recommande et, en trois mois, toute trace de sucre disparaît dans ses urines. Il se marie

(1) Tout récemment, mon collègue et ami, M. le docteur Roques, me racontait qu'il donnait, en ce moment, des soins à un malade goutteux et diabétique qui était atteint de sclérose des corps caverneux.

à ce moment. Je l'ai revu au mois d'avril 1883. Il était atteint d'un accès de goutte. Ses urines, très fortement uriques, ne révélaient plus que des traces de sucre. Le 2 avril, cependant, après un excès de régime, on y dosait encore 6 grammes de sucre par litre d'urine. Toutes les médications mises en usage pour faire disparaître la plaque indurée de la verge ont été inefficaces. Celle-ci persiste, mais ne gêne nullement M. R.

Obs. XVII. *Nodus des corps caverneux; Pas de diabète; Goutte.* — Le 8 mai 1882, M. W., âgé de cinquante ans, m'avait consulté pour un accident assez singulier. M. W. me déclarait que, lorsqu'il avait une érection, sa verge *se cassait et retombait sur son ventre.* Il ajoutait qu'il lui était impossible d'avoir des relations avec sa femme, que cette infirmité remontait à deux ou trois années déjà; qu'à Strasbourg il avait consulté divers chirurgiens qui l'avaient considéré comme atteint d'un rétrécissement du canal de l'urèthre et l'avaient engagé à se sonder. J'examinai, séance tenante, M. W., et je constatai à la racine de la verge, sur les corps caverneux, une plaque de consistance cartilagineuse, circulaire, en forme de chaton de bague. Je rassurai M. W. sur les conséquences de cette lésion et lui affirmai que le canal de l'urèthre était indemne.

Le 12 mai, je le fis venir chez moi et le sondai sans aucune difficulté avec une sonde de trousse.

Convaincu qu'il n'avait aucun rétrécissement, il fit, le 15 mai 1882, analyser ses urines. Elles ne renfermaient ni sucre, ni albumine. Par contre, elles contenaient de nombreux cristaux d'acide urique.

Le 14 novembre, M. W. était atteint d'un violent accès de goutte. Il était d'ailleurs manifestement goutteux et j'ai dû l'envoyer deux années de suite à Contrexéville. Les inconvénients causés par l'induration des corps caverneux semblent avoir diminué pendant plusieurs mois. M. W. s'est astreint à faire sur le dos de la verge des frictions à l'aide d'une pommade iodurée. La plaque d'induration a peut-être (?) un peu diminué, mais elle persiste toujours. Cependant les rapports sexuels sont devenus praticables, bien que, très fréquemment encore, l'accident signalé par M. W. se produise et rende le coït impossible.

Quelle a été la cause de la sclérose des corps caverneux dans le cas ci-dessous, que je viens d'observer? Est-ce l'arthritisme? Est-ce la blennorrhagie? Pour moi c'est la blennorrhagie.

Obs. XVIII. *Chez un malade atteint d'un rhumatisme vague, sclérose des corps caverneux survenue au quatrième mois d'une blennorrhagie aiguë.* — M. X..., cinquante-neuf ans, qui vient me consulter le 29 septembre 1886, se porte habituellement bien et n'a jamais eu la syphilis. Il est sujet depuis quelques années à des douleurs rhumatismales vagues qui se promènent dans les épaules et dans les genoux, sans se fixer d'une façon décidée sur les jointures. — Première blennorrhagie il y a vingt ans, exempte de complications. Ce malade, placé dans les meilleures conditions hygiéniques, ne souffrait que fort peu de son rhumatisme, lorsqu'il contracta une blennorrhagie violente en août 1885. Il se soigna tant bien que mal, plutôt mal que bien, et ce ne fut qu'au bout de trois mois, que les phénomènes inflammatoires s'éteignirent à peu près complètement. Il n'était cependant survenu aucune complication et le rhumatisme n'avait subi aucune recrudescence.

Au quatrième mois de la blennorrhagie, M. X... découvrit par hasard qu'il y avait quelques nodosités dans sa verge. Il les vit augmenter peu à peu jusqu'au point de faire une légère saillie à la surface des corps caverneux. Elles causèrent alors un peu de douleur pendant les érections, puis elles diminuèrent au bout de trois mois et devinrent indolentes. Elles étaient situées à la réunion du tiers antérieur de la verge avec les deux tiers postérieurs, et un peu plus prononcées à droite qu'à gauche. Pendant les érections, la verge se déviait à droite, mais faiblement, parce que la lésion était à peu près égale des deux côtés.

Depuis le mois de juin 1886 (dixième mois de la blennorrhagie) il n'existait plus ou presque plus d'écoulement. Vers le 24 septembre 1886, M. X... partait de Nice, ayant le canal en bon état depuis plusieurs mois. Il ne fit aucun excès, aucune imprudence, et malgré cela, par le seul fait du voyage, il constata un écoulement dès son arrivée à Paris. Cet écoulement augmenta beaucoup en quatre ou cinq jours, et quand M. X... vint me consulter, on aurait pu croire, au premier abord, qu'il s'agissait d'une blennorrhagie virulente récemment contractée; mais il y avait peu de phénomène inflammatoire.

Le malade attire mon attention sur les nodosités des corps caverneux. Ce sont des plaques scléreuses irrégulières, peu dures, mais parfaitement nettes, situées au tiers antérieur de la verge et plus prononcées à droite qu'à gauche. Les troubles fonctionnels sont peu prononcés et se réduisent à une légère incurvation à droite, sans diminution sensible du calibre ni de la régularité du pénis. Pas de rétrécissement, rien du côté du col ni de la prostate. Les urines ne contiennent aucune trace de sucre. La miction et l'éjaculation sont normales.

Il y a eu là une sclérose des corps caverneux qui s'est produite au quatrième mois d'une blennorrhagie virulente et qui a eu ses trois périodes d'augment, d'état et de déclin. Elle n'a été soumise à aucun traitement. Le rhumatisme erratique et vague du patient se réduit à peu de chose, et il n'a été depuis la blennorrhagie, ni plus fort, ni plus faible qu'autrefois.

Je crois fermement que la sclérose des corps caverneux est presque toujours interstitielle, c'est-à-dire qu'elle occupe la partie active, le tissu érectile de la verge. Je ne partage point l'opinion de ceux qui lui attribuent pour siège exclusif l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Est-ce que de simples épaississements partiels de cette membrane seraient capables de produire à eux seuls les incurvations, les déviations, la flaccidité, les ischémies, le ratatinement du pénis? La physiologie pathologique ne prouve-t-elle pas le contraire? J'aurais donc pu intituler mon travail, comme j'avais d'abord eu l'intention de le faire : *Sclérose du tissu érectile des corps caverneux.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

De l'exhalation de l'acide carbonique dans les maladies infectieuses déterminées par des microbes aérobies et des microbes anaérobies. Note de M. *S. Arloing.* — Le rapprochement que l'on a établi fort justement entre les micro-organismes pathogènes et les ferments est devenu le point de départ de plusieurs hypothèses sur les causes intimes de la mort dans les affections virulentes à évolution rapide.

Si le microbe est aérobie, M. Pasteur le représente entrant en lutte avec les globules sanguins, leur disputant l'oxygène dont ils sont chargés, et frustrant ainsi les tissus du principe comburant qui leur est absolument nécessaire. Ce phénomène serait capital, par exemple, dans la lutte qui s'établit entre le *Bacillus anthracis*, le microbe du choléra des poules, et les animaux vivants.

Si le microbe est anaérobie et agit comme tel dans l'organisme, c'est-à-dire produit des fermentations évidentes, la lutte revêt probablement un tout autre caractère; car, dans ce cas, l'agent pathogène serait troublé par l'oxygène dans la manifestation de ses propriétés.

En admettant, pour un instant, que ces caractères constatés *in vitro* se poursuivent dans les milieux vivants, on doit rencontrer des différences importantes, au point de vue de l'intensité des combustions respiratoires, entre deux animaux qui succombent, l'un à l'inoculation d'un microbe aérobie, l'autre à l'introduction d'un microbe anaérobie. Si ces différences n'existent pas, l'influence qui dérive des affinités gazeuses des bacilles aérobies n'est pas primordiale dans la lutte dont il a été question. Dès lors, l'étude de la respiration, pendant *toute la durée* de certaines maladies virulentes dont les germes appartiennent aux deux types sus-indiqués, offre un intérêt assez considérable.

Les maladies que M. Arloing a choisies pour entreprendre cette étude sont des affections qui évoluent quelquefois sur

l'espèce humaine : la pustule maligne et la septicémie gazeuse ou foudroyante.

Le cobaye et le rat blanc sont les animaux sur lesquels l'auteur les a fait évoluer. La plus grande partie de l'oxygène consommé s'éliminant sous forme d'acide carbonique, il a dosé ce gaz dans l'air de la respiration avant l'inoculation des sujets d'expérience et pendant toute la durée de la maladie qu'il leur communiquait artificiellement. Pour cela, les animaux étaient enfermés avant et après l'inoculation dans un appareil qui est une réduction et une simplification de la chambre de Pettenkofer.

Se proposant de suivre pas à pas les changements apportés dans l'exhalation totale de l'acide carbonique pendant la maladie jusqu'à la mort, il lui fallait connaître préalablement, pour chaque sujet, la composition des gaz de la respiration à l'état de santé, pendant les périodes diurnes et nocturnes. Quant à la période de la maladie, elle était divisée en périodes diurnes et nocturnes, excepté vers la fin, où on la fractionnait en périodes plus courtes pour recueillir séparément les gaz des derniers moments de la vie. Après chaque période, on dosait la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon ou par la peau, puis on la rapportait à 1 kilogramme de poids vif et à l'heure prise pour unité de temps. Un grand nombre d'expériences furent nécessaires pour rassembler tous les éléments indispensables à la solution de la question posée.

Or, voici en résumé le sens des résultats obtenus :

1° Dans le charbon et dans la septicémie gazeuse ou gangreneuse, la quantité d'acide carbonique exhalé diminue pendant le cours de la maladie et surtout pendant les dernières heures.

2° Cette modification a paru commencer avec les premiers effets de l'inoculation, dans le cas de charbon; tandis que, après l'inoculation de la septicémie gangreneuse, M. Arloing a constaté pendant quelques heures une légère augmentation dans la quantité d'acide carbonique exhalé.

M. Arloing reproduit, à titre d'exemples, les chiffres fournis par quelques-unes de ses expériences les plus complètes, et montre que les changements subis par l'exhalation d'acide carbonique dans le cours du charbon et de la septicémie gazeuse sont sensiblement identiques. Ils dénotent, dans les deux cas, un amoindrissement des combustions respiratoires.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le Secrétaire perpétuel dépose : 1° au nom de M. le docteur *Brochin*, l'article Passions, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; 2° de la part de M. le docteur *Naquet* (de Lille), une brochure intitulée : *Crises épileptiformes provoquées par une otite moyenne chronique simple.*

M. Marjolin présente une série de rapports des médecins-inspecteurs de la Société protectrice de l'enfance.

M. Méhu fait hommage du *Compte rendu* du 6e Congrès international pharmaceutique tenu à Bruxelles en 1885, rédigé par M. *Van de Vyvere.*

Anatomie pathologique du cerveau, cerveau des hystériques. — M. *Luys* présente une série de pièces relatives à la conservation et à l'anatomie du cerveau. Le procédé employé est le suivant : la substance cérébrale est successivement immergée dans un bain de bichromate de potasse à saturation, dans un bain d'alcool méthylique et enfin dans une solution de chloral saturée; on obtient ainsi un durcissement remarquable, permettant de détacher avec facilité des lambeaux de substance blanche, par une sorte de clivage analogue à celui des fibres du bois ou de certains cristaux. M. Luys montre des pièces ainsi préparées, sur lesquelles on voit très nettement l'isolement et la disposition de deux systèmes de fibres blanches harmonieusement disposées autour des noyaux centraux; on y remarque l'ensemble des fibres radiées thalamo-corticales qui vont des couches optiques vers tous les points de la périphérie corticale et comprend les fibres postérieures signalées par Kölliker, les fibres de la couronne de Reil et celles de la capsule interne, dépendance de ce système rayonné spécial, qu'on pourrait appeler système des fibres cortico-striées et qui paraît servir de trait d'union entre les régions psycho-motrices de l'écorce et les noyaux réputés moteurs du cerveau. Ces pièces ont pu, en outre, grâce à ce durcissement, recevoir une couche de plâtre qui a pris l'empreinte de leur relief et permis de conserver l'aspect naturel de leur état frais. Cette méthode nouvelle de moulage du cerveau donne d'excellents résultats; M. Luys montre comment il a pu ainsi obtenir le relief du noyau de substance grise spéciale décrit par Stilling à la base du cerveau. — Sur une observation de M. *Lagneau*, M. Luys reconnaît qu'il ne saurait affirmer la conservation indéfinie de ces pièces, bien qu'on puisse en attendre une durée incomparablement plus grande que celle des pièces préparées par d'autres procédés.

Peu après M. *Luys* fait passer sous les yeux de ses collègues le cerveau durci et momifié d'une femme qui, ayant succombé dans son service à des accidents étrangers à sa maladie primitive, avait présenté pendant sa vie des phénomènes hystériques caractérisés surtout par une excitabilité nerveuse et une émotivité toutes spéciales. Sur ce cerveau il est facile de remarquer, au niveau du sillon de Rolando, une sorte de pli supplémentaire qui vient du lobe ovalaire et s'interpose comme un coin entre la pariétale ascendante et la frontale ascendante ; de plus, il existe un fort épaississement des circonvolutions, surtout à la base de la pariétale ascendante; le lobe droit n'est pas aussi intéressé dans la même région et l'on voit très nettement que la circonvolution ascendante y est interrompu dans sa continuité ; enfin, les lobes carrés des deux côtés présentent un développement considérable et les régions du paracentral ont une saillie marquée.

Après avoir, sur l'interrogation de M. *Féréol*, déclaré que ces dispositions n'ont jamais été rencontrées, du moins à sa connaissance, sur des cerveaux normaux, M. *Luys* ne saurait, comme le lui demande M. *Dujardin-Beaumetz*, affirmer qu'elles soient spéciales à l'hystérie; c'est là, en effet, un cas jusqu'ici unique, qui pourrait, s'il se confirme, avoir une certaine importance au point de vue de la classification des symptômes de l'hystérie dans les cadres nosologiques. Si l'hystérie est considérée comme un ensemble protéiforme de troubles dynamiques originaux, ceux-ci ne seraient donc pas seuls à constituer la maladie ; ils exprimeraient un désordre sous-jacent, un état cérébral souvent héréditaire, fatalement inhérent au sujet, et qui serait la véritable caractéristique de l'allure de son esprit et des manifestations névropathiques de toute sorte qu'il présente dans son évolution et auxquelles il ne peut se soustraire. On naît hystérique, on vit et on meurt hystérique.

Revenant sur les procédés de mensuration du crâne présentés à la dernière séance par M. Luys, M. *Lagneau* rappelle qu'avec le stéréographe de Broca, on obtient aussi et rapidement des dessins très exacts. « De ses mensurations M. Luys conclut à la variabilité très grande du développement frontal, comparativement au peu de variabilité du développement occipital. Cette variabilité de la région frontale semble confirmer les recherches statistiques de Parchappe, Lalut, Broca, de MM. Lacassagne et Cliquet, qui ont été amenés à reconnaître qu'en général, sauf quelques exceptions, l'intelligence est en rapport, non seulement avec le développement général du crâne, mais surtout avec le développement de sa région antérieure. Quant aux mensurations céphalométriques que M. Luys demande qu'on prenne chaque année sur les écoliers, bien qu'elles soient plus difficiles à faire que les recherches faites en Allemagne et en Belgique

sur la taille, la coloration des yeux et des cheveux de très nombreux écoliers, elles auraient l'avantage de renseigner sur la marche lente ou rapide, normale ou anomale du développement considéré suivant l'âge, le type ethnique, l'état de santé, le degré d'instruction, etc. M. Lagneau constate que M. Luys, médecin aliéniste, de même que MM. Dujardin-Beaumetz et Rochard, s'élève contre le surmenage intellectuel trop souvent suivi « d'hébétude et de démence prématurée ».

Il n'y a pas de comparaison possible à établir, fait observer M. *Luys*, entre les appareils employés jusqu'ici pour mesurer le crâne et ceux qu'il vient de proposer, car seuls ils permettent d'obtenir la figuration exacte des diamètres céphaliques; leurs résultats ont d'ailleurs été vérifiés par des mensurations comparatives sur des têtes de bois, présentant des saillies et des rugosités artificielles. On peut ainsi nettement reconnaître que le développement de la partie antérieure du crâne est sujet à de plus grandes variabilités que celui de la partie postérieure.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886.

(Suite. — Voyez les numéros 39 et 40.)

Section de pathologie générale et d'anatomie pathologique.

En fait de communications particulièrement intéressantes nous signalerons :

Celle de M. *Chiari* (de Prague) sur l'*orchite varioleuse*, qui, au dire de ce médecin, serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Anatomiquement elle est constituée par une infiltration imflammatoire avec foyers de nécrose. Plus longtemps la variole a duré, plus est nette la délimitation des foyers imflammatoires, et il arrive un moment où leur présence peut être constatée à la palpation des testicules. L'adolescence constitue une prédisposition au développement de cette orchite.

Incidemment M. P. Guttmann a fait savoir qu'il avait découvert dans le contenu des pustules d'un garçon de huit ans, affecté de la variole, des coccus de deux espèces différentes, le *staphylococcus pyogenes aureus* et un coccus indifférent. Quant à l'orchite varioleuse,il n'en a pas rencontré un seul exemple sur 135 cas de variole traités dans son service lors de la dernière épidémie.

— M. *Schron* (de Naples) a résumé dans les points suivants les résultats de ses recherches sur l'*évolution du bacille de la tuberculose :* 1° le bacille, à l'état jeune, se présente sous la forme d'une chaîne de torulla ; 2° plus tard les grains qui constituent cette chaîne vont en s'écartant, mais restent reliés entre eux ; 3° la substance intercellulaire du bacille est un produit de sécrétion de ces grains, qui se forme par apposition ; 4° et 5° lors de la métamorphose régressive du bacille, les grains viennent en liberté et constituent des spores mères, avec capsule et contenu ; 6° leur contenu granuleux se transforme en spores de seconde génération ; 7° celles-ci déterminent la rupture de la capsule d'enveloppe, les unes restant isolées, les autres s'articulant en chaînettes (bacilles jeunes).

— M. *Emmerich* (de Munich) a exposé ses recherches sur *le sort des micro-organismes inoculés à un animal qui est déjà porteur d'une autre infection expérimentale.* En injectant des cultures charbonneuses dans les vaisseaux de cobayes auxquels on avait préalablement injecté des cultures du coccus de l'érysipèle, il est arrivé qu'aucun des animaux en expérience n'a contracté le charbon, tandis que tous les sujets de contrôle ont péri de cette maladie. Sur 9 cobayes qui avaient subi la double inoculation, 2 ont succombé à l'érysipèle. Sur 10 autres cobayes, chez lesquels on a interverti l'ordre des inoculations (charbon d'abord, érysipèle ensuite), 4 ont succombé ; les 6 autres ont guéri ; les cultures érysipélateuses ont été injectées directement dans les vaisseaux. En les injectant sous la peau, les résultats ont été moins bons.

M. Emmerich espère que ces résultats ouvriront une voie nouvelle qui conduira à la possibilité de guérir les maladies infectieuses.

— M. *Ribbert* a exposé, d'après ses recherches, le mode de *destruction, dans les tissus, des moisissures pathogènes inoculées à des animaux,* destruction opérée en majeure partie par les globules blancs et aussi, dans les poumons, par les cellules géantes.

— M. *Ponfick* a réfuté la théorie de l'*ictère hématogène,* en invoquant des observations d'ictère survenu à la suite d'altérations graves du sang, entre autres à la suite de la transfusion du sang d'une autre espèce.

— M. *Feilchenfeld* (de Berlin) a fait connaître les résultats de ses recherches expérimentales sur les *injections sous-cutanées d'eau salée.* Il en conclut à la possibilité de pouvoir relever la pression intra-vasculaire, abaissée à la suite d'une hémorrhagie, à son niveau physiologique et de l'y maintenir pendant un espace de temps assez long, en injectant une quantité convenable d'eau salée sous la peau.

Nous signalerons encore :

— Une communication de M. *Löwit* (de Prague) sur la *constitution du thrombus blanc, chez les animaux à sang chaud et à sang froid.*

— Une autre, du professeur *Virchow,* sur une *hyperostose généralisée du squelette* avec production de kystes.

— Les démonstrations de M. Israel, sur un mode de photographie des micro-organismes dans leurs milieux naturels ; — sur un appareil de chauffage pour préparations microscopiques ; — sur la coloration double à l'ocréine.

— M. *Paltauf* a présenté des *préparations du bacille du rhinosclérome ;* M. *Weigert,* des *préparations histologiques de thrombus;* M. *Graner*, des *préparations provenant d'un cas de néphrite glomérulaire.*

Section de gynécologie.

La première séance a été absorbée par des présentations de préparations anatomiques; voici l'indication des principales :

M. *Kehrer* a présenté un *placenta gémellaire avec chorion et amnios uniques;* les deux cordons étaient entrelacés, et pourvus de nœuds multiples. Les points d'insertion étaient distants de 3 centimètres.

Les deux enfants pesaient 1800 et 1900 grammes ; tous les deux sont venus au monde vivants ; le second en état de légère asphyxie.

Tous deux se sont présentés par la tête, l'un avec procidence du bras. Légère hydramnios.

— M. *Neugebauer* a présenté une préparation rare de *fœtus amorphe;* puis, la préparation relative à la déformation vertébrale qu'il a décrite dans un des derniers fascicules des archives allemandes de gynécologie ; enfin, une colonne vertébrale avec pseudarthrose articulaire congénitale et bilatérale, allant de la troisième à la cinquième vertèbre lombaire.

— M. *Hofmeier* a présenté des préparations de trompes et d'ovaires provenant de trois cas d'hydropisie des trompes, de trois autres cas de pyo-salpingite, d'un cas de grossesse tubaire

parvenue au second mois, et d'un cas de grossesse tubo-ovarienne avec fœtus à terme; enfin quatre utérus provenant de femmes éclamptiques ayant succombé dans les trente-six heures qui ont suivi l'accouchement et sur lesquels la distribution des vaisseaux a été bien mise en évidence par des injections.

— M. *Czempin* a présenté deux autres pièces anatomiques relatives à des cas de *grossesse utérine*. Dans le premier cas on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire avec grossesse, et on avait pratiqué la laparotomie. Le kyste fut extirpé; il s'agissait vraisemblablement d'une grossesse tubaire parvenue au quatrième mois. Le second cas se rapporte à un lithopœdium, libre dans la cavité abdominale où il séjournait depuis douze ans et qui provenait, selon toute vraisemblance, d'une grossesse tubaire, avec rupture du sac au quatrième mois.

Présentation, par le même, d'un kysto-sarcome de l'ovaire droit, enlevé il y a quatre mois chez une nullipare de trente-sept ans; jusqu'ici pas de récidive.

— M. *Orthmann* a présenté huit *préparations de trompes envahies par des lésions diverses* (salpingites catarrhales, quatre cas, pyo-salpingites, quatre cas), et extirpées dans ces derniers temps à la clinique obstétricale du professeur A. Martin.

— M. *Veit* a présenté un *myôme de l'utérus*, qu'en raison de sa forme on était exposé à confondre avec un rein; la mollesse du pédicule contribuait à rendre l'erreur de diagnostic plus facile.

Présentation, par le même, d'un *papillome de la vessie*, du volume d'une pomme, dont la présence avait été diagnostiquée après dilatation préalable de l'urèthre, chez une femme de soixante-quatre ans; à cause de la grande étroitesse du vagin, il a fallu procéder à la taille hypogastrique pour extirper la tumeur.

— M. *Winter* a présenté *deux utérus* provenant tous deux de femmes sur lesquelles on avait pratiqué *post mortem* l'*opération césarienne;* puis quatre *placentas qui s'étaient détachés avant la fin de la grossesse*, chez des femmes affectées de néphrite et qui avaient été prises d'hémorrhagies.

— Parmi les communications qui ont été faites dans le cours des séances suivantes, nous signalerons celle de M. *Schatz*, sur la *physiologie et le traitement physiologique des suites de couches*.

— Une communication de M. *Rydygier* sur le *traitement opératoire des fistules vésico-vaginales*.

— Une communication de M. *Fraenkel* sur les *résultats du traitement mécanique des formes les plus fréquentes de la déviation de l'utérus*. Cette communication renferme des données statistiques très intéressantes et a fait l'objet d'une longue discussion.

— M. *Kehrer* a parlé sur l'*inversion utérine* et son traitement.

— M. *Franck*, sur la *transplantation de lambeaux, lors des opérations nécessitées par les rétrécissements du col*.

— M. *Bokelmann*, sur l'*antisepsie en obstétrique*. L'auteur a exposé la manière dont l'antisepsie est pratiquée à la clinique obstétricale de Berlin; on n'y accorde qu'une importance secondaire à la désinfection des parties génitales de la parturiente, mais une importance capitale à la désinfection des mains de l'accoucheur. Cette désinfection est opérée avec une solution de sublimé au millième, la désinfection des instruments avec une solution d'acide phénique à 3 ou 5 pour 100. Au début du travail, irrigation vaginale avec une solution de sublimé à 1 pour 5000. Cette irrigation n'est répétée à la fin du travail qu'en cas d'indications pressantes.

— M. *Gusserow* a fait une communication sur l'*extirpation des trompes dans les cas de pyo-salpingite*; l'indication de cette opération doit être déduite de l'intensité des accidents périmétritiques concomitants, auxquels l'intervention opératoire ne remédie pas toujours. Il importe d'enlever du même coup les ovaires. L'auteur a pratiqué l'opération quatorze fois; toutes les femmes ont guéri.

— M. *Martin* a fait une autre communication sur les *affections des trompes*. Une statistique comprenant 287 cas le conduit à conclure que l'inflammation des trompes est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose, mais que dans plus de la moitié des cas elle est consécutive à une affection de la muqueuse utérine. Les autres causes sont la puerpéralité, les affections gonorrhéiques et la tuberculose. Comme trace de ces différentes infections, on trouve les micro-organismes caractéristiques. L'extirpation des trompes n'est justifiée qu'après échec du traitement antiphlogistique.

— M. *Meinert* a fait une autre communication sur l'*extirpation des kystes tubaires et tubo-ovariens*. Il a ébauché l'histoire clinique de ce genre d'affection, et fait connaître sa statistique, qui comprend 15 cas de salpingotomie, dont un seul terminé par la mort.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Inoculation de la tuberculose chez un enfant, par M. A. Eisenberg. — On sait que, dans les basses classes juives, la circoncision est suivie de la succion de la plaie par l'opérateur ou par une autre personne, sous le prétexte d'empêcher l'hémorrhagie. La syphilis a été inoculée au petit opéré dans une foule de cas; l'observation d'Eisenberg prouve qu'il peut en être de même de la tuberculose. Dans ce cas, l'enfant était de parents sains.

Le parasite prolifère au niveau de la plaie, puis gagne les ganglions lymphatiques, et de là se répand dans tout l'organisme, où il détermine des lésions qui tôt ou tard déterminent la mort de l'enfant. C'est ce qui arriva dans ce cas : les ganglions inguinaux se tuméfièrent et s'abcédèrent; l'auteur trouva les bacilles caractéristiques dans le tissu des ganglions; il ne put faire l'autopsie de l'enfant. Lindmann, en 1873, a observé deux faits analogues; Lehmann, en 1879, en a publié dix. Dans tous la succion avait été opérée par un opérateur phthisique. Dans tous on observait, au bout de trois semaines, une inflammation des ganglions de l'aine; puis c'étaient des tumeurs scrofuleuses qui se développaient sur les membres inférieurs, ou il se formait de vastes abcès intermusculaires; d'autres fois, les enfants mouraient de méningite tuberculeuse; chez l'un, un ulcère phagédénique détruisit le gland. Trois de ces enfants vivent encore, mais présentent un aspect scrofuleux des plus caractéristiques. Cependant, comme aucun examen microscopique ne fut fait dans ces cas, et que, du reste, le bacille de la tuberculose n'était pas encore connu à cette époque, on n'est pas en droit d'en rien conclure de positif. En revanche, le cas de M. Eisenberg démontre bien nettement l'inoculation de la tuberculose chez l'homme. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 35.)

Cas d'empoisonnement par le « pain-expeller », par M. Meschede. — Le « pain-expeller » est une de ces nombreuses spécialités qui, loin d'être des panacées, peuvent à un moment donné devenir des poisons pour les malades crédules. C'est le cas d'une femme qui, sur le conseil d'un marchand ambulant, fit usage de sel de Carlsbad et de gouttes de « pain-expeller ». Elle fut amenée à l'hôpital avec tous les symptômes d'un empoisonnement par l'ammoniaque, gastralgie violente, crachements de sang, etc., et tous les phénomènes nerveux que provoque ce corps une fois arrivé dans la circulation. La guérison ne fut obtenue qu'au bout de quarante-trois jours. L'analyse chimique du « pain-expeller » a fait reconnaître que ce liquide est un mélange de 25 parties de teinture de capsicum, de 20 parties d'alcool étendu et de 20 par-

ties d'ammoniaque. On conçoit qu'au bout de quinze jours d'un usage persistant de ce mélange corrosif les phénomènes locaux et généraux puissent se manifester avec énergie et constituer un véritable empoisonnement. Cela n'empêche pas cette spécialité tudesque de voyager dans toute l'Europe et d'être particulièrement en honneur en Amérique. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 35.)

Étiologie de la dysenterie en Égypte, par M. KARTULIS. — Pour l'auteur, la dysenterie est due à un amibe qu'il décrit et qu'il représente; dans tous les cas de dysenterie bien authentique, ce parasite a été trouvé dans les selles; jamais on ne l'a vu chez d'autres malades ou chez des individus bien portants. Les amibes se trouvent en masse dans les ulcérations de l'intestin. Pour la description détaillée du parasite et des lésions, nous renvoyons au mémoire original. Si, comme le dit l'auteur, cet amibe est réellement la cause de la dysenterie intertropicale, il n'en est pas moins vrai que l'on ne sait rien encore sur la manière dont ce parasite pénètre dans l'organisme et se développe dans le gros intestin. (*Virchow's Archiv*, 1886, Bd CV, H. 3.)

Du tabes combiné (ataxo-spasmodique) ou sclérose postéro-latérale de la moelle, par M. GRASSET. — M. Grasset, se fondant sur l'analyse de trois observations personnelles et sur celle de trente-trois autres, toutes avec autopsie, qu'il a résumées dans son travail, se croit autorisé à établir un nouveau type clinique distinct des autres maladies de la moelle, qu'il propose d'appeler *tabes combiné* (ataxo-spasmodique). Ce n'est pas l'étiologie, c'est la symptomatologie et la lésion anatomique qui constituent l'individualité du tabes combiné.

Symptomatiquement, il est caractérisé par l'association des symptômes du tabes ataxique (douleurs fulgurantes, anesthésies, incoordination motrice), des symptômes du tabes spasmodique (paralysies ou parésies, et surtout contractures ou autres phénomènes d'excitation motrice), et des symptômes communs à tous les tabes (troubles céphaliques et méso-céphaliques).

Anatomiquement, il est caractérisé par une myélite chronique à siège spécial et constant. Cette sclérose occupe les cordons postérieurs et les cordons latéraux. On ne peut considérer cette lésion ni comme entièrement systématisée, ni comme entièrement diffuse. Elle est systématisée dans les cordons postérieurs et diffuse dans les cordons latéraux. Cette association constitue donc une *myélite mixte*.

Comme il y a, dans beaucoup de cas, des lésions mésocéphaliques, céphaliques ou même périphériques, le nom de tabes combiné est bien préférable à celui de sclérose médullaire postéro-latérale, trop restreint. Les éléments du diagnostic sont suffisants pour distinguer cette maladie du tabes ataxique, du tabes spasmodique, des myélites diffuses et de la sclérose en plaques. Cette distinction est utile, car si le tabes combiné a des indications thérapeutiques communes avec l'ataxie locomotrice progressive, il en a aussi de spéciales. (*Archives de neurologie*, 1886, t. XI-XII.)

De l'action des substances médicamenteuses sur les mouvements de l'estomac, par M. E. SCHUETZ. — Les troubles de la motricité de l'estomac jouant un rôle important dans les maladies de cet organe, M. Schütz a cherché à déterminer expérimentalement l'influence de divers médicaments sur les mouvements de l'estomac isolé (extrait de l'animal, mais possédant encore son activité fonctionnelle). Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° *Excitants des centres automatiques*, avec exagération et irrégularité des mouvements spontanés : émétine, tartre stibié, apomorphine, puis, à un moindre degré, strychnine, caféine, vératrine, chlorure de baryum, enfin nicotine et pilocarpine à petites doses.

2° *Excitants des extrémités nerveuses*, avec contraction générale de l'estomac : muscarine.

3° *Produisant une exagération de l'excitabilité de la musculature*, de sorte qu'il s'ensuit finalement une contraction générale durable de l'estomac : physostigmine, digitaline, scillaïne, helléboréine.

4° *Paralysants des centres automatiques*; aucune substance n'abolit totalement les mouvements de l'estomac; ceux-ci se trouvent affaiblis par : chloral, uréthane, morphine, pyrophosphate de zinc et arsenic; puis par les fortes doses de nicotine et de pilocarpine.

5° *Paralysants des extrémités nerveuses :* atropine. Les vapeurs d'éther et de chloroforme n'abolissent que transitoirement l'excitabilité de tout l'appareil nerveux de l'estomac. (*Archiv f. experim. Pathologie*, Bd XXI, H. 5-6, 1886.)

De la paralysie agitante, par M. L. JACOBSOHN. — Ce petit mémoire a surtout pour but de déterminer nettement la nature de la maladie désignée sous le nom de *paralysie agitante*. Voici le résultat auquel l'auteur est arrivé : la paralysie agitante consiste en tensions musculaires spasmodiques, permanentes, c'est-à-dire en un phénomène d'excitation motrice. Comme on désigne habituellement ce dernier sous le nom de spasme, il est logique d'abandonner le terme de *paralysie agitante*, et de lui substituer celui de *spasme agitant*. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 34.)

Travaux à consulter.

DES MÉDICATIONS DE LA COQUELUCHE, par Antonio GUELMI. — La contagiosité de cette affection paraît être démontrée, pour l'auteur, après les recherches de Latzerich, de Poulet et de Henke. En s'appuyant sur un ensemble de deux cents observations, il établit que cette affection est apyrétique, que les vomissements, le catarrhe bronchique et l'emphysème pulmonaire en sont les complications fréquentes, mais que la broncho-pneumonie et les affections cérébrales s'observent plus rarement.

Les narcotiques et les antipasmodiques, bien qu'empiriques, sont des médicaments parfois utiles. Dans quatre-vingt-deux cas, il a employé un mélange de quinine, de belladone et de chloral. Enfin il a essayé avec quelques succès les badigeonnages avec la solution d'un mélange de cocaïne à 20 pour 100 et de résorcine à 2 pour 100. (*Gazette degli ospitali*, mai 1886, n° 19.)

DU TRAITEMENT ARSENICAL DE LA CHORÉE, par CHEADLE. — La règle de conduite que M. Cheadle conseille pour la médication de cette affection consiste dans l'expectation en présence de cas légers, et dans le repos, les calmants et le régime quand les cas sont rebelles.

Si la maladie se prolonge, il fait appel à l'arsenic, dont les vertus ont été recommandées depuis longtemps. Sur 167 cas de chorée, la durée moyenne de la médication arsenicale fut d'environ trente jours, de sorte que cette intervention thérapeutique a pour effet d'abréger la maladie, d'en limiter la durée à vingt-six jours environ, tandis qu'avec les autres spécifiques cette durée n'était réduite qu'à trente-six jours en moyenne.

L'inconvénient principal du traitement arsenical est la provocation de troubles gastriques, que M. Cheadle combat en suspendant l'administration du médicament et en administrant le calomel à doses purgatives. A la suite de ce traitement on observe encore une coloration bronzée des téguments, qui résulte de l'hypérémie ou d'un exanthème fugitif et diffère de l'imprégnation de la couche de Malpighi par le métalloïde.

M. Cheadle a cherché la raison des bons effets ainsi obtenus. En premier lieu, il attribue à l'arsenic une action favorable à la régénération des globules blancs et des hématies; par conséquent il agirait comme médicament de l'anémie. En second lieu, il adopte l'opinion exposée naguère par Trousseau, c'est-à-dire l'idée d'après laquelle cette substance aurait le pouvoir d'atténuer l'excitabilité des centres nerveux, de diminuer la motricité et par conséquent de jouer le rôle d'un sédatif du système musculaire. (*The Practitionner*, 1886.)

Un nouveau réactif de la glycose, par C. Agostini. — Ce procédé consiste dans l'emploi de deux liqueurs titrées ; la première est une solution à 1 pour 1000 de chlorure d'or ; la seconde, une solution de potasse hydratée à 1 pour 20. Quand on ajoute cinq gouttes de la solution aurique et deux gouttes de la liqueur potassique à cinq gouttes du liquide à examiner et qu'on fait chauffer, on obtient une coloration violette au moment du refroidissement. Cette coloration violette possède une intensité en rapport direct avec la richesse du liquide en matière sucrée, et la sensibilité de la réaction permet de déceler un cent-millième de glucose.

En opérant sur l'urine, on obtient une coloration rouge vineux et la sensibilité de la réaction est moindre, elle fait reconnaître seulement un millième de glucose.

Les autres produits de la sécrétion urinaire ne provoquent pas cette réaction, de sorte que d'après M. Agostini elle aurait une valeur absolue dans l'essai qualitatif des urines chargées de sucre. Néanmoins, avant de pratiquer cet essai, il est nécessaire de coaguler l'albumine par la chaleur et de la séparer préalablement du liquide à examiner par la filtration. (*Annali di chim. e di farmacologia*, avril 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

De la suggestion et de ses applications thérapeutiques, par M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec figures dans le texte. — Paris, O. Doin, 1886.

Cet ouvrage, qui emprunte un intérêt de premier ordre moins à son caractère d'actualité qu'à la compétence toute spéciale de son auteur, se divise en deux parties : la première consacrée à l'étude de l'hypnotisme sous toutes ses faces, la seconde à ses applications thérapeutiques.

Nous ne nous arrêterons pas à l'exposé de la méthode que le savant professeur de Nancy emploie pour produire l'hypnotisme ni à la description, trop riche de faits pour se prêter à l'analyse, des manifestations si diverses qu'on peut provoquer chez les sujets hypnotisés. Signalons cependant quelques pages fort instructives sur la suggestion à l'état de veille que notre maître a été le premier à étudier.

Nous arrivons ainsi aux chapitres où M. Bernheim répond aux critiques dont ses premiers travaux ont été l'objet, et où il montre en quoi et pourquoi les résultats qu'après M. Liébault il a obtenus diffèrent de ceux qu'a observés l'École de la Salpêtrière.

Le désacord est absolu, on ne saurait le nier. Pour M. le professeur Charcot, on le sait, l'hypnotisme est une véritable névrose, caractérisée par trois états ou périodes bien distincts et faciles à différencier, pendant lesquels le malade est absolument inconscient : ce qui exclut la possibilité d'une suggestion quelconque. M. Bernheim conteste toutes ces assertions. D'une part il affirme que l'hypnotisme, conçu à la façon de la Salpêtrière, est un processus d'une extrême rareté, tandis que les phénomènes qu'il a étudiés peuvent être provoqués chez un très grand nombre de sujets, dont beaucoup n'ont aucune tare névropathique. D'une part il essaye d'établir par une critique très serrée des faits avancés par ses contradicteurs et aussi par des expériences nouvelles que cette prétendue inconscience n'est qu'apparente. Aussi persiste-t-il dans ses conclusions. « Tout dans l'état hypnotique est dans la suggestion, c'est-à-dire dans l'influence provoquée par une idée suggérée et acceptée par le cerveau. » Se prononcer d'ores et déjà sur les points en litige serait peut-être téméraire ; on peut du moins affirmer que l'argumentation de M. Bernheim doit être prise en très sérieuse considération. Si les faits qu'il avance viennent à être confirmés par d'autres observateurs, ils auront une tout autre portée au point de vue biologique que les recherches de la Salpêtrière ; car les phénomènes suggestifs trouvent leurs similaires dans maints actes de la vie normale ou pathologique, comme M. Bernheim le démontre.

Quant au mécanisme de la suggestion hypnotique, il pourrait, d'après M. Bernheim, se résumer dans la formule suivante, quelque peu vague du reste, comme toutes celles qui ont trait aux processus psychiques : « accroissement de l'excitabilité idéo-réflexe, de telle sorte que toute idée reçue se transforme immédiatement en acte, sans que l'organe psychique de perfectionnement, l'étage supérieur du cerveau puisse empêcher cette transformation. »

Si par l'hypnotisme, c'est-à-dire par le sommeil suggéré, le cerveau, comme dans le sommeil naturel, spontané, devient plus accessible à toutes les suggestions, l'utilisation des pratiques hypnotiques en thérapeutique se comprend aisément. Car le médecin n'a qu'à exploiter, pour guérir ou au moins pour soulager, la suggestibilité ainsi artificiellement exaltée. C'est sur cette donnée que repose la méthode de psycho-thérapeutique hypnotique, imaginée par M. Liébault, et qui trouve en M. Bernheim un apôtre convaincu. En dehors des succès bien connus de la médecine d'imagination, en dehors aussi des faits empruntés à divers médecins, parmi lesquels plusieurs neuropathologistes éminents, il nous apporte les résultats de sa pratique personnelle : il n'y a pas moins de soixante et onze observations de maladies très dissemblables où la méthode hypnotique s'est montrée plus ou moins efficace.

Ce n'est pas seulement dans l'hystérie, dans les névroses, dans les affections purement fonctionnelles du système nerveux qu'elle a donné, entre les mains de M. Bernheim, de bons résultats ; c'est encore dans les lésions organiques du myélencéphale, dans des rhumatismes chroniques, qu'elle compte des succès plus ou moins complets. Non qu'elle puisse rétablir une fonction dont l'organe est profondément lésé. Mais elle stimule les parties encore indemnes, virtuellement affectées par une lésion de voisinage ; elle influence puissamment les centres nerveux qui commandent toutes les fonctions, tous les organes. La restauration fonctionnelle amène souvent la restauration organique quand celle-ci est possible.

Telles sont les considérations que développe M. Bernheim en quelques pages très remarquables qui donneront fort à penser à ceux mêmes que les faits annoncés par lui laisseraient à première vue incrédules. Pour nous, qui connaissons plusieurs des malades chez qui M. Bernheim a obtenu des succès absolument inattendus, et réellement surprenants, nous croyons fermement que la thérapeutique suggestive n'est pas une vaine illusion, et, sans préjuger de son avenir, nous demandons aux médecins qui savent s'affranchir des idées préconçues et des préjugés d'école de s'engager dans cette voie, en prenant pour guide l'ouvrage dont nous n'avons pu donner ici qu'une trop succincte et bien imparfaite analyse.

L. Dreyfus-Brisac.

Pneumectomia sinistra per ferita d'arma da fuoco con emorragia, par Vincenzo Omboni. Milano, frat. Rechiedei, 1885, in-8°.

Ce petit mémoire concerne une opération très hardie exécutée par Omboni, l'habile chirurgien de Crémone. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans dont le poumon gauche fut perforé par une balle de revolver ; Omboni qui, dans des experiences antérieures, avait impunément extrait l'un des poumons sur des chiens qui avaient continué à vivre, eut l'idée de faire la résection du poumon chez le blessé, tant pour éviter les suites de la nécrose de cet organe que pour évacuer l'épanchement hémorrhagique intrathoracique, qui comprimait le poumon. L'opération réussit momentanément ; le malade vécut encore six jours. Ainsi se trouve signalée la possibilité de faire la résection du poumon dans des cas d'hémorrhagie spontanée, de tumeurs, etc.

L'ORGANO DELL' UDITO NELLA LEUCEMIA, par G. Gradenigo. Extr. de la *Rivista veneta di scienze mediche*. Padova, 1886, in-8°.

Voici les conclusions qui terminent ce travail : 1° Dans le cours de la leucémie des épanchements ordinairement hémorrhagiques se produisent dans l'oreille moyenne et l'oreille interne. 2° Ces épanchements peuvent se produire indépendamment d'une diathèse hémorrhagique spéciale. 3° La cause prédisposante essentielle consiste dans le processus inflammatoire local qui précède ou qui accompagne la maladie. 4° La physiologie pathologique des complications leucémiques de l'oreille est toute différente de celle des complications oculaires.

TRE GOZZI RETROSTERNALI GUARITI COLLA TOTALE ESTIRPAZIONE, par VINCENZO OMBONI. Cremona, Rouzi, etc., 1885, in-8°.

Contribution intéressante à l'étude de la thyroïdectomie, il s'agissait ici de trois goitres rétro-sternaux; dans les trois cas, le corps thyroïde tout entier a été extirpé et l'opération suivie d'un plein succès.

DEL METODO CURATIVO DELLA IDROFOBIA SECONDO LE ESPERIENZE DEL PASTEUR, par M. DIOMEDE CARITO. Napoli, 1886, in-8°. Conférence lue à l'Association médicale italienne le 27 juin dernier.

L'auteur y expose longuement le procédé d'inoculation employé par Pasteur pour prévenir la rage et fait appel à ses concitoyens pour qu'ils imitent l'exemple de l'Amérique, de l'Angleterre et de la Russie, qui ont décrété la création de laboratoires sur le modèle de celui de Pasteur.

ESTUDIOS SOBRE EL COLERA ASIATICO, ETC., par Carlos GOMEZ, doctor en medicina de la universidad de Caracas; Trinidad, 1886, in-4°.

Mémoire dans lequel l'auteur étudie l'étiologie, la nature, le caractère épidémique et le traitement du choléra; il y exprime quelques vues originales; il préconise contre le choléra, entre autres, la glycose; celle-ci, d'après lui, fournit au sang une réserve de combustible qui empêche l'algidité de se produire et prévient la cyanose.

VARIÉTÉS

CONGRÈS DE CHIRURGIE (2e session, du 18 au 24 octobre 1886). — Les séances auront lieu à l'Ecole de médecine, dans le grand amphithéâtre.

Lundi, 18 octobre. — A deux heures : séance d'inauguration.— Discours du président. — Compte rendu financier du secrétaire général. — Communications : Professeur Jacques Reverdin (de Genève) : Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde. — Docteur Thiriar (de Bruxelles) : Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale. — Professeur Guyon (de Paris) : Des indications et contre-indications de la lithotritie.

Mardi, 19 octobre. — A neuf heures et demie du matin : Nature, pathogénie et traitement du tétanos. — A trois heures : Questions diverses.

Mercredi, 20 octobre. — A neuf heures et demie du matin : De la néphrotomie et de la néphrectomie. — A trois heures : Questions diverse.

Jeudi, 21 octobre. — *Pas de séance*. Visites et démonstrations dans les hôpitaux.

Vendredi, 22 octobre. — A neuf heures et demie du matin : Des résections orthopédiques. — A trois heures : Questions diverses.

Samedi, 23 octobre. — A neuf heures et demie du matin : De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — A trois heures : Séance de clôture. Nomination du Bureau pour la prochaine session. Questions diverses.

L'ordre du jour des séances de chaque jour sera publié la veille. — S'adresser pour toutes les rectifications et tous les renseignements à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part au Banquet qui aura lieu à l'hôtel Continental, le jeudi 21 octobre, à sept heures et demie, sont priés de se faire inscrire, dès le 18, auprès du secrétaire général.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain 11 octobre 1886, à midi, pour la nomination aux places vacantes en 1887 d'internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, se composera de MM. les docteurs Berger, Duguet, Gallard, A. Gombault, Kirmisson, A. Marchand et Polaillon.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 14 octobre 1886, à quatre heures du soir, pour la nomination aux places vacantes en 1887 d'externes des hôpitaux et hospices civils de Paris, vient d'être tiré au sort. Les membres désignés sont MM. les docteurs Ballet, Bazy, Chantemesse, Gaucher, Hirtz (Edgard), Marchant et Richelot.

MÉDECINE NAVALE. — Le ministre de la marine se préoccupe d'alléger les frais d'étude des étudiants en médecine et en pharmacie qui se destinent à la carrière navale, et qui n'ont pas subi avec succès l'examen pour l'obtention d'une bourse. Il prépare un projet de décret qui permettra à ces jeunes gens de continuer à suivre les cours de l'Ecole de médecine et d'y faire leur service au moyen d'un engagement contracté dans l'infanterie de marine, par analogie avec la mesure prise en faveur des jeunes gens de vingt et un ans qui ont échoué à l'examen de Saint-Cyr.

CHOLÉRA. — Le choléra sévit encore en Italie, en particulier dans la province de Coni, où la moyenne des décès est de 6 par jour. En Autriche, on compte 40 décès environ par semaine à Trieste, et la maladie continue à s'étendre le long des côtes de l'Adriatique. Dans la Hongrie, la ville de Buda-Pesth est la plus éprouvée; du 12 au 25 septembre, on y a enregistré 385 cas de choléra, parmi lesquels 137 décès; un certain nombre de petits villages avoisinants ont eu également quelques cas de choléra.

La France a organisé avec beaucoup de soin un service de surveillance sanitaire dans le département des Alpes-Maritimes. A Avricourt, on prend aussi des précautions contre les provenances de l'Autriche-Hongrie; des renseignements particuliers nous informent que les trains venant de Vienne, et en particulier l'Express-Orient, y sont l'objet d'une surveillance toute spéciale.

CARDAGE DES MATELAS. — A la séance du 17 octobre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Rochard a donné lecture d'un rapport concernant les industries diverses (cardeurs de matelas, batteurs de tapis, tondeurs de chiens) exercées sur les berges de la Seine, et qui avaient été signalées par MM. les ingénieurs de la navigation. Il n'a pas pensé qu'il y eût lieu d'interdire l'exercice de ces professions; il est suffisant d'exiger des cardeurs de matelas, des batteurs de tapis, etc., de nettoyer, après leur besogne finie, la place qu'ils ont occupée. Le Conseil a approuvé ces conclusions, peut-être bien optimistes.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Horand (de Lyon); Gendron (Frédéric), ancien interne des hôpitaux de Paris, à Alger; Eparvier (Jean) (de Givors).

MORTALITÉ A PARIS (39e semaine, du 26 septembre au 2 octobre 1886.— Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 28.— Variole, 2. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 33. — Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 26. — Broncho-pneumonie, 14.— Pneumonie, 27. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 66; inconnu, 13. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 55; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 64; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 16. — Total : 903.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7047. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 42 — 15 OCTOBRE 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Traitement orthoptique du strabisme. — Dilatation permanente de l'utérus. — Inspectorat des eaux minérales.

Les débuts de M. Javal à la tribune de l'Académie ont été très remarqués de ses collègues, et c'est au bruit de leurs applaudissements répétés que le savant ophthalmologiste a achevé sa communication sur les indications et les contre-indications de l'intervention opératoire et des procédés optiques dans le traitement du strabisme. Ainsi qu'il a pris soin de le déclarer lui-même, la doctrine qu'il professe à ce sujet n'est pas nouvelle, et l'on peut la voir en grande partie exposée dans sa thèse inaugurale en 1868, dans une série de mémoires publiés dès 1871 dans les *Annales d'oculistique*, et surtout dans l'excellent article STRABISME de M. Landolt, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. L'application raisonnée du principe du stéréoscope, modifié si heureusement suivant les cas par M. Javal par le traitement orthoptique de cette affection, a toujours paru répondre mieux que tout autre à la nécessité de cette gymnastique des muscles de l'œil, qui ne peut avoir d'action efficace qu'autant qu'elle parvient à réfréner, en quelque sorte, la déviation de l'organe. Les exemples cités par M. Javal, et surtout les distinctions si nettes qu'il a su établir entre les divers modes de strabisme, montrent que cette méthode, poursuivie avec une patience suffisante, donne dans la presque unanimité des cas des résultats plus certains, plus durables tout au moins que la ténotomie ; celle-ci est, en tout cas, plus difficile à régler, et ses effets, en cas d'insuccès, peuvent avoir une gravité réelle. L'exposé que l'Académie a pris un plaisir si marqué à entendre témoigne également de l'aide puissante apportée dans ces difficiles questions par la science précise mise au service de connaissances pathologiques approfondies et d'un ferme bon sens.

— Auparavant, l'Académie avait entendu un substantiel rapport de M. Charpentier sur un procédé de dilatation permanente de l'utérus à l'aide de tampons antiseptiques, proposé par M. Vulliet (de Genève), et qui a déjà donné de bons résultats entre les mains d'un certain nombre de chirurgiens et de gynécologues français. M. le président ayant laissé entendre que les considérations développées par M. Charpentier dans son rapport étaient sujettes à discussion, nous attendons celle-ci pour examiner plus en détail la question.

— L'Académie n'a pas paru recevoir avec beaucoup d'enthousiasme la proposition que M. le ministre du commerce et de l'industrie vient de lui faire de délibérer sur « le point de savoir s'il convient de maintenir l'inspectorat des eaux minérales et, dans l'affirmative, quelles réformes il y aurait lieu d'apporter dans le recrutement du personnel de l'inspection et dans le fonctionnement du service ». C'est qu'en effet cette proposition a pour but de reprendre devant la Compagnie un débat qu'elle a cru épuiser il y a déjà longtemps ; les nouveaux développements imposés à sa délibération ne laissent pas que d'offrir certaines difficultés. M. le ministre lui rappelle, en effet, dans la première phrase de sa lettre, que « la question de l'inspectorat des eaux minérales soulève depuis plusieurs années des réclamations qui ont pris dans ces derniers temps une certaine intensité; ces réclamations émanent, pour la plupart, des médecins consultants établis dans les stations thermales les plus fréquentées, qui invoquent, à l'appui de leur demande de suppression de l'inspectorat, les intérêts moraux et professionnels du corps médical ». Assurément l'Académie, « organe autorisé et libre du corps médical », ainsi que l'ajoute la lettre ministérielle, a qualité pour examiner les avantages ou les inconvénients qu'a présentés et que peut encore présenter l'institution de l'inspectorat des eaux minérales au point de vue moral et au point de vue professionnel ; elle peut à la rigueur faire la balance entre les considérations d'ordre général ou d'ordre personnel qui pourraient intervenir dans les réclamations des médecins consultants. Mais il lui est moins facile d'indiquer au gouvernement, comme il le lui demande, quelles mesures il conviendrait de prendre, soit que l'inspectorat soit maintenu, soit qu'il soit supprimé ; elle manque en partie des éléments d'appréciation nécessaires, elle aurait peine à prendre une part quelconque de responsabilité dans les mesures que le gouvernement, seul juge suffisamment

autorisé, croirait nécessaires à la fois dans l'intérêt des médecins et dans l'intérêt encore bien plus considérable des localités et du public, riche ou indigent, qui fréquente les stations thermales. Quoi qu'il en soit, la Commission des eaux minérales aura à délibérer sur ces divers points pour en faire l'objet d'une réponse que l'Académie sera appelée à discuter et à propos de laquelle il nous faudra bien revenir sur cette partie de la législation de nos eaux minérales.

La Commission en tout cas ne pourra s'empêcher de penser à l'avortement successif des nombreux projets qu'on n'a cessé de faire en cette matière depuis de longues années. Débattue à maintes reprises dans la presse et dans les Congrès médicaux, la question de l'inspectorat des eaux minérales a été portée en 1872 devant l'Assemblée nationale par M. Parent; le 12 février 1883 fut promulguée une loi supprimant toute rétribution pour les médecins inspecteurs, à la suite de circonstances que l'on n'a pas oubliées; enfin, à la date du 13 mai 1885, une Commission extraparlementaire adopta, à une voix de majorité et en l'absence de quelques-uns de ses membres, un rapport de M. Rochard, concluant à la suppression de l'inspectorat des eaux minérales, tel qu'il existe actuellement, et à son remplacement par la création de quatre inspecteurs régionaux, dont le rapport a énuméré avec un soin minutieux les attributions, les conditions d'aptitude et les appointements. De plus, d'après ce rapport, les préfets devraient nommer, dans toutes les stations, un ou plusieurs médecins chargés de donner des soins aux indigents et à toutes les personnes admises à jouir de la gratuité des eaux; ces médecins seraient choisis de préférence parmi les médecins résidant toute l'année dans la localité. Il nous faut aujourd'hui nous borner à ces renseignements.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'hospitalisation des malades atteints d'affections transmissibles.

Le problème de l'hospitalisation offre par lui-même des difficultés nombreuses et de divers ordres qu'on a depuis longtemps signalées; mais ces difficultés s'accroissent encore lorsqu'il s'agit de malades atteints d'affections transmissibles. Dans ce cas, en effet, l'habitation hospitalière doit présenter des particularités qui peuvent varier avec la nature de l'affection qu'elle abrite, le malade doit être entouré de précautions toutes spéciales, le personnel doit être soumis à des règles plus rigoureuses, souvent bien difficiles à faire exécuter. Toutes ces conditions diverses se présentent de nouveau en ce moment à l'attention des administrateurs et des médecins, en raison des projets que le Conseil municipal de la Ville de Paris va examiner dans sa prochaine session, et des décisions qui doivent intervenir au sujet de la création de services hospitaliers pour les maladies infectieuses.

I. Il y a plus de deux ans déjà que M. Vaillant déposa, avec l'appui d'un grand nombre de ses collègues, une proposition tendant à inviter l'administration de l'Assistance publique « à prendre dès maintenant les mesures nécessaires et suffisantes pour que, dans un avenir prochain, les maladies infectieuses jusqu'ici traitées dans les hôpitaux de Paris, ne le soient plus qu'en dehors de la Ville, et qu'à cet effet des pavillons isolés, spéciaux à chaque maladie, soient installés au delà des fortifications, à une distance de toute habitation variable suivant l'étendue de la zone reconnue ou réputée dangereuse, les installations devant être d'ailleurs l'objet d'études et de places à proposer au Conseil ». M. Vaillant demandait, en outre, que « tout d'abord, et le plus tôt possible, les cas de diphthérie, jusqu'ici admis dans les hôpitaux, ne soient plus traités que hors Paris et dans des conditions, sérieusement étudiées, de préservation du voisinage ». Après une étude attentive de la question, M. Chautemps a présenté un rapport dans lequel, tout en insistant sur la nécessité de créer des services spéciaux d'isolement pour les maladies transmissibles, il ne conclut pas qu'il soit indispensable de les établir tous en dehors de Paris. Considérant qu'il est inutile, pour la fièvre typhoïde et pour le choléra, de recourir à la mesure extrême du transport des malades loin des centres habités, il estime qu'il n'y a pas lieu, du moins quant à présent, d'affecter dans chaque hôpital des salles spéciales aux typhoïdes, et que, dans l'éventualité d'une nouvelle épidémie de choléra, il conviendrait de recourir au système adopté en 1884, c'est-à-dire à l'évacuation totale ou partielle de quelques-uns des hôpitaux généraux; à l'égard des autres affections transmissibles, il demande les mesures suivantes : la construction de pavillons spéciaux pour la rougeole, la coqueluche et la scarlatine, dans les hôpitaux de Trousseau et des Enfants-Malades; de meilleures dispositions et des aménagements nouveaux dans les pavillons de diphthérie déjà existants dans ces hôpitaux; l'installation, à l'hospice des Enfants-Assistés, d'un lazaret, où les enfants nouvellement admis puissent faire une quarantaine de plusieurs jours avant d'être mêlés aux autres pensionnaires; de la création d'une seconde maison municipale de santé, spécialement destinée aux malades atteints d'affections contagieuses et pouvant payer. En ce qui concerne la variole, M. Chautemps propose de construire dans de vastes terrains, au sud et à l'est de Paris, deux hôpitaux de chacun cent cinquante lits, destinés à recevoir les malades atteints de cette affection; ces hôpitaux seraient à rez-de-chaussée élevé sur pilotis, les murs seraient en briques et bois; une zone neutre, aussi large que possible, inaccessible au personnel comme aux malades, les séparerait des habitations les plus voisines; si cette disponibilité de trois cents lits devenait insuffisante, des baraquements seraient construits à Créteil, afin d'y transporter les varioleux dès le début de leur convalescence; enfin, les services de varioleux existant actuellement comme annexes aux hôpitaux Saint-Antoine et Saint-Louis seraient supprimés, dès que les deux hôpitaux spéciaux dont nous venons de parler seraient construits. M. Chautemps ne manque pas d'ailleurs de recommander qu'il soit interdit au personnel de ces services, tout au moins dans les pavillons de diphthéritiques, de n'avoir de communications d'aucune sorte avec le reste de l'hôpital, et que ce personnel soit tenu de prendre des mesures spéciales de nettoiement. La Commission sanitaire du Conseil municipal de la Ville de Paris ainsi que la Commission de l'Assistance publique, ont déjà délibéré sur ces propositions; il est probable que la question sera portée devant le Conseil lui-même, dans la session qui va s'ouvrir dans quelques jours.

On sait que c'est surtout en Angleterre que le traitement des contagieux dans des services spéciaux est entré dans une voie pratique; chacun connaît l'organisation des *Fever Hospitals* de Londres, celle des hôpitaux installés sur la Tamise sur de vieux navires désarmés, et l'organisation des camps

de convalescents à proximité de ces hôpitaux, ainsi que l'ensemble des précautions prises pour empêcher, autant que possible, toute communication des malades et du personnel avec l'extérieur. Nous ne saurions rappeler de nouveau ici ces diverses installations, non plus que celles qui ont été faites, dans le même ordre d'idées, en Allemagne, en Danemark et dans d'autres pays, particulièrement en Russie, à Saint-Pétersbourg et à Moscou, dans les hôpitaux d'enfants créés sur les conseils de M. le docteur Rauchfuss. Un rapport de MM. Fauvel et Vallin au Congrès international d'hygiène de Paris, en 1878, les rapports de M. Vidal à la Société de médecine publique, une enquête de M. le docteur Thorne Thorne sur les hôpitaux de contagieux en Angleterre, les rapports du *Metropolitan asylums Board* de Londres, ceux de la Commission nommée en 1881, pour étudier les hôpitaux de varioleux à Londres, etc., sont remplis de documents précieux sur la question, sans compter un récent travail de MM. les docteurs Lutaud et Douglas Hogg sur les hôpitaux d'isolement en Angleterre, le remarquable ouvrage, devenu classique, de Mouat et Snell sur les hôpitaux dans le monde entier, et nombre de monographies. Le rapporteur de la Commission du Conseil municipal n'a pas manqué comme M. Vaillant, de s'inspirer de ces divers travaux et des nombreux enseignements qu'on en peut tirer. La question à résoudre à Paris présente, il est vrai, des différences considérables avec les conditions qu'elle offre à l'étranger, notamment en Angleterre; comment peut-elle être résolue avec les ressources et les habitudes de notre mode d'assistance?

II. Les hôpitaux pour malades atteints d'affections transmissibles doivent-ils être complètement éloignés des quartiers habités, reportés en dehors des fortifications, en pleine campagne, sur les bastions tout au moins, à l'exemple de l'hôpital Bichat, ou peuvent-ils être maintenus sans inconvénients au milieu des habitants? Diverses considérations interviennent à ce sujet, suivant que l'on envisage l'intérêt économique de la question ou son intérêt hygiénique. Écartons tout d'abord le premier de ces intérêts. Il va de soi que le prix du terrain étant considérablement diminué hors de l'enceinte fortifiée, l'on peut, pour un même prix donné, accorder l'hospitalisation à un bien plus grand nombre de malades si les hôpitaux y sont installés; on conçoit aussi que ceux-ci peuvent y être placés dans des conditions sanitaires bien meilleures, sur un emplacement beaucoup plus vaste.

Qu'il s'agisse d'un établissement pour contagieux ou d'un hôpital général, les conséquences sont les mêmes, et, lorsqu'on songe aux dépenses si énormes qu'il a fallu faire pour édifier des hôpitaux dans Paris, l'on ne peut s'empêcher de se rappeler le saisissant calcul fait par M. Rochard, en 1882, devant la Société de médecine publique. Avec les 70 millions de francs dépensés à Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu, on aurait pu établir 16 hôpitaux excentriques de 500 lits, 24 hôpitaux de secours à 100 lits; on aurait eu ainsi 10 400 lits au lieu de 1000, et il serait encore resté à l'Assistance publique une somme de plus de 16 000 000 de francs pour établir son système de transport et pour le matériel nécessaire. Nous ajouterons qu'une proposition a été faite, il y a plusieurs années, au Conseil municipal par une Société privée,— et cette proposition a été renouvelée récemment —, aux termes de laquelle tous les hôpitaux actuels de Paris seraient achetés par cette Société, contre l'engagement de conserver dans chacun d'eux un service de 100 lits au moins, et d'installer un service spécial de transport de ces postes de premiers secours à une série d'hôpitaux en dehors des fortifications, hôpitaux qui renfermeraient un nombre de lits décuple de ceux que possède aujourd'hui l'Assistance publique et dans des conditions de salubrité et d'hygiène incomparablement meilleures.

Au premier abord, une telle combinaison est séduisante, lorsqu'on songe à la quantité si considérable de malheureux qu'il faut refuser à la porte de nos hôpitaux pendant la mauvaise saison, et aux renvois si cruels que l'on est obligé de faire pour peu qu'une épidémie, même assez faible, vienne à se montrer. Le remède pourrait, à vrai dire, consister dans l'extension de l'assistance à domicile, qui se développe, du reste, de plus en plus à Paris; mais cette assistance offre souvent de graves inconvénients, quand il s'agit de maladies dont la transmission est aisée et pour lesquelles, par suite, les moyens de préservation sont si difficiles à obtenir qu'on ne les réalise qu'exceptionnellement au domicile du malade.

Aussi devient-il nécessaire, dans la plupart des cas, de transporter ces malades à l'hôpital. Le temps n'est pas encore éloigné où on les maintenait dans les salles communes des hôpitaux généraux, dans lesquels ils ne tardaient pas à être la cause d'épidémies graves; il nous serait même facile de montrer que cette pratique est encore suivie pour un certain nombre d'affections dont on n'est pas encore parvenu, sans doute, à reconnaître *administrativement* le caractère transmissible. Cependant l'isolement de certaines catégories de malades contagieux a fini par être admis et appliqué dans des pavillons spéciaux, situés dans l'enceinte même des hôpitaux généraux; mais le rapport de M. Chautemps montre par de nombreux exemples les dangers de cette manière de procéder, car elle n'a nulle part empêché les cas intérieurs de se montrer toujours avec une grande fréquence. Tous les médecins, tous les journaux de médecine et d'hygiène ont depuis longtemps signalé les dangers de cet état de choses. Aussi comprend-on que l'idée soit venue d'éloigner tout à fait ces services spéciaux, de l'intérieur des hôpitaux, et même de les reporter jusqu'au delà de l'enceinte habitée. Il convient toutefois de se demander en quoi réside plus particulièrement le danger de dissémination suivant la nature de la maladie qu'il faut isoler. Quelle que soit celle-ci, la transmission ne peut s'effectuer que par l'atmosphère, ou par le contact du malade, ou encore par les personnes ou les objets qui l'ont approché; si c'est l'atmosphère qu'il faut incriminer, il est assurément plus logique de reporter le malade le plus loin possible des milieux habités; si, au contraire, les gens et les choses mis en rapport avec les sécrétions et les excrétions du malade sont surtout à craindre, la question d'emplacement du local importe moins, à la vérité, pour peu qu'on y trouve de l'espace et les aménagements nécessaires pour établir une prophylaxie rationnelle et complète.

III. La diffusibilité atmosphérique des contages a été surtout soutenue, en ce qui concerne les services hospitaliers, à la suite de l'enquête de M. Thorne Thorne et des recherches faites par M. Power pour le Fulham Hospital, par M. Pearson Hill pour celui de Hampstead, par M. Tripe, pour celui de Hamerton, etc. Malgré les avantages de situation et de construction de ces établissements, spécialement affectés au traitement de la variole, et malgré les garanties

toutes spéciales de leur administration, les hygiénistes anglais les plus autorisés reconnurent qu'ils donnèrent naissance à une exagération de fréquence de cette maladie dans leur voisinage; de plus, la proportion des habitations atteintes diminuait à mesure qu'elles étaient plus éloignées de l'hôpital. Cette opinion, à laquelle un certain nombre d'observateurs parurent se ranger depuis, en particulier M. le docteur Bertillon, à propos de la fréquence de la variole aux alentours de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, en 1880, fut cependant très combattue en Angleterre et en France, du moins dans ce qu'elle pouvait avoir de trop absolu. Le rôle de l'atmosphère paraissait, dans tous les cas, n'exercer qu'une action secondaire et l'on pensait bien plutôt pouvoir incriminer les relations entre le voisinage et l'hôpital, lorsque M. Miquel montra, à l'occasion de ses recherches sur les germes et les poussières atmosphériques, que les germes se transmettent au moins à courte distance, que l'atmosphère des hôpitaux renferme toujours une quantité de germes infiniment supérieure à celle de l'air ambiant; si, par exemple, l'atmosphère empestée de la Pitié (77 700 germes) est balayée par une atmosphère moins empestée, telle que l'atmosphère ordinaire de Paris (5950 germes), cette dernière doit nécessairement s'infecter; par suite, les hôpitaux doivent jouer, dans les villes, le rôle de centres infectieux. On a objecté, par contre, et M. Chautemps n'a pas manqué de le rappeler, qu'il faudrait démontrer la présence, dans ces quantités de microbes, d'un seul germe des maladies infectieuses; d'ailleurs, les germes ne sont pas tous également diffusibles dans l'air; ceux de la variole ne le sont pas au delà de quelques mètres, car il a suffi en 1870, comme l'a établi M. Léon Colin, d'une zone de 100 mètres pour protéger le fort de Bicêtre contre les germes varioliques accumulés dans l'hôpital voisin; à Londres, il a suffi d'une distance de 8 mètres pour protéger une rue placée au voisinage du pavillon des scarlatineux de l'un des Fever Hospitals. Le rapporteur du Conseil municipal pense, en conséquence, que les germes n'étant pas tous également pesants, il est sage de ne pas appliquer les mêmes raisonnements à toutes les maladies; aussi, procédant par espèces, établit-il les catégories que nous avons indiquées plus haut, maintenant les typhoïdes dans les salles communes, isolant les cholériques en temps d'épidémie, plaçant les rubéoleux, les scarlatineux, les coquelucheux, les diphtéritiques dans des pavillons spéciaux et n'installant que les varioleux dans des hôpitaux particuliers, plus éloignés des quartiers habités.

IV. Nous ne saurions ici entrer dans le détail des discussions auxquelles peuvent donner lieu l'origine et les modes de développement des maladies épidémiques que nous envisageons en ce moment; nous ne voulons examiner que la conduite qui peut être le plus judicieusement suivie par l'administrateur aux prises avec les difficultés de cette grave question d'hygiène publique. Si la transmission de ces maladies par l'air à l'entour des établissements hospitaliers qui leur sont affectés peut encore le laisser dans le doute, il n'en est pas de même des autres causes de propagation que nous avons indiquées tout à l'heure. Il va de soi que si l'on pouvait supprimer, dès leur apparition, ces diverses causes, la prophylaxie serait assurée; ces maladies réclament donc des moyens de défense particuliers et c'est pour les obtenir d'une façon plus certaine que l'on a tout d'abord songé à isoler ceux qui en sont atteints, dans une salle particulière, puis dans un pavillon approprié et enfin dans un hôpital spécial. C'est que l'isolement du malade, la désinfection de ce qui l'approche, de ses *excreta* et de ses *secreta*, comme disait autrefois l'hygiène, ne suffit pas; le personnel qui le soigne, le bâtiment lui-même qui l'abrite doivent collaborer à cette œuvre de défense, caractérisée par la destruction immédiate de toutes les causes de nocuité. Il y faut une réglementation spéciale, un régime bien adapté, une construction qui répond à ces nécessités d'ordre inaccoutumé. C'est alors que l'espace devient indispensable, que l'hôpital doit présenter des conditions d'hygiène exceptionnelles, que le personnel est obligé de se conformer à des exigences nouvelles, et c'est parce qu'il est impossible d'obtenir ces diverses conditions dans les milieux très peuplés d'une grande ville que l'on songe à placer ces malades plus ou moins loin du centre, vers la périphérie.

En dehors de la diphthérie, qui exige une intervention opératoire souvent immédiate, et par suite l'existence de pavillons de premiers secours, bien isolés, à proximité des habitations, les autres maladies transmissibles permettent, en général, le transport à un hôpital éloigné, pourvu que les moyens de transport présentent des avantages de rapidité et de commodité tels que ceux qu'on trouve, par exemple, à Londres pour les malades conduits dans les Fever Hospitals et dans les bateaux pour varioleux sur la Tamise. Si l'on conserve, dans des maisons de premiers secours, des salles pour les cas très rares et très peu nombreux où il faudrait conserver le malade, nous ne croyons pas qu'il y ait des inconvénients bien appréciables à installer des hôpitaux de contagieux à la périphérie de la ville, là où le terrain ne manque pas et, si l'on peut, pour le même prix, obtenir un peu au delà des fortifications un espace plus considérable et des avantages pécuniaires sur les frais de nourriture des malades et du personnel, nous y verrions tout profit. C'est qu'en effet, s'il est une règle que l'hygiène impose pour assurer la salubrité d'établissements de ce genre, c'est qu'ils jouissent d'un espace suffisant pour que les bâtiments n'y soient pas entassés les uns près des autres, pour que les étages superposés ne viennent pas entraver l'aération des espaces libres et que les matériaux, si susceptibles d'infection, y soient réduits au minimum. Sans doute, l'antisepsie a permis, même dans de vieux hôpitaux, de diminuer la mortalité dans des proportions qui tiennent du prodige; les résultats obtenus, grâce à elle, dans les services d'accouchements en sont une preuve éclatante; mais, lorsqu'il s'agit du grand nombre de malades atteints de ces affections dont nous nous occupons en ce moment, il est indispensable que l'antisepsie soit aidée par une parfaite adaptation du milieu hospitalier et de toutes ses dépendances aux préceptes et aux applications de l'hygiène la plus rigoureuse. Aucune matière suspecte ne doit demeurer, fût-ce un instant, dans de tels hôpitaux, sans y être soumise à une désinfection efficace, sinon à une destruction immédiate; les communications du personnel avec l'extérieur, des visiteurs avec les malades, doivent être soumises à des précautions très minutieuses, telles qu'on les a établies dans la plupart des hôpitaux de ce genre. M. Vaillant, dans sa proposition, et M. Chautemps, dans son rapport, n'ont pas manqué de les rappeler en insistant sur les revendications que les hygiénistes de tous les pays n'ont cessé de donner à ce sujet. Il y a urgence à les appliquer en France et particulièrement à Paris, où la mortalité par affections transmissibles reste si élevée comparativement. Notre milieu hospitalier actuel concourt assurément, pour une certaine part, à cette

fâcheuse situation, puisque le nombre des cas intérieurs y prend une certaine importance chaque année et qu'il présente, en outre, des conditions d'insalubrité manifestes, vieilles déjà et qui éclatent à tous les yeux. Son insuffisance même pour les besoins de la population croissante de Paris rend nécessaire une prompte adoption par le Conseil municipal de la proposition qui lui est soumise ; prise dans son ensemble, elle constitue une amélioration des plus appréciables et des plus utiles sur l'état de choses actuel.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Le jeune de Succi (1), par M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de Nancy.

La presse politique et scientifique s'est beaucoup occupée du jeûne de Succi. Un homme reste trente jours sans manger, se contentant de boire 5 à 600 grammes d'eau par jour ! Il semble au premier abord que ce soit extraordinaire, impossible ! Beaucoup de médecins croient à la supercherie, quand ils ne peuvent expliquer. Succi était surveillé nuit et jour par deux ou trois membres d'une Commission médicale instituée dans ce but. J'admets la réalité du fait ; je suis d'autant plus disposé à croire au jeûne de Succi, que je n'y trouve rien d'extraordinaire.

Sans doute à l'état normal, la vie, ou au moins la santé, est incompatible avec un jeûne aussi prolongé. « Dans l'état ordinaire des choses, dit Burdach, un homme ne peut pas vivre plus d'une semaine sans manger ni boire, ou plus de quelques semaines sans manger. » Chossat estime de quinze à dix-huit jours en moyenne la résistance des animaux adultes à l'inanition (2). Une limite précise est difficile à fixer chez l'homme ; la survie est plus ou moins longue, suivant bien des circonstances. Mais, quelle que soit sa durée, après un très petit nombre de jours, le jeûneur tombe malade. Succi resta bien portant et conserva jusqu'au trentième jour son entrain et sa vigueur musculaire ; voilà le fait remarquable qu'il s'agit d'interpréter.

Constatons d'abord que si, dans son état normal, un homme ne saurait impunément prolonger son jeûne au delà de quelques jours, il le peut dans certaines circonstances particulières. Il le peut dans la fièvre. Le malade affecté de fièvre typhoïde peut rester plusieurs semaines sans s'alimenter, sans boire autre chose que de l'eau ; il ne meurt pas d'inanition.

Tel autre malade est atteint d'embarras gastrique avec dégoût pour les aliments ; tout lui répugne ; le lait, le bouillon le font vomir. On s'ingénie à vouloir le nourrir de force, il ne le peut. Plusieurs jours, même plusieurs semaines peuvent s'écouler : le malade maigrit et pâlit ; mais ses forces physiques ne déclinent pas autant qu'on pourrait le craindre ; il continue à vaquer à ses occupations, en attendant que l'appétit se restaure ; il ne meurt pas d'inanition.

Il existe une maladie qu'on appelle anorexie nerveuse, qui survient chez les jeunes filles, avec ou sans autres manifestations hystériques. Elle a été décrite par Gull en Angleterre, par Lasègue et Charcot en France. Elle est caractérisée par une inappétence absolue ; la malade ne mange rien ou presque rien, cela peut durer des semaines et des mois, et malgré l'absence presque totale d'aliments, les malades ne faiblissent pas trop et finissent toujours par guérir.

Une autre manifestation nerveuse du même âge et du même sexe, ce sont les vomissements incoercibles. J'ai traité une jeune fille de seize ans, qui vomissait ainsi pendant plus d'un an ; elle avait de l'appétit, mangeait et buvait, mais vomissait instantanément tout ce qu'elle prenait ; elle se levait trente fois de table pour vomir, elle ne pouvait avaler une simple cuillerée d'eau sans la vomir. Rien n'y fit : les liquides alimentaires injectés par la sonde œsophagienne étaient rejetés. De quoi vivait-elle ? Je l'ignore. Cela dura plus d'un an. Malgré sa maigreur, elle continua toujours à circuler, conservant des apparences hors de proportion avec son jeûne involontaire. A la suite d'un grand voyage, elle finit par guérir ; elle est mariée depuis plusieurs années et mère de famille.

Pourquoi cette singulière anomalie ? Un homme sain meurt, s'il cesse de manger, après un certain nombre de jours ; un homme malade reste impunément plusieurs semaines sans se nourrir.

Le public dit que la fièvre nourrit, c'est une erreur. La fièvre dénourrit ; la combustion fébrile des tissus s'ajoute à l'inanition. On a dit : certaines dispositions nerveuses liées à l'hystérie ont pour effet de ralentir le travail moléculaire intime de la nutrition, de diminuer la dénutrition. Cela n'est rien moins que démontré. L'hystérie ne nourrit pas plus que la fièvre.

L'interprétation me paraît autre.

L'homme sain qui meurt après plusieurs jours de jeûne, ne meurt pas d'inanition ; il n'a pas maigri d'une façon excessive ; l'usure de sa substance n'est pas arrivée à ses dernières limites. Le poids de son corps et la structure organique de ses tissus sont encore compatibles avec la vie. Bien autrement émacié est le malheureux phthisique qui ne mange plus, qui perd sa substance par tous les pores, par la sueur, par l'expectoration, par la diarrhée, par la fièvre, et que cependant l'on voit encore se traîner pendant des semaines, comme un squelette ambulant. Le convalescent de fièvre typhoïde aussi arrive parfois à une maigreur extrême, et cependant il guérit. A côté de lui, l'homme primitivement sain, après huit jours de jeûne, est presque encore un colosse, et cependant il meurt.

Il ne meurt pas d'inanition, il meurt de faim. Le fébricitant, le phthisique, l'anorexique, l'hystérique qui vomit, n'ont pas faim. *La faim tue avant l'inanition;* voilà la raison de cette apparente anomalie.

Comment la faim tue-t-elle ? « Les chiens soumis à l'abstinence complète des solides et des liquides manifestent généralement les premiers jours une légère agitation ; lorsqu'on s'approche, ils expriment par quelques cris ou par des plaintes le besoin de manger ; ils cherchent les moyens d'échapper de leur cage. Après le premier septénaire, ils ont de courts instants d'agitation plus grande ; ils poussent des cris aigus et réitérés surtout à la pointe et à la chute du jour ; parfois ils mordent les barreaux de leur cage, puis survient parfois une période de véritable fureur ; l'œil est ardent et menaçant, la langue rouge et sèche. Plus tard, ils tombent dans l'accablement, l'œil est terne et abattu ; ils restent couchés sur le flanc, peuvent à peine se tenir debout et finissent par ne plus se lever. La respiration est saccadée ; ils lavent leur langue dans l'eau qu'on leur présente, mais

(1) En publiant ce travail dans lequel M. le professeur Bernheim apprécie, à un point de vue tout spécial, une expérience au sujet de laquelle bien des réserves pourraient être faites, nous n'avons eu pour but que de faire connaître, sans les approuver ni les contester, les idées que défend notre savant confrère. La sensation de la faim et celle de la soif sont si mal expliquées, si mal localisées — les expériences de Schiff en sont la preuve — que toute hypothèse à cet égard peut être permise. (*La Rédaction.*)

(2) Cette résistance à l'inanition est d'ailleurs très variable. Une condition qui influe sur cette résistance serait, suivant Voit, la quantité de graisse en réserve dans l'organisme et son rapport avec la quantité des albuminoïdes. Les animaux gras useraient moins d'albumine que les animaux pauvres en graisse ; ils supporteraient le jeûne beaucoup mieux. Une chatte assez grasse observée par Bidder et Schmidt, pesant 25 kilogrammes, vécut jusqu'à dix-huit jours sans aliments. Celle de Voit, pesant 3,1 kilogrammes et pauvre en graisse, ne put dépasser le quatorzième. Un chien, très gras, de Falck, pesant 21kg,2, ne succomba que le soixante et unième jour de l'inanition. Un chien de 8kg,81 mourut le vingt-quatrième jour. (Hermann, *Handbuch der Physiologie.*)

ils refusent de l'avaler. Enfin ils meurent dans le dernier degré du marasme et après une diminution progressive de leur température (Lépine, Inanition in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*).

Chez l'homme, les symptômes sont de même ordre : agitation, puis faiblesse, dépression, quelquefois hallucinations, insomnie, excitation furieuse, suivie de stupeur et de collapsus terminal, tel est l'appareil symptomatique qu'engendre le besoin impérieux de manger non satisfait, l'angoisse de la faim non assouvie. C'est, comme on voit, à une vraie maladie nerveuse, à *une névrose créée par la faim* que succombe le malheureux qui ne mange pas ; ce n'est pas à l'inanition. L'affamé n'a pas le temps de mourir d'inanition. Les auteurs qui ont écrit sur la question n'ont pas songé à distinguer les symptômes qui appartiennent à la névrose faim de ceux qui sont dus à l'inanition.

Aussi, pour empêcher l'affamé de mourir, pour permettre à la vie de se prolonger dans les limites compatibles avec l'inanition, il suffit d'éteindre la sensation faim ; l'opium, l'injection de morphine, l'anesthésie chloroformique, le sommeil hypnotique peuvent agir dans ce sens et prévenir ou combattre la névrose mortelle.

On a vu des hystériques en léthargie dormir des semaines sans manger ; qui dort, ne dîne pas, mais ne sent pas la faim. Le fébricitant, le phthisique, l'anorexique, ne meurent pas de faim, parce qu'ils n'ont pas faim ; ils ne meurent que par les progrès lents de l'inanition, et celle-ci peut mettre des semaines à achever son œuvre de destruction. *La faim tue rapidement ; l'inanition tue lentement.*

Certains états pathologiques peuvent donc supprimer la faim. D'autres conditions, des influences psychiques, de vives émotions morales peuvent aussi la modérer.

On raconte que Guillaume Granié, qui se laissa mourir de faim dans les prisons de Toulouse, en 1831, vécut jusqu'au soixante-troisième jour sans avoir pris autre chose que de l'eau. A sa mort, il ne pesait plus que 26 kilogrammes. Décidé à se laisser mourir, dominé par un état psychique qui le rendait insensible aux impressions physiques, ne voulant plus manger, ne sentant plus le besoin de manger, le malheureux ne trouva pas la faim qu'il cherchait ; il mourut lentement d'inanition.

Tels les mélancoliques qui refusent de manger, les sitophobes comme les appelle Guislain, qui peuvent vivre de vingt à soixante jours sans aucune alimentation. Leuret et Lassaigne citent un aliéné qui, pendant trois semaines, ne prit aucun aliment, aucune boisson, et ne fit que se laver une fois la bouche avec de l'eau.

Une forte excitation morale peut modérer ou ajourner l'angoisse de la faim. « Le docteur Sowiche, dit le docteur Cartaz, dans un intéressant article de la *Nature* (1886), a rapporté avec détails l'observation de huit mineurs qui restèrent ensevelis pendant cent trente-cinq heures, plus de cinq jours, dans les houillères du Bois-Monzil, n'ayant pour toute nourriture que deux verres de vin, une demi-livre de pain qu'ils se partagèrent. Ils purent trouver de l'eau qui apaisa leur soif, et, quand on les retira de leur tombeau, ils déclarèrent que cette longue abstinence leur avait été peu pénible. » Impressionnés par l'horreur de la situation, soutenus peut-être par l'espoir de la délivrance, dans leur lutte pour l'existence, ils restèrent cuirassés contre l'invasion de la faim.

Relatons enfin comme exemple de résistance à l'inanition l'observation suivante due à Lépine (*loc. cit.*). Une jeune fille de dix-neuf ans avala une certaine quantité d'acide sulfurique. Trois mois après cette ingestion, les liquides seuls pouvaient passer. L'amaigrissement, la pâleur, firent des progrès. Quatre mois plus tard, c'est-à-dire sept mois après le début, l'oblitération de l'œsophage était complète ; la malade vécut encore seize jours ; dans les derniers temps elle ne se plaignait que de la soif et non de la faim.

Cela posé, revenons à Succi. Conservant toute son énergie morale, causant avec entrain, exempt de toute angoisse, malgré son amaigrissement, malgré sa perte de poids de 13kg,100, Succi avait subi un certain degré d'inanition ; il n'avait pas subi la faim. La névrose mortelle que celle-ci engendre l'avait donc épargné. Le secret de Succi consiste à avoir neutralisé sa faim. Par quel mécanisme ?

Est-ce la liqueur avalée le premier jour qui aurait la propriété de supprimer la faim pour trente jours ? Aucun médecin, aucun physiologiste ne le pensera.

Je crois que cette liqueur a agi sur l'imagination de Succi par une vertu purement suggestive. Ceux qui ont vu l'influence singulière de la suggestion sur les fonctions organiques, ceux qui ont lu le livre de Hack Tuck : *Le corps et l'esprit, action du moral et de l'imagination sur le physique*, n'auront pas de peine à se rallier à mon opinion. L'aliéné, l'hystérique, l'anorexique, qui ne mangent pas, obéissent à une suggestion psychique spontanée ou d'origine inconnue qui les rend insensibles à la faim.

Mon excellent ami, le docteur Debove, a suggéré à deux femmes hystériques endormies par lui, l'absence de faim et l'ordre de ne pas manger ; il les a soumises à un jeûne de quinze jours pleins, pendant lequel elles ont bu, mais n'ont ingéré aucun aliment solide, quoique cependant on eût mis à leur disposition le plus fort régime hospitalier et que les personnes du service eussent reçu l'ordre de leur donner tous les aliments qu'elles demanderaient. Elles ont admirablement supporté ce jeûne, qui aurait pu être prolongé bien au delà de quinze jours. L'une avait perdu 3200 grammes, l'autre 5700 grammes de son poids.

Un homme vigoureux, gros mangeur, qui voulut bien par comparaison jeûner pendant cinq jours, perdit 15 livres. Faut-il conclure de cette différence que chez les premiers, comme on l'a pensé, l'état nerveux agissant sur le système régulateur de la nutrition, restreint le processus de dénutrition organique ? Ne peut-on expliquer cette différence dans la perte de poids subie, par ce simple fait : la névrose faim, le retentissement de ce besoin impérieux sur les fonctions organiques agit comme dénutritif ? Ne sait-on pas que les chagrins, l'anxiété, toutes les préoccupations morales font maigrir ?

Quoi qu'il en soit de cette question, l'expérience de Debove donne l'interprétation du jeûne de Succi. Il s'agit d'un *auto-suggestionniste.* Succi n'est pas un hystérique, c'est vrai ; « ceux qui le connaissent depuis son enfance, dit le docteur Luigi Bufalini, l'ont toujours tenu pour un homme dont le cerveau est parfaitement équilibré. » Mais il n'y a pas que les hystériques, nous le savons bien, qui soient suggestibles.

Ce qui semble prouver que l'esprit de Succi est facile aux suggestions, c'est que « deux fois déjà il a été enfermé dans un hospice d'aliénés à Rome ; mais en dernier lieu pour recouvrer sa liberté, il simula d'être guéri de sa prétendue folie et les portes de l'établissement lui furent ouvertes ». Il n'en est pas moins vrai que le fait d'avoir été enfermé dans un asile dénote quelque anomalie psychique passagère, quelque auto-suggestion temporaire ayant introduit une conception fausse dans son cerveau.

« Succi, dit encore le docteur Bufalini, s'exalte facilement quand il parle du secret qu'il possède ou qu'il croit posséder et des applications absolument prématurées auxquelles sa découverte peut donner lieu ».

Succi est un *croyant*. Convaincu de la puissance de sa liqueur, fanatisé par sa foi dans l'efficacité de son breuvage, il neutralise la sensation faim par *auto-suggestion*, comme les hystériques de M. Debove la neutralisent par suggestion reçue d'autrui. La conviction que son suc l'a nourri, qu'il n'a plus faim, qu'il conserve toute sa force physique, suffit pour réaliser le phénomène ; l'idée fait l'acte ; il s'exalte, il s'entraîne, il se nourrit de son idée, il se montre avec complaisance aux visiteurs, il jouit de son triomphe ; l'esprit domine

le corps ; son imagination le soustrait aux angoisses de la faim ; le sensorium cérébral, cuirassé par la suggestion, est inaccessible à ce besoin. Succi ne meurt pas de faim, parce qu'il n'a pas faim ; il ne subit que les effets de l'inanition qui, elle seule, ne tue pas en trente jours.

Clinique médicale.

Les ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac. — Communication faite à la Société des hôpitaux, dans la séance du 8 octobre 1886, par M. Troisier, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I. On sait que le cancer de l'œsophage et que le cancer du poumon se propagent assez souvent aux ganglions de la partie latérale et inférieure du cou, et l'on considère à juste titre cette localisation comme un signe précieux pour le diagnostic d'un cancer de la cavité thoracique. Il ne faudrait pas croire cependant que la propagation aux ganglions sus-claviculaires ne puisse se rencontrer que dans le cancer de l'œsophage à sa partie supérieure et dans le cancer de la plèvre ou du poumon. Je me propose de prouver qu'elle existe également dans le cancer de l'estomac. Je n'ai pas besoin de dire que cette propagation est tout à fait exceptionnelle.

Lorsque M. Charcot était président de la Société anatomique, je lui avais souvent entendu dire qu'Henoch, dans sa *Clinique des maladies du bas-ventre*, avait signalé la propagation du cancer de l'estomac aux ganglions du creux sus-claviculaire (voy. en particulier les *Bulletins* de l'année 1876, p. 460). C'est ainsi que mon attention a été attirée sur ce point, et depuis cette époque je n'ai jamais négligé de rechercher cette propagation. Bien que je n'en aie que trois exemples, j'espère que le fait vous paraîtra suffisamment démontré.

II. Le premier malade chez lequel j'ai constaté ces ganglions sus-claviculaires, était un homme de quarante-huit ans. Il se présenta à la consultation de l'hôpital Tenon, le 4 février 1885. Il était très amaigri et très faible ; sa peau était terreuse. Il n'avait plus d'appétit, il éprouvait de vives douleurs d'estomac, surtout après avoir mangé, et de temps en temps il rejetait des mucosités avec des aliments incomplètement digérés. Il n'y avait pas de tumeur appréciable au creux épigastrique, la palpation de cette région y déterminait de la douleur. L'estomac n'était pas dilaté. — Le début de la maladie remontait à sept ou huit mois.

. Les affections de l'estomac nous procurent si souvent des surprises que, malgré toutes les probabilités en faveur d'un cancer, j'hésitais à me prononcer, quand je découvris dans le creux sus-claviculaire du côté gauche, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, formée par deux ganglions hypertrophiés et juxtaposés. Elle était mobile, dure au toucher, non douloureuse. Elle siégeait immédiatement au-dessus de la clavicule, en arrière du faisceau claviculaire du sterno-cléïdo-mastoïdien, qu'elle débordait un peu en dedans. Il n'y avait à ce niveau ni œdème, ni changement de coloration de la peau.

J'étais en présence d'un cancer, cela n'était plus douteux. Mais ne s'agissait-il point d'un cancer de l'œsophage ? J'éliminai cette hypothèse en raison de la douleur que déterminait la pression sur le creux épigastrique et des troubles fonctionnels qui correspondaient plutôt à une affection de l'estomac qu'à une lésion siégeant au-dessus du cardia. La déglutition s'opérait du reste très normalement, même pour les aliments solides, et je me suis assuré par l'auscultation que les liquides ne subissaient aucun temps d'arrêt dans l'œsophage. J'ajoute que l'examen de la poitrine était absolument négatif, ce qui me permit d'écarter immédiatement l'hypothèse d'un cancer du poumon.

Ce malade ne voulut point rester à l'hôpital. Comme le cas m'intéressait vivement, j'allai le revoir chez lui le 1er mars, trois semaines environ après cet examen. La tumeur sus-claviculaire avait un peu grossi ; elle était maintenant formée par trois ganglions, adhérents les uns aux autres, débordant de chaque côté le faisceau externe du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Le 17 mars, elle était constituée par une dizaine de ganglions ; ceux que j'ai déjà signalés n'avaient pas augmenté de volume, les nouveaux formaient une sorte de chapelet situé immédiatement au-dessus du tiers moyen de la clavicule ; la plupart avaient les dimensions d'une petite amande sèche, ils roulaient sous le doigt et ne présentaient aucune adhérence à la peau. Point de ganglions ailleurs, ni dans l'aisselle gauche, ni au côté droit du cou.

A ce moment le creux épigastrique était le siège d'un empâtement profond, sans tumeur à proprement parler ; il y avait à la pression une douleur très caractéristique. L'état cachectique était arrivé à la dernière limite.

Je n'ai plus revu ce malade. L'observation est donc restée incomplète ; je n'hésite pas cependant à l'inscrire en faveur de ma proposition.

Le second cas ne me paraît pas moins probant, quoiqu'il n'y ait pas eu non plus de vérification anatomique.

W..., âgé de soixante ans, m'est adressé par mon ami, le docteur Fabre, le 25 novembre 1885. Cet homme est très amaigri et il présente un teint cachectique qui éveille immédiatement l'idée d'une affection cancéreuse. Il a perdu l'appétit depuis deux mois environ ; ses digestions sont très pénibles et douloureuses ; il vomit fréquemment des mucosités glaireuses et de la bile, quelquefois il rend ses aliments deux ou trois heures après le repas. Il éprouve une douleur gastralgique presque continuelle, caractérisée par un point sous-xyphoïdien et par un point rachidien, avec des irradiations vers la région lombaire gauche. La palpation du creux épigastrique détermine de la douleur ; il n'y a à ce niveau ni tumeur, ni empâtement profond. Pas de troubles de la déglutition.

Or, chez ce malade, il existait dans le triangle sus-claviculaire gauche une petite masse ganglionnaire de la grosseur d'une noix, mobile, non douloureuse, très appréciable à la vue ; elle était formée par cinq ou six ganglions agglomérés.

J'appris par M. le docteur Fabre que l'état s'aggrava de jour en jour et que le malade mourut deux mois après mon examen. Les troubles gastriques ont persisté avec les mêmes caractères ; il y eut un seul vomissement noirâtre, les aliments étaient rarement rejetés. Pas de tumeur épigastrique. Quant à la masse ganglionnaire, elle augmenta peu à peu de volume, et au moment de la mort elle était de la grosseur d'un œuf de poule.

J'arrive maintenant au troisième fait. Celui-là ne laissera aucun doute dans votre esprit, car l'autopsie a été faite. Je dois cette observation à l'un de mes anciens externes, M. Dagron, qui m'avait vu rechercher les cas de ce genre ; il l'a recueilli dans le service de notre excellent collègue, M. A. Gombault, qui m'a autorisé à vous la communiquer.

Le nommé L..., âgé de quarante-cinq ans, maçon, entre à l'hôpital Cochin le 15 mars 1886. Il a fait depuis l'âge de quinze ans de nombreux excès alcooliques. Il est malade depuis dix-huit mois environ. Il a considérablement maigri, sa peau est décolorée, son facies est cachectique et fait immédiatement songer à une affection cancéreuse. Il y avait une anorexie complète et un dégoût absolu pour la viande. Il vomissait fréquemment des mucosités glaireuses et des débris alimentaires, et il éprouvait une douleur sourde dans l'hypochondre gauche ; l'estomac était dilaté.

Le 1er avril, on constate la présence d'un ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche. La région épigastrique est

devenue douloureuse à la pression; elle est le siège d'un empâtement diffus derrière la paroi abdominale.

Peu de jours après on sentit au creux épigastrique un petit noyau induré, douloureux à la pression. Cette tumeur s'accrut rapidement et s'étala en contractant des adhérences avec les parties voisines. Les douleurs gastriques persistèrent, les vomissements devinrent très fréquents, la cachexie fit des progrès rapides et le malade mourut le 23 mai. Le ganglion du creux sus-claviculaire était devenu gros comme une noix.

A l'autopsie, qui fut faite par M. A. Gombault, on trouva un cancer en nappe de l'estomac, occupant surtout le grand cul-de-sac et l'antre du pylore. L'estomac est dilaté, ses parois sont épaissies, et il adhère à la paroi abdominale par sa face antérieure. Le cancer n'avait atteint ni le pylore, ni le cardia. L'œsophage, examiné dans toute son étendue, ne présentait aucune lésion.

On ne trouve de ganglion dégénéré ni au voisinage de l'estomac, ni dans le médiastin. Le ganglion sus-claviculaire était manifestement carcinomateux, blanchâtre à la coupe et infiltré d'un suc laiteux caractéristique.

III. Avant de tirer des conclusions des observations qui précèdent, je tiens à citer les rares auteurs qui ont signalé l'altération des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac.

Voici comment s'exprime Henoch à ce sujet (*Klinik der Unterleibs-krankheiten*, 1863, p. 307) : « Le diagnostic, de cancer de l'estomac est plus certain quand on peut trouver des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule... » A l'appui de cette remarque Henoch cite (p. 314) l'observation d'un malade qui mourut d'un cancer de l'estomac vérifié à l'autopsie. « Immédiatement au-dessus de la clavicule gauche se trouvaient deux ganglions jugulaires, mobiles, ayant le volume d'œufs de pigeon et la consistance de la pierre. »

Dans une clinique publiée en 1874 (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 1), Friedreich insiste à propos du diagnostic du cancer de l'estomac sur la présence d'une tumeur ganglionnaire dans le creux sus claviculaire. Chez le malade qui faisait le sujet de cette leçon, « la fosse sus-claviculaire gauche était remplie par un paquet de ganglions tuméfiés, durs, indolores, atteignant pour quelques-uns les dimensions d'une noisette ».

On trouve le passage suivant dans le traité de Leube (*Die Krankheiten des Magens und Darms*, in *Handbuch... von Ziemssem*, t. VII, 1876, p. 127). « Un indice déjà un peu plus certain de l'existence d'un cancer de l'estomac, que la simple cachexie, c'est la tuméfaction des ganglions lymphatiques périphériques, avant tout de ceux de la région sus-claviculaire (Virchow). Toutefois elle manque assez souvent et peut naturellement tenir à d'autres causes. »

Comme on le voit, Leube attribue à Virchow, et non à Henoch, le mérite d'avoir mentionné cette altération des ganglions cervicaux dans le cancer de l'estomac. Je ne sais ce qu'il y a de fondé dans cette assertion; j'ai vainement recherché cette mention dans le *Traité des tumeurs*.

Chez nous, cette propagation n'est signalée ni dans les livres classiques de pathologie interne, ni dans les monographies. Les *Bulletins de la Société anatomique* qui sont si riches, ne contiennent que l'indication d'un fait dont M. Merklen a parlé, sans en donner la relation complète. « M. Merklen montre un cancer infiltré de l'estomac; les ganglions cervicaux envahis par le néoplasme comprimaient les vaisseaux artériels et veineux. L'examen histologique a démontré qu'il s'agit d'un carcinome» (1880, p. 350) (1).

Quant aux thèses de doctorat, la seule que je puisse citer est celle de M. Mazaud (*Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral*, 1877). On y trouve ceci : « Ces tumeurs ganglionnaires du cou n'appartiennent pas exclusivement au cancer du médiastin. Sans compter toutes les affections locales et les états généraux qui peuvent s'accompagner de ce symptôme, il est des observations parfaitement précises qui nous le montrent se rattachant à l'envahissement cancéreux d'organes plus ou moins éloignés; tantôt le poumon, le péricarde ou la plèvre, tantôt l'estomac, le péritoine ou le foie. C'est là un fait moins généralement connu et aussi plus difficile à expliquer. Cependant il n'avait point échappé à Grisolle (*Société anatomique*, 1864, p. 512), qui, voyant survenir au milieu de symptômes gastriques plus ou moins obscurs une induration des ganglions sus-claviculaires, n'hésitait point à porter le diagnostic de cancer stomacal. » Je dois dire que je n'ai trouvé cette citation de Grisolle ni dans le volume dont parle M. Mazaud, ni dans le *Traité de pathologie interne*.

(1) L'observation de M. Maunoury publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1875, p. 734, sous le titre : *Cancer de l'estomac, généralisation dans les os et dans les lymphatiques de la peau. Lymphangite pulmonaire*, diffère notablement des faits qui font l'objet de cette communication.

IV. Les faits que je viens de vous communiquer me paraissent démontrer que le cancer de l'estomac peut, exceptionnellement il est vrai, se propager aux ganglions du creux sus-claviculaire. Il semble même résulter de mes trois observations et des deux faits rapportés avec quelques détails, l'un par Henoch, l'autre par Friedreich, que cette altération secondaire des ganglions atteint surtout le côté gauche du cou. C'est une preuve de généralisation du cancer, mais avec un point d'élection ; et ce qui me surprend, ce n'est point la distance qui sépare les ganglions de l'organe primitivement lésé, ce n'est pas l'absence d'altération des ganglions ou des organes intermédiaires, c'est cette localisation si singulière dans le creux sus-claviculaire.

En terminant, qu'il me soit permis de dire que le diagnostic doit tirer parti de ce fait anatomique. Comme la discussion sur les cancers *latents* et les *pseudo-cancers* est encore ouverte, j'ai pensé que vous écouteriez avec intérêt cette modeste contribution à l'étude du cancer de l'estomac.

CORRESPONDANCE

L'origine équine du tétanos.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Dans l'enquête sur l'origine équine du tétanos, provoquée par M. le professeur Verneuil, voudriez-vous accueillir un témoignage défavorable à cette hypothèse? Dans ma jeunesse j'ai maintes fois observé le tétanos. Comme mon prédécesseur à la Martinique, Rufz de Lavison (*Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre*), je l'ai rencontré rarement après de grandes opérations, plutôt à la suite de traumatismes légers, tels que coupures, piqûres des extrémités, simple contusion de la tête par chute d'un caillou, et l'ai vu se montrer, non à l'état d'épidémie, mais par petites séries de trois à quatre cas. Dans un pays où le tétanos de l'homme est bien plus fréquent que celui du cheval, ces cas étaient évidemment, pour la plupart, en dehors de toute influence équine appréciable. Tel est celui d'une petite fille du monde qui avait une légère coupure de l'arcade sourcilière produite par une chute. La plaie était presque cicatrisée lorsqu'un tétanos mortel se déclara après une journée passée à la campagne dans un site frais et humide.

Les observations suivantes tirent leur importance de la nature du milieu. Laissant de côté la fréquence du tétanos dans l'Océanie, où sur un grand nombre d'îles le cheval est inconnu, je rappellerai les faits de la frégate *la Pearl* dans ces latitudes. Le 12 août 1875, *la Pearl* mouillait dans la baie de Carlisle, devant l'île de Santa-Cruz. Descendus à terre, les marins, reçus à coups de flèches par les naturels, eurent cinq hommes et un officier blessés. Le commodore Goodenough fut atteint au côté gauche et au sommet de la

tête. La frégate appareilla et se dirigea sur Mota (îles de Banks). Aucune des blessures n'était grave par elle-même, aucune n'aurait même attiré l'attention sans la réputation qu'ont les flèches de Santa-Cruz d'être empoisonnées. Le docteur Messer, redoutant l'apparition du tétanos, si fréquent dans les régions tropicales, conseilla au commodore de descendre vers le sud et de gagner l'Australie. Le 17 août, *la Pearl* se trouvant par le travers de la pointe nord de la Nouvelle-Calédonie, le tétanos se déclara chez le commodore, qui mourut le 20. Deux jeunes marins, blessés l'un à l'épaule, l'autre à la tête, succombèrent, le premier le 18 août, le second le 21. Les autres blessés guérirent promptement, sans accidents. Ces trois décès doivent être attribués au tétanos et non à l'action d'un poison particulier. Les accidents commencèrent, en effet, pour l'un le cinquième jour, pour l'autre le sixième jour, pour le troisième le septième jour après la blessure. Il est évident que l'absorption d'une substance toxique eût déterminé des accidents immédiats et de même nature chez tous les blessés (*Recherches sur les flèches empoisonnées de l'océan Pacifique*, par le docteur Messer, extrait du *Statistical Report on the Health of the navy for the year* 1875, in *Archives de médecine navale*, 1877, t. XXV, p. 385).

La littérature médicale contient nombre de faits de tétanos traumatique provenant de navires en cours de campagne (*Dictionnaire des sciences médicales*, 1821, t. LV, article Tétanos. — Petit (L.-Alex.), *Considérations médicales sur la campagne de la frégate* l'Erigone *dans la Plata*, 1845-1849. Thèse. Montpellier, 1850). La terminaison n'a pas été toujours fatale. En 1781, la Pérouse, se rendant de l'île de France à Goa, sur la gabarre *la Seine*, eut à livrer un combat à des navires mahrattes. Comme il y avait à bord un matelot atteint du tétanos à la suite d'une blessure qu'il s'était faite en travaillant, on l'enferma pendant l'action dans la cale en fermant sur lui l'écoutille. Quand on le retira, quatre heures après, de ce milieu étouffant, il était baigné de sueur, d'une faiblesse extrême, mais parfaitement guéri (Fournier-Pescay, *Du tétanos traumatique*. Bruxelles, 1805. Mémoire couronné par la Société de médecine de Paris. Germinal an XI). Le docteur Rey a rappelé ce fait en publiant une observation de tétanos traumatique traité par l'opium et les bains de vapeur, et suivi de guérison (*Archives de médecine navale*, t. II, p. 127). Il s'agit d'un matelot de vingt-trois ans, embarqué sur le vaisseau *le Donawerth*, et blessé au pied en faisant l'exercice du canon, le 25 août 1865, sur la rade d'Ajaccio. Atteint du tétanos le vingt-deuxième jour après son accident, il était guéri le 25 septembre. Ce sont là de trop rares exceptions; le tétanos à bord des navires présente la même gravité sous toutes les latitudes, dans le Pacifique ainsi que dans l'océan Indien, dans les mers australes comme dans les mers boréales.

Un épisode de la guerre d'Orient, l'attaque des forts de Petropaulowski (Kamtschatka) par une division française, fournit un nouvel exemple de cette léthalité. « Après l'affaire de Petropaulowski, la division prit le large et remonta dans le nord. Elle eut à subir des froids très vifs, surtout pendant les nuits. Quatre cas de tétanos se montrèrent parmi les blessés, trois sur la *Forte*, un sur l'*Eurydice*. Tous les quatre succombèrent. Le brick *l'Obligado*, dont les malades étaient couchés dans le faux-pont, n'en eut pas un seul. M. Delaporte prit alors le parti de faire descendre ceux de la frégate dans le faux-pont... A dater de ce moment le tétanos ne reparut plus. » (Jules Rochard, *Du service chirurgical de la flotte en temps de guerre*. Paris, 1861. J.-B. Baillière et fils.)

Je rapproche volontiers de ces cas de tétanos survenus sur des navires un fait intéressant qui, pour s'être passé à terre, n'en est pas moins en dehors de toute influence équine, à cause de ses conditions particulières. J'en dois la connaissance à M. Le Roy de Méricourt, qui l'a observé alors qu'il était attaché au service de l'hôpital du bagne, à Brest. Un forçat, en traversant le grand atelier de la corderie à l'arsenal, marcha sur une pointe en cuivre à doublage; la pointe pénétra la semelle du soulier, sans doute en mauvais état, et fit une plaie à la région plantaire. Ce forçat, admis à l'hôpital, fut atteint de tétanos et mourut. A l'autopsie, on trouva un tout petit fragment de cuir de la semelle qui avait été poussé dans les chairs par la pointe, et qui était demeuré en contact avec une des branches du nerf plantaire. On sait qu'au bagne il n'y avait pas de chevaux, et que jamais, dans l'arsenal de Brest, les forçats n'étaient en contact avec des chevaux.

Il est bien difficile de saisir, de soupçonner, même dans les conditions si nettes où ces différents faits se sont présentés, la moindre transmission morbide éloignée ou prochaine du cheval à l'homme. Or, comme le tétanos se rencontre dans des circonstances où cette transmission ne saurait être en cause, on est autorisé à n'en considérer l'origine équine que comme une pure hypothèse en contradiction avec l'observation.

Veuillez agréer, etc.

O. Saint-Vel.

10 octobre 1886.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Des greffes osseuses dans les pertes étendues de substance du squelette. Note de M. A. Poncet. — Dans les inflammations aiguës des os (ostéo-périostite phlegmoneuse, ostéo-myélite infectieuse) chez les jeunes sujets, on observe fréquemment des nécroses étendues emportant une longueur plus ou moins grande du squelette. Parfois la diaphyse est nécrosée dans sa totalité; à l'avant-bras, à la jambe plus particulièrement, la diaphyse tibiale et son épiphyse inférieure peuvent être complètement détachées.

Lorsque le malade survit, la solution de continuité qui succède à l'extraction d'un tel séquestre demande plusieurs mois pour se combler, le résultat définitif est variable.

Le périoste a-t-il été conservé lors de l'ablation de l'os nécrosé, n'a-t-il pas été détruit par l'inflammation sur une trop grande hauteur, des masses osseuses se forment, un os nouveau se reproduit, rappelant plus ou moins par sa forme, son volume, sa solidité, la portion du squelette enlevée.

Les cas ne sont pas rares où, pour une raison ou pour une autre, les propriétés ostéogéniques de la gaine périostale ne vont pas jusqu'à la formation d'un tissu osseux solide, pouvant, au point de vue fonctionnel, rendre des services. Parfois, diverses observations en témoignent, il n'y a aucune régénération osseuse, un cordon fibreux d'épaisseur variable remplace l'os détruit et l'usage du membre est des plus gravement compromis.

M. Poncet a pensé qu'il serait possible, en pareil cas, de reconstituer le squelette absent, d'aider à la formation d'un os nouveau par des greffes osseuses faites dans des conditions bien déterminées dont on ne s'était point encore préoccupé.

Les expériences de M. Ollier et d'autres physiologistes, l'observation de Mac Ewen, avaient démontré que des fragments osseux peuvent se greffer dans les tissus et y vivre sans être résorbés; mais il ne semblait pas que ces recherches dussent recevoir une application thérapeutique. Ce n'est point, en effet, ainsi qu'on l'avait fait jusqu'à ce jour, après la cicatrisation de la plaie, quand l'os est remplacé par un tissu fibreux, que l'on doit compter sur les greffes

osseuses; les conditions de vitalité des fragments transplantés sont alors précaires, le plus souvent ils ne s'enkystent pas et sont entraînés par la suppuration.

Il n'en est pas de même quand on agit sur un autre terrain, lorsqu'on a recours aux greffes pendant toute la durée de la réparation de la plaie, quand des bourgeons charnus, bien vasculaires, peu suppurants, partent du du fond, des bords de la solution de continuité qu'ils tendent à combler. Les fragments transplantés se trouvent alors dans un véritable milieu ostéogénique; en contact avec des bourgeons appelés à l'ossification, ils sont mieux à même de se nourrir, de se greffer, et de contribuer à la formation d'un os solide.

C'est ainsi que M. Poncet communique à l'Académie l'observation d'un malade chez lequel il a obtenu par des greffes osseuses, après une nécrose du tibia droit, un os solide, volumineux, reproduisant dans sa forme l'os ancien et permettant l'usage du membre, c'est-à-dire la marche.

Cette observation très détaillée a conduit l'auteur aux considérations suivantes:

Dans les pertes de substance étendues du squelette, traumatiques, mais surtout spontanées, devant compromettre l'usage d'un membre, on essayera comme moyen thérapeutique les greffes osseuses.

Les fragments devront être petits, ne guère dépasser 0m,008 à 0m,010 comme longueur et 0m,003 à 0m,004 d'épaisseur.

Ils devront être empruntés de préférence aux parties du squelette où l'ossification est le plus active, aux régions juxta-épiphysaires, voisines du cartilage d'accroissement, ils comprendront le périoste.

Toutes les fois que la chose sera possible, on utilisera le squelette de nouveau-nés, d'enfants. On pourra également se servir de greffes empruntées à de jeunes animaux.

Le terrain, au point de vue de la réussite des greffes, joue un rôle important. En contact avec des bourgeons appelés pour la plupart à l'ossification, elles trouvent des conditions particulières de nutrition qui assurent leur vitalité. Elles exercent probablement en plus une action de présence qui réveille dans les tissus voisins des propriétés ostéogéniques.

Une immobilisation parfaite et de grandes précautions antiseptiques sont nécessaires.

Nouvelles recherches expérimentales sur la rigidité cadavérique. Note de M. Brown-Sequard. — Dans le travail qu'il communiquait à l'Académie le 9 novembre de l'année dernière, l'auteur rapportait quelques premiers faits contraires à la théorie sur la nature de la rigidité cadavérique. Aujourd'hui il présente la suite de ses recherches expérimentales, lesquelles démontrent que la théorie, d'après laquelle cette rigidité dépend de la coagulation des substances albumineuses des muscles est absolument fausse.

Voici d'ailleurs résumés ces différents faits qui ne comprennent pas moins d'un millier d'observations:

1° L'existence de fluctuations dans l'état de la rigidité cadavérique pendant toute sa durée, l'allongement ou le raccourcissement alternatifs des muscles ne peuvent être expliqués par la production de coagulation de substances albumineuses.

2° Les muscles raidis peuvent être assouplis aisément, ainsi qu'on le sait, lorsque la rigidité date de longtemps. Dans ces conditions, même le dix-neuvième, le vingt-troisième, le vingt-sixième jour, l'auteur a pu constater que la rigidité détruite reparaissait chez un grand nombre d'animaux de diverses espèces, mais surtout chez des chiens. Il a constaté aussi que la rigidité peut revenir après l'assouplissement des membres, non seulement le jour même, mais encore un nombre considérable de jours plus tard et cela jusqu'à l'apparition de la putréfaction. Nystin avait nié ce retour; Summer l'avait vu sans en donner aucune explication, tandis que dès 1858, M. Brown-Sequard démontrait que la rigidité disparue pouvait reparaître. En somme, c'est au moment de la putréfaction seulement que la rigidité disparaît.

3° A l'aide d'un moteur hydraulique mettant en mouvement un membre d'animal mort depuis quelque temps, soit avant, soit pendant l'apparition de la rigidité (mouvement continué pendant six, sept, huit et dix heures), M. Brown-Sequard a trouvé que pendant tout le temps que le membre est resserré, il reste souple, pour devenir raide très rapidement après la cessation des mouvements.

4° Enfin une autre série d'expériences a consisté à faire exécuter avec la main des mouvements aux muscles; là également la rigidité survient après la cessation de ces mouvements et le membre devient aussi rigide que celui qui n'a pas été agité.

5° Tous ces mouvements ont été constatés et enregistrés par la méthode graphique, ainsi que M. Brown-Sequard l'a indiqué dans sa précédente communication à l'Académie.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Oudin* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (*Accepté*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de la famille de feu M. le professeur *Parrot* et au nom de l'éditeur, M. *G. Masson*, un ouvrage intitulé : *Maladies des enfants, la syphilis héréditaire et le rachitis*, par M. *Parrot*; 2° de la part de M. le docteur *Henri Henrot* (de Reims), deux mémoires imprimés, ayant pour titres : *L'enseignement national dans ses rapports avec l'hygiène* et *Le traitement des kystes hydatiques du foie par l'électrolyse capillaire*; 3° au nom de M. le docteur *Schiffers* (de Liège), une brochure sur l'*hémiatropie de la langue*; 4° de la part de M. le docteur *Albanese*, une brochure intitulée: *Cholera e doveri del governo e del paese nelle epidemie*.

M. *Siredey* présente une brochure de M. le docteur *Duguet*, sur *le traitement des goitres par les injections iodées*.

M. *Léon Colin* dépose: 1° la Relation d'*une épidémie d'affections typhiques* observée à Condé par M. le docteur *Catrin*, médecin-major de 2° classe; 2° une *Note sur la vaccination animale*, par M. le docteur *Strœbel*, médecin aide-major; 3° une *Notice sur l'eau thermale des bains de la Reine*, par M. *Lacour*, pharmacien-major à Oran.

M. *Larrey* présente une *Étude médicale sur les fumeurs d'opium en Chine*, par M. le docteur *Libermann*.

M. *Duplay* fait hommage du 3° fascicule du tome VII du *Traité de pathologie externe*, de *E. Follin* et *S. Duplay*.

Inspectorat des eaux minérales. — M. le ministre du commerce et de l'industrie a reçu depuis quelque temps un grand nombre de réclamations émanant, pour la plupart, des médecins consultants établis dans les stations thermales les plus fréquentées, qui invoquent, à l'appui de leur demande de suppression de l'inspectorat, des intérêts moraux et professionnels du Corps médical. Il a pensé qu'il appartenait à l'Académie, « organe autorisé et libre du corps médical », de donner son avis sur cette importante question et il la convie à délibérer « sur le point de savoir s'il convient de maintenir l'inspectorat des eaux minérales et, dans l'affirmative, quelles réformes il y aurait lieu d'apporter dans le recrutement du personnel de l'inspection et dans le fonctionnement de ce service ». — (Cette lettre est renvoyée à la Commission des eaux minérales, chargée de préparer un projet de réponse.)

Dilatation permanente de l'utérus. — M. le docteur Vulliet (de Genève) a lu, à la séance du 6 avril 1886, un mémoire sur un nouveau procédé de dilatation et ses applications au diagnostic et au traitement des affections utérines. Au nom de la Commission à l'examen de laquelle ce mémoire a été renvoyé, M. *Charpentier* lit un rapport très développé sur les observations auxquelles cette méthode lui paraît devoir donner lieu. Elle consiste essentiellement dans les manœuvres suivantes: la malade était placée dans la po-

sition genu pectorale, examen du col découvert par une valve de Sims; présentation à son orifice et introduction dans la cavité d'un tampon de coton que l'on pousse avec une sonde métallique (chaque tampon, après avoir été plongé dans une solution composée de 1 partie d'iodoforme et 10 parties d'éther, a été séché et conservé dans un flacon bien bouché); introduction des tampons jusqu'à ce que la cavité du col soit bourrée: extraction des tampons après quarante-huit heures de répétition de cette opération, en introduisant plus de tampons que la première fois. Ainsi, l'on peut aisément parvenir, d'après M. Vulliel, à rendre visible la cavité du corps dans toute son étendue, et l'on peut opérer et voir les résultats donnés; il déclare avoir employé ce procédé avec succès dans des cas de cancer ou fibromyomes cavitaires et pariétaux, enfin dans certains cas d'endométrite chronique.

M. Charpentier cite sept observations dans lesquelles MM. Labbé, Horteloup, Labbat (de Saint-Sauveur), Porak et lui-même ont appliqué le procédé de M. Vulliet. Il en résulte qu'il ne serait pas toujours applicable, même dans les conditions indiquées par son auteur; car la dilatation complète ne peut toujours être obtenue, soit qu'elle se fasse avec une lenteur trop grande, quel que soit le moyen employé, soit qu'elle provoque des douleurs intenses; les malades dans ces cas préfèrent s'en passer. Toutefois le procédé réussit fréquemment, sans être pour les malades une cause de souffrance ni même une cause de gêne; l'utérus, une fois sa témérité vaincue, tolère les tampons avec la plus grande facilité. Il faut ajouter que ces tampons déterminent dans la cavité une asepsie complète et absolue, modifiant l'état des surfaces morbides, changeant la nature des sécrétions et supprimant la cause d'infection. En résumé, si le procédé de M. Vulliet n'est pas applicable à tous les cas, il a tout au moins pour lui son innocuité; toutes les malades chez lesquelles il a pu être employé en ont retiré un bénéfice incontestable; chez quelques-unes même il a produit une amélioration réelle de l'état général; il donne enfin au chirurgien une certaine facilité opératoire.

Strabisme. — Suivant M. *Javal*, le traitement du strabisme ne saurait être uniforme, et il faut tenir compte, avec soin, soit pour la ténotomie, soit pour le traitement optique de cette affection, de leurs indications et des contre-indications dans chaque cas particulier.

M. Javal montre tout d'abord les appareils dont il se sert pour le traitement optique; ce sont: 1° une louchette, sorte de coquille percée qui, appliquée sur l'œil le meilleur, le supprime complètement au point de vue fonctionnel et force l'œil malade à acquérir une acuité visuelle suffisante pour être utilisée dans la vision binoculaire; 2° un stéréoscope à réflexion, permettant de varier à volonté la convergence et la divergence des images, afin d'augmenter l'énergie du muscle dont la contraction est appelée à remédier au strabisme; 3° une sorte de stéréoscope composé de deux verres prismatiques mobiles, à travers lesquels doivent être regardées deux images, en amenant les yeux à la fusion de celles-ci en tournant le prisme correspondant à l'œil le moins bon.

Au point de vue du traitement, il faut distinguer les strabiques myopes des autres strabiques, et parmi les premiers ceux dont le strabisme est convergent et ceux dont il est divergent. Chez les myopes, c'est le strabisme convergent qui se montre le premier, en raison des efforts que la myopie exige pour les muscles droits internes; il est rare d'ailleurs, car il ne tarde pas à être remplacé par le strabisme divergent; pour le guérir, il suffit de donner au malade des lunettes concaves appropriées. Quant au strabisme divergent, consécutif au premier, et que Buffon avait si bien décrit, il vient de ce que l'œil le moins bon, n'ayant aucun intérêt à aider le meilleur, renonce à sa participation dans la vision binoculaire, obéit dès lors à l'action des muscles droits externes et se place en divergence; si celle-ci est au début, il suffit de corriger la myopie et de faire exercer les muscles droits au moyen des instruments énumérés plus haut; si la déviation est ancienne, on peut utilement faire précéder les exercices d'une ténotomie, mais sans négliger toutefois ceux-ci à la suite de l'opération et avec toute la persévérance nécessaire. Lorsque le strabisme est indépendant de la myopie et qu'il coïncide même avec un certain degré d'hypermétropie, c'est au strabisme convergent que l'on a affaire; il commence à se manifester peu de temps après la naissance; il reste tout d'abord accidentel, puis avec l'âge il devient permanent, avec exacerbation au moment de la vision des objets rapprochés, de telle sorte qu'il y existe alors dans l'infirmité une partie fixe et une partie variable. Faire une opération lorsque ce strabisme n'est pas permanent est une faute grave, car on s'expose à le transformer en strabisme divergent; par contre, les moyens optiques sont parfaitement suffisants et ils peuvent même réussir, ainsi que M. Javal en donne un curieux exemple, lorsque le strabisme est en partie permanent, pourvu qu'il soit encore peu prononcé.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Les ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac: M. Troisier. — Kyste hydatique du foie suppuré. Diagnostic: Tuberculose pulmonaire probable: M. Guyot. (Discussion: MM. Ollivier, E. Labbé, Millard, Féréol.)

M. *Troisier* donne lecture d'un mémoire intitulé: *Les ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac* (voy. p. 683).

— M. *Guyot* communique une observation ayant pour titre: *Kyste hydatique du foie suppuré. Diagnostic: Tuberculose pulmonaire probable.* Il s'agit d'un jeune sous-lieutenant de vingt-quatre ans qui vint consulter M. Guyot, au mois de septembre 1885, pour une douleur intense à la base de la poitrine, à droite, plus marquée en avant, et s'accompagnant de perte de l'appétit, de dyspepsie et d'accès de fièvre revenant le soir à des intervalles irréguliers. Le teint était mat, et la physionomie fatiguée. La percussion révélait en avant, à droite, une matité s'étendant du mamelon au rebord costal; en arrière, de la submatité vers la partie inférieure de la fosse sus-épineuse, et de la matité absolue à partir du milieu de la fosse sous-épineuse; à gauche, sonorité normale. A l'auscultation, on constatait des frottements pleuraux nombreux dans toute la région de la base du poumon droit; quelques froissements fins au sommet. A gauche, sous la clavicule, respiration supplémentaire. Pas de toux ni d'expectoration. Antécédents personnels ou héréditaires nuls au point de vue de la tuberculose. M. Guyot diagnostiqua une pleurésie sèche avec embarras gastrique; mais les douleurs ne firent qu'augmenter, et l'état général devint plus inquiétant: fièvre irrégulière, sueurs profuses, diarrhée; le lobe gauche du foie paraissait dépasser un peu ses limites normales. Une consultation fut décidée avec l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté, qui pensa qu'il s'agissait de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. Le malade fut envoyé à Amélie-les-Bains, et le médecin auquel il fut adressé admit également l'existence de la tuberculose; il tint M. Guyot au courant de la situation et insista bientôt si particulièrement sur l'existence de la congestion du foie, que M. Guyot émit l'hypothèse d'un kyste hydatique, qui lui était déjà venue à l'esprit sans qu'il ait cru devoir s'y arrêter. Cependant une amélioration considérable se montra sous l'influence du régime lacté, et le malade quittait Amélie-les-Bains, au mois de février, en pleine santé. Le diagnostic du médecin qui l'avait suivi durant tout son séjour aux eaux

était : congestion hépatique et pleuro-pulmonaire, de nature arthritique, survenue sous l'influence d'une cause débilitante. Au mois de mai suivant, le malade fut repris, au milieu de ses occupations, d'accidents analogues à ceux qu'il avait éprouvés déjà : fièvre irrégulière, sueurs, état saburral, diarrhée, douleurs thoraciques vives à droite et dans l'articulation scapulo-humérale de ce côté, etc. La matité et l'absence du murmure vésiculaire étaient les mêmes ; très légère dilatation des espaces intercostaux, pas de frémissement hydatique, pas d'ictère. M. Guyot fit appeler un de ses collègues des hôpitaux, qui crut à une pleurésie sèche, sans tuberculose ; ce fut également le diagnostic d'un autre médecin des hôpitaux, fort compétent à l'égard des affections hépatiques, et que le malade alla consulter sur l'indication de M. Guyot. L'état général empirant, les deux premiers consultants furent appelés de nouveau, et l'hypothèse de tuberculose fut abandonnée ; on résolut alors de pratiquer une ponction exploratrice, en présence de la possibilité d'un kyste hydatique suppuré. Mais la famille réclama encore une consultation avec un autre professeur de la Faculté, qui se prononça d'abord pour une pleurésie sèche avec tuberculose, et admit enfin sur les objections pressantes et convaincues de M. Guyot la réalité d'un kyste du foie suppuré. Deux ponctions furent pratiquées, et, dans le pus extrait, on constata la présence de crochets. Un chirurgien fut alors appelé et retira, au moyen d'une ponction avec l'appareil Potain, 800 grammes d'un mélange de pus et de sang. Mais l'état général devint progressivement plus alarmant, une perforation intestinale se produisit, les forces du malade déclinèrent rapidement en dépit d'une transfusion de 110 grammes de sang pratiquée, le 11 juillet, par MM. Quénu et Colin, et la mort survint le 13 juillet en pleine connaissance. — M. Guyot insiste sur les difficultés considérables du diagnostic et sur l'intérêt clinique d'un fait de ce genre ; il regrette de n'avoir pas affirmé plus hardiment son opinion en dépit de l'avis opposé de tous ses collègues, car on peut se demander si une ponction pratiquée plus tôt n'eût pas permis d'éviter la terminaison fatale.

M. *Ollivier* a été à même d'observer dernièrement un cas tout analogue, chez un jeune sous-officier revenant du Tonkin, et qui avait été déclaré phthisique. Ne trouvant pas les signes d'auscultation habituels aux sommets des poumons, et constatant une augmentation notable du volume du foie, M. Ollivier rechercha dans l'expectoration du malade les crochets des échinocoques, car il soupçonnait dès lors un kyste hydatique du foie. La présence indiscutable de ces crochets ne laissa place à aucun doute sur le diagnostic. Le malade refusa l'intervention opératoire et ne tarda pas à succomber. Dans un autre cas, le même secours fut apporté au diagnostic incertain par la constatation d'échinocoques dans le sang expectoré par un malade atteint de kyste hydatique du poumon, et que divers observateurs avaient cru phthisique. Il ne faut jamais négliger en pareil cas de recourir à l'examen histologique des crachats.

M. *E. Labbé* pense que les symptômes de pleurésie sèche qui ont attiré l'attention des observateurs vers une affection pleuro-pulmonaire étaient précisément de nature à guider leur diagnostic vers un kyste de la face convexe du foie. La pleurésie, surtout la pleurésie sèche, accompagne en effet presque constamment l'affection hépatique, et, à diverses reprises, M. E. Labbé a pu diagnostiquer un kyste hydatique, grâce à la constatation des signes de pleurite. Les observations qu'il invoque à l'appui montrent que le diagnostic a été confirmé par l'évolution de la maladie ou par les résultats de la ponction exploratrice.

M. *Guyot* fait remarquer à M. Ollivier qu'il a noté dans l'observation de son malade l'absence de toute expectoration ; par suite, les renseignements qu'aurait pu fournir l'examen histologique des crachats ont fait constamment défaut. Il a été d'ailleurs impossible, malgré tout le soin apporté dans la recherche de ce signe, de tracer la limite supérieure du foie dont la matité se confondait avec la matité pleuro-pulmonaire remontant assez haut dans la ligne axillaire.

M. *Millard* a été appelé deux fois à voir le malade de M. Guyot. La première fois, il a conclu à des accidents pleuraux sans tuberculose. La seconde fois, un mois plus tard, très frappé par l'aggravation de l'état général et par la marche de la fièvre à paroxysmes vespéraux très marqués et irréguliers, il n'hésita pas à reconnaître son erreur, et, en présence d'un certain degré de dilatation des espaces intercostaux et d'une fluctuation obscure au niveau du mamelon, il admit comme très vraisemblable le kyste hydatique suppuré du foie. Il conseilla vivement l'intervention chirurgicale : ponctions répétées et lavages antiseptiques.

M. *Guyot* ne peut admettre, avec M. E. Labbé, la valeur séméiologique de la pleurésie sèche de la base droite relativement au kyste hydatique de la face convexe du foie. Celui-ci se rencontre en effet bien plus rarement que la pleurite sèche de la base.

M. *E. Labbé* n'ignore pas qu'il existe d'autres causes de pleurésie sèche, mais il maintient qu'elle accompagne le kyste hydatique de la face convexe du foie et qu'elle a, par suite, une grande importance pour le diagnostic.

M. *Ollivier* ne partage pas cette opinion. Il conteste tout au moins la fréquence de la pleurésie de la base, car il l'a bien souvent recherchée en vain dans les cas de kyste hydatique du foie. Elle se montre lorsque le kyste tend à s'ouvrir dans le poumon ou les bronches. Au contraire, la pleurésie sèche accompagne très fréquemment la cirrhose du foie et paraît n'être que la propagation de la périhépatite si commune dans cette affection.

M. *E. Labbé* a constaté assez souvent la coexistence de la pleurite et du kyste hydatique pour se croire autorisé à considérer les symptômes pleuraux comme un bon signe de l'affection hépatique. En y comprenant le malade de M. Guyot, la pleurésie sèche de la base s'est montrée chez les six derniers malades atteints de kyste hydatique du foie dont il possède les observations.

M. *Féréol* pense que dans le cas si instructif rapporté par M. Guyot, les regrets bien légitimes que doit inspirer la terminaison fatale peuvent être tempérés par ce fait que la situation du kyste à la face convexe du foie, derrière la cage thoracique, rendait bien difficile, sinon impossible, une intervention opératoire radicale au moyen de la laparotomie. Il lui semble assez douteux que l'on ait pu s'opposer efficacement, en pareil cas, aux graves accidents qui ont entraîné la mort.

— Élections : MM. Edg. Hirtz et Gaucher sont nommés membres titulaires ; M. Frédet, membre correspondant de la Société.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

État de l'intestin dans la hernie étranglée : M. Fleury. — Imperforation de l'hymen : M. Ozeski. — Sonde urétrale : M. Bruch. — Luxation de la mâchoire : M. Farabeuf. — Gastrotomie : M. Polaillon.

M. *Chauvel* lit une note de M. *Fleury* (de Clermont-Ferrand) sur l'*état de l'intestin dans la hernie étranglée.* Il se ferait parfois une section des deux tuniques internes seules et la séreuse se romprait plus tard sous la pression de matières fécales lorsque leur cours est rétabli.

— M. *Le Dentu* fait deux rapports : 1° une observation de M. le docteur Ozeski (de Montgeron) sur une *imperforation de l'hymen* avec rétention menstruelle très douloureuse. Les accidents ont cessé après l'incision simple; c'est un fait heureux, mais souvent il faut plus de précautions; 2° sur une *sonde uréthrale* imaginée par M. Bruch (d'Alger) pour éviter la facilité avec laquelle sortent les sondes molles mises à demeure.

— M. *Farabeuf* fait une importante communication sur les causes anatomiques qui empêchent la mâchoire de se fermer lorsque le condyle reste en avant de la racine transverse de l'arcade zygomatique. Nous étudierons à part cette communication dans un numéro ultérieur, car elle sera continuée dans la prochaine séance.

— M. *Polaillon* présente un malade auquel il a extrait une fourchette de l'estomac par la gastrotomie. — L'observation a déjà été communiquée à l'Académie de médecine (voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 654).

A. Broca.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886.

(Suite. — Voyez les numéros 39, 40 et 41.)

Section de médecine.

M. *Basch* (Vienne) s'est occupé des *relations de la quantité de sang en circulation dans les vaisseaux avec la stase veineuse.* Les expériences qu'il a faites avec M. Schvannburg démontrent qu'en injectant dans les vaisseaux d'un animal des quantités considérables d'eau salée, on ne parvient ni à élever la pression intra-vasculaire normale, ni à renforcer un accroissement de pression déjà existant, ni à produire une stase veineuse; que, d'autre part, la stase veineuse limitée aux poumons n'entraîne pas par elle-même une diminution de la capacité respiratoire; si celle-ci s'observe avec la stase veineuse engendrée par l'empoisonnement muscarinique, cela tient à ce que, sous l'influence de la muscarine, le muscle cardiaque se raccourcit pendant la diastole, et que par suite l'oreillette gauche éprouve plus de difficulté à déverser son contenu dans le ventricule.

— M. *Cantani* (Naples) a soulevé la question de savoir d'où provient l'*agent toxique qui crée le danger dans les cas de choléra?* L'expérience suivante rend très vraisemblable l'hypothèse qui impute ce danger à la sécrétion d'une ptomaïne par le bacille-virgule. En injectant à des chiens, dans le péritoine, une culture du bacille en question, préalablement échauffée à 100 degrés, on développe les symptômes du choléra, résultat qu'on n'obtient pas toujours en injectant un liquide qui tient en suspension des bacilles vivants, qu'on n'obtient jamais quand on injecte un liquide indifférent préalablement stérilisé. L'auteur a examiné ensuite quelles indications thérapeutiques découlent de cette notion; la meilleure manière de remplir ces indications consiste, selon Cantani, à injecter une solution d'acide tannique à 1 pour 100 dans l'intestin (entéroclyse) et sous la peau (hypodermoclyse).

— M. *Frank* a exposé les bons résultats que fournit l'*ébranlement mécanique du cœur et des organes thoraciques, dans les états pathologiques avec mort apparente.* Il a décrit le procédé qu'il a employé en pareils cas pour communiquer des ébranlements mécaniques aux organes logés dans le thorax et pour obtenir le réveil des battements du cœur.

— M. *Fleischer* a présenté : 1° un *nouveau modèle d'endoscope pour l'examen direct de la cavité stomacale;* 2° un *nouvel appareil respiratoire destiné à des usages thérapeutiques.*

— M. *Gaertner* a présenté un *appareil pour l'enregistrement graphique des mouvements respiratoires.*

Section de chirurgie.

M. *Küster* a fait une communication sur les *rétrécissements cicatriciels de la trachée,* qu'il divise en quatre catégories, suivant que la sténose est consécutive à un traumatisme, à la diphthérie, à la syphilis, à une néoplasie (sarcome ou carcinome). Les plus fréquents sont les rétrécissements diphthéritiques dont il y a lieu de distinguer trois formes : *a.* les rétrécissements dus à des granulations dont le développement est provoqué par l'irritation de la canule; *b.* les rétrécissements cicatriciels sous-muqueux; *c.* les rétrécissements muqueux qui prennent naissance à la suite de la destruction de la muqueuse; ils sont rares, car les lésions qui les engendrent emportent le plus souvent les petits malades.

Le traitement devra poursuivre la dilatation sanglante de la fistule, au besoin l'incision de la trachée, la destruction des granulations, des brides, etc., la dilatation méthodique et progressive avec un instrument laissé à demeure, l'introduction d'une sonde de Dupuis. Une première tentative échoue souvent, et alors il faut tout recommencer. L'extirpation de la trachée doit être réservée pour les cas extrêmes, et pour ceux où le rétrécissement est occasionné par une tumeur maligne.

— M. *Bocker* a observé un cas d'*enchondrome du cartilage cricoïde,* chose rare. La néoplasie était implantée sur le segment postérieur de l'anneau formé par le cartilage; il obstruait presque totalement la lumière du larynx. La tumeur fut extirpée avec le cartilage. Le malade a guéri; il parle aujourd'hui très distinctement quand il est muni de la canule de Bruns.

— M. *Bardleben* donne le nom de *pseudo-croup* aux états pathologiques qui réalisent la symptomatologie du croup sans qu'il y ait diphthérie. Il a observé jadis, avec Traube, trois cas de cette nature. Dans tous les trois, les accidents étaient dus à la présence d'un corps étranger dans le larynx (bouton de chemise, fragment de galette, morceau de bois).

— M. *Weinlechner* a rapporté trois exemples de *corps étrangers mobiles dans le larynx;* un signe constant, en pareil cas, consiste dans un bruit de soupape, qu'on perçoit tantôt au moment de l'expiration, tantôt au moment de l'inspiration.

— M. *Bocker* a pratiqué la trachéotomie chez un sujet qui était en imminence d'asphyxie; le malade succomba. A l'autopsie on trouva l'une des *bronches comprimée* et l'autre *obstruée par un ganglion bronchique caséifié.*

— M. *Baumgaertner* (de Baden-Baden) revient sur la question de la *cachexie strumiprive,* qu'il avait déjà traitée lors de l'avant-dernière réunion du Congrès. A cette époque il avait annoncé 4 cas de cachexie strumiprive empruntés à sa pratique. A cette liste est venu s'ajouter un cinquième cas. Toutefois, en regard de ces cinq faits malheureux se dressent six autres, où l'extirpation totale de la glande thyroïde n'a pas été suivie de cachexie. De sorte que l'auteur a été amené à modifier son jugement primitif et à ne plus se rallier à la proscription formulée par Kocher contre l'extirpation totale du goitre. La cachexie strumiprive, d'après l'auteur, a pour point de départ la lésion des filets du récurrent, qui entraîne une atrophie d'une portion du grand lymphatique, se prolongeant jusqu'aux centres de ce nerf. Le chirurgien devra donc

prendre toutes les précautions possibles pour éviter d'intéresser le récurrent.

— M. *Voltolini* (de Breslau) a fait une communication sur l'emploi de l'*électrolyse pour les opérations*. Il a développé cette thèse, que l'électrolyse n'obtient pas encore auprès des chirurgiens toute la considération qu'elle mérite. Cela tient en partie à ce que les appareils sont à la fois très dispendieux et d'un maniement délicat. L'auteur a obvié à ces deux inconvénients en imaginant une batterie dont le prix est abordable à toutes les bourses et qui est d'un maniement facile. Il a insisté ensuite sur ce point, que lorsqu'on emploie l'électrolyse pour la destruction des tumeurs, il faut éviter de faire passer le courant par des parties saines. Pour cela, il faut relier les deux pôles à des aiguilles qu'on enfoncera toutes deux dans la masse à détruire à une faible distance l'une de l'autre. Et comme les aiguilles sont sujettes à se déplacer, à s'enfoncer plus qu'il ne faut, l'auteur en a imaginé qui sont terminées par des sortes d'érignes et qui se fixent bien aux parties saisies. C'est surtout le traitement électrolytique des tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales, que l'auteur a eu en vue dans sa communication.

— M. *Witzel* (de Bonn), à propos de la *suture tendineuse*, a recommandé le procédé suivant pour les cas où la suture se heurte à de grandes difficultés : mettre les bouts à suturer à nu de telle sorte que la section de la gaîne tendineuse ne coïncide pas avec la section cutanée, cela en taillant un lambeau cutané de forme et de dimensions convenables. L'accolement des deux bouts du tendon est réalisé au moyen d'une double suture, l'une destinée à opérer la contention, l'autre destinée à remédier à la distension des bouts.

— M. *Bramann* (de Berlin) a relaté l'observation d'un homme de soixante-trois ans, qui s'était aperçu depuis un an environ de l'existence d'une tumeur abdominale. Celle-ci était fluctuante, très mobile, du volume de deux poings, fixé lâchement à l'angle supérieur du sacrum. Extirpation de la tumeur par la laparotomie. Il s'agissait d'un *kyste rempli de chyle*.

— M. *Rydygier* a fait une communication sur le *traitement opératoire du pied varus paralytique*. La plupart des sujets affectés de cette forme de pied varus tombent aux mains des bandagistes et portent des appareils plus nuisibles qu'utiles. L'auteur préconise l'opération suivante, pour les cas en question : incision longitudinale de 6 centimètres le long du péroné, à travers laquelle on peut facilement décortiquer le cartilage des surfaces articulaires, en contact, du péroné et de l'astragale. En écartant les parties molles avec un crochet assez large, on peut facilement enlever de la face supérieure de l'astragale un coin à base dirigée en dehors, et détacher ensuite le cartilage de la surface articulaire du tibia. Puis on draine l'articulation d'avant en arrière, on redresse le pied, et on applique un pansement antiseptique, qui sert en même temps à fixer le pied en place. Pour assurer le succès, on fera bien de faire porter au patient une chaussure, munie d'attelles latérales fixes. Quand les attelles se brisent en deux, il est inutile de les remplacer.

Section de gynécologie.

— M. *Czempin* a fait une communication sur *les rapports de la muqueuse utérine avec les affections des annexes de l'utérus*, pour soutenir que beaucoup d'affections de la muqueuse utérine sont consécutives à des affections des annexes, telles que inflammations aiguës ou subaiguës des ovaires ou des trompes, paramétrite exsudative, irritations pelvi-péritonéales entretenues par des cicatrices des ligaments larges à la suite d'ovariotomies ou de salpingotomies, certaines néoplasies, en particulier le sarcome des ovaires. Sous l'influence de ces lésions des annexes se développent des altérations de la muqueuse utérine qui se traduisent par des hémorrhagies à marche irrégulière. Celles-ci ne sont quelquefois que la conséquence d'une congestion de la muqueuse ; d'autres fois elles résultent d'une endométrite hyperplasique.

— Deux communications sur la *castration dans les cas de névrose* ont été faites l'une par M. *Schrœder*, l'autre par M. *Schramm* ; ce dernier a eu surtout en vue la castration dans ses rapports avec la guérison de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie chez la femme. D'après Schramm, on peut, au prix de l'extirpation des deux ovaires, obtenir la guérison définitive de l'hystéro-épilepsie grave ; l'auteur en cite deux exemples.

M. Schrœder a soutenu la même thèse pour les névroses graves en général. A l'encontre de Hegar, il est d'avis qu'il faut tenter l'extirpation des ovaires, même quand il n'y a pas de raison de supposer ces organes envahis par des lésions. Sur 12 cas qu'il a opérés, il en est 3 où la guérison se maintient depuis des années (huit et demi, sept et cinq années).

Ces deux communications ont fait l'objet d'une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Hegar, Freund, Güsserow, Olshausen, Landau.

— M. *Sänger* a parlé sur *la technique de l'amputation sus-vaginale de l'utérus dans les cas de myomes*. Dans un cas de tumeur sous-séreuse et intra-ligamenteuse, après avoir extirpé la tumeur, il a entouré le pédicule d'une ligature élastique, puis il a fixé par des sutures le péritoine pariétal de la paroi abdominale à la paroi postérieure du pédicule, de façon à isoler ce dernier du reste de la cavité abdominale.

— M. *Schulze* (Iéna) a relaté un cas d'*amputation du corps de l'utérus par la laparatomie, pour cause de rétention du placenta et septicémie puerpérale*. Guérison.

— M. *Löhlein* a exposé les *indications de l'avortement provoqué dans les cas d'affections internes* (chorée des femmes gravides, vomissements incoercibles, néphrite, affections cardiaques).

— M. *M. Schlesinger* a parlé de l'*intervention opératoire dans les cas d'absence congénitale du vagin*.

— M. *Cohnstein* a fait connaître les résultats de ses recherches concernant la *pression intra-vasculaire avant et après l'accouchement*.

— M. *Ruge* a pu étudier la *distribution vasculaire du placenta* chez une femme morte au moment d'accoucher. Les vaisseaux utérins ont été injectés sur le cadavre de cette femme, en même temps que les espaces intervilleux du placenta l'ont été à travers l'artère ombilicale.

— M. *Schatz* a exposé les recherches qu'il a faites sur le cadavre pour connaître la véritable *situation de l'utérus ;* il a indiqué les précautions à prendre par les anatomistes pour maintenir sur le cadavre l'utérus dans la position qu'il occupe sur le vivant.

— M. *Cohn* a fait une communication sur l'*ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés*, pour soutenir que les instillations prophylactiques d'une solution de nitrate d'argent (Crédé), de sublimé ou de sulfophénate de zinc dans les yeux des nouveau-nés sont superflues, lorsque pendant le travail on s'astreint strictement aux exigences de l'antisepsie et qu'on a soin de bien essuyer les fentes palpébrales de l'enfant, avant qu'il entr'ouvre les yeux.

— M. *Weil* a fait sur l'*endométrite du corps de l'utérus* une communication qui a été suivie d'un assez long débat.

— M. *Winter* a exposé le *traitement du bassin plat*.

— M. *Hofmeier* a fait une communication sur *la guérison définitive du carcinome du col*. Jusqu'au 1er octobre 1885,

161 cas de carcinome du col ont été opérés à la clinique gynécologique de l'Université de Berlin, à savoir : 115 cas d'extirpation partielle du col, 46 cas d'extirpation totale. Les malades qui ont échappé aux conséquences immédiates de l'opération ont été suivies avec soin. Il a fait voir que, contrairement à l'opinion généralement admise, le pronostic de l'opération est très satisfaisant, ainsi qu'il résulte des tableaux communiqués par l'auteur. La guérison peut être obtenue même dans les cas où le début de l'affection remonte assez loin.

— M. *Wyder* a exposé des idées sur *le traitement du placenta prævia* pour préconiser l'emploi de la version combinée.

M. *Jungbluth* a traité le même sujet ; il a recommandé l'emploi de l'éponge préparée, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

— M. *Neugebauer* a relaté *un cas de polymastie*, unique en son genre par le grand nombre de mamelons surnuméraires.

Section de pharmacologie.

La section de pharmacologie n'a tenu qu'une séance, vu le petit nombre de communications annoncées.

— M. *Weyl* (de Berlin) a exposé ses recherches sur *la constation et l'élimination de l'acide azotique dans l'urine de l'homme et des animaux.*

— M. *Edlefsen* (de Kiel) a fait une communication sur *les caractères présentés par l'urine à la suite de l'usage interne de la naphtaline et sur les réactions du naphtachinon β*. Cette communication paraîtra *in extenso* in *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.*

— M. *Wachsner* (de Berlin) a fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus de l'*emploi du courant faradique contre les indurations consécutives aux injections sous-cutanées de préparations mercurielles, de camphre, d'ergotine.*

— M. *Liebreich* (de Berlin) a exposé le *mode de préparation de la lanoline*, un nouvel excipient; il a indiqué les principales réactions de ce nouveau produit.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

De l'opération du bec-de-lièvre, par M. F. Wolff. — Important travail sur les modifications les plus récentes apportées à l'opération du bec-de-lièvre. L'auteur a obtenu les meilleurs résultats par la suture isolée des bords de la lèvre, associée à la suture en zigzag. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 36.)

Relations de la varicelle avec la variole, par M. T. Lang. — Ce mémoire renferme une étude intéressante sur les parasites de la variole et de la varicelle, surtout sur ceux de la première. Quoique le virus de la varicelle ait été l'objet d'examens moins nombreux, on peut affirmer que les parasites de la varicelle diffèrent de ceux de la variole, et comme conséquence pratique qu'une atteinte de varicelle ne confère pas l'immunité contre la variole, contrairement à l'opinion de beaucoup de médecins, et surtout du public. (*Wiener med. Presse*, n°s 31 et 32.)

Recherches expérimentales sur les thromboses, par MM. J.-C. Eberth et C. Schimmelbusch. — Dans cet important mémoire, les auteurs ont étudié le mécanisme de la formation des thromboses et cherché à faire la part qui revient à la lésion vasculaire, au trouble de la circulation, etc. (*Virchow's Archiv*, 1886, Bd CV.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique, par M. P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. T. I, 1er fascicule, *Maladies chirurgicales de la tête.* Paris, 1886, Asselin et Houzeau.

« Chacun, nous dit M. Tillaux, apporte au mouvement scientifique de son époque une part qui varie selon ses goûts, ses aptitudes, la période de la vie où il se trouve et le but qu'il poursuit. » Or tous ceux qui, depuis bien des années déjà, ont fait leurs études à Paris connaissent les goûts de M. Tillaux et le but qu'il poursuit : ses goûts le portent vers l'enseignement; le but qu'il poursuit est de faire cet enseignement pratique et élémentaire. Et tous aussi savent quel talent il apporte alors dans l'exposition. Pour s'en convaincre, il suffit d'avoir suivi quelquefois ses leçons cliniques à l'hôpital, ses leçons d'anatomie topographique ou de médecine opératoire à l'amphithéâtre des hôpitaux. Les faits principaux y sont seuls retenus, mais ils sont mis en évidence avec vigueur et clarté.

C'est exactement le même esprit qui a guidé M. Tillaux dans son *Traité de chirurgie clinique.* Nous signalons aujourd'hui cet ouvrage et ne l'analysons pas, car notre analyse devrait énumérer successivement toutes les maladies du crâne, de l'appareil auditif, de l'appareil visuel, de l'appareil olfactif, de la bouche et de ses dépendances (parotide, joue, lèvres, palais, larynx et région sublinguale, isthme du gosier et amygdales, maxillaires, gencives et dents). Cette étude est précédée d'une introduction où M. Tillaux indique d'abord comment on doit procéder à l'examen des malades; puis il résume en quelques pages les principaux faits concernant le traitement des plaies, l'hémostase, l'anesthésie générale ou locale.

Telles sont les matières examinées dans ce fascicule. On serait mal venu à y chercher des descriptions détaillées, des indications bibliographiques multiples. L'anatomie pathologique et la pathogénie ne sont esquissées que lorsqu'elles ont un intérêt clinique immédiat; les raretés sont passées sous silence. Au contraire, les maladies d'observation vulgaire sont étudiées avec soin, et toujours l'auteur l'a fait en se demandant : « Étant donné ce cas, par quelle voie le praticien arrivera-t-il le plus sûrement au diagnostic? Quel traitement convient-il d'instituer? » Prenons, par exemple, les maladies des fosses nasales : presque tout est consacré aux polypes muqueux, à l'ozène, aux fibromes et fibro-myxomes naso-pharyngiens; parmi les affections de la langue, il ne s'agit guère que de cancer et de syphilis; on trouvera des conseils pratiques des plus judicieux sur l'opération du bec-de-lièvre, sur l'uranoplastie, sur l'amygdalotomie, sur les névralgies de la face et des mâchoires et les sections nerveuses qu'elles peuvent nécessiter, etc.

Est-ce à dire qu'en cet ouvrage tout soit également à louer? Nous n'oserions l'affirmer : si les maladies de l'appareil auditif nous ont paru particulièrement intéressantes, nous avons été moins séduit par celles de l'appareil visuel. Quelques parties semblent un peu écourtées : ainsi les fractures des maxillaires. Pour quelques-unes, cela tient, sans doute, à la manière même dont le livre est conçu. Si l'on trouve trop bref ce qui concerne les traumatismes du crâne, M. Tillaux ne manquera pas de répondre que trop de digressions anatomiques et physiologiques seraient plus nuisibles qu'utiles à un enseignement clair et élémentaire.

D'autres, chirurgiens instruits eux-mêmes, chercheront en ce traité l'avis d'un homme expérimenté « sur le traitement le mieux approprié à chaque circonstance ». Un mot, en effet, leur apprendra ce que pense M. Tillaux ; mais souvent ils voudraient des détails plus abondants et ils s'en prendront alors à l'auteur. A tort, croyons-nous, car, pour

leur être agréable et les dispenser de recourir à des mémoires spéciaux, il eût fallu surcharger ce traité de détails inutiles pour le public auquel il s'adresse avant tout : celui des étudiants et des praticiens. Il faut se garder de faire pour ce livre ce qu'on serait parfois tenté de faire pour son devancier, le *Traité d'anatomie topographique*, auquel nous ne saurions mieux faire que de le comparer. Chacun, au début de ses études médicales, a profité de sa clarté; puis, ceux qui approfondissent les études anatomiques le considèrent parfois comme incomplet. Mais n'est-ce pas précisément une qualité, au point de vue où se place M. Tillaux?

A. BROCA.

VARIÉTÉS

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (Concours de 1886). — Liste des candidats nommés élèves du service de santé militaire :

Candidats à quatre inscriptions. — Cultin (Paul), Cuvillier (Paul-Marie-Anatole), Jacquet (Ferdinand-Jules-Denis-Dominique), Braün (Alphonse-Dominique), Steinmetz (Philippe-Marie-Antoine-Célestin), Laporte (Toussaint-Jean-Henri-Charles), Simonot (Pierre-Paul), Georges (Lucien-Marie-Victor), Démery (Louis-Adolphe), Morigny (Edmond), Haury (Marie-Auguste), Bourrus (Jean-Joseph-Eugène), Malafosse (Marie-Paul-Eugène), Rascol (Jean-Hilaire-André), Thiébault (Henry-Pierre-Joseph-Alexandre), Mangour (Charles-Hippolyte), Surel (Gustave-Paul), Duron (Marie-Eugène-Edouard), Lehmann (Salomon-Aimé), Daga (Gustave-Marie-Louis), Payerne (Remy-Prosper), Tardos (Jean-Emile-Alfred), Hénault (Joseph-François-Gabriel), Mathis (Charles-Edmond), Luey (Paul-Marie), Cauvet (François-Joseph-Marie), Rougier (Jean), Barisien (Georges-Pierre-Joseph), Le Renard (Alfred-René), Sibut (Pierre-Adolphe), Monceaux (Louis-Hubert), Maire (Alphonse-Constant).

Candidats à huit inscriptions. — Benoît, dit Becker (Félix-Louis-Georges), Destrez (Henri-Auguste), Legrain (Léonce-Charles-Emile), Terrail (Jean-Joseph), Patris (Pierre), Viguier (Etienne-Jean-Jules), Caillier (Jean-Joseph-Gaston-Gabriel), Lovy (Edmond-Pierre-Frédéric), Bourguedieu (Raymond), Labougle (François-Eugène-Joseph), Vigerie (Etienne-Marie-Armand), Blanc (Jean-Henri-Roger).

Candidats à douze inscriptions. — Küster (Jean-François-Joseph-Emile), Gilliard (Henri-Eugène-Joseph), Thérault (Léonce-Anne-Sébastien-Jean), Petit (Charles-François), Louis (Pierre-François), Hamaide (Emile-Alexandre).

Candidats à seize inscriptions. — Gresset (Jean-Baptiste), Castelli (Emile-Jean-Baptiste-Jérôme), Marion (Claude-Marie-Joseph), Lenez (Léon-Antonin), Méchin (Emile-Claude).

Ces élèves devront se présenter, le 10 novembre prochain, à MM. les médecins chefs de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte auquel ils ont été affectés.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 7 octobre 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe : Chassaniol et Martinenq.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe, docteurs en médecine : Parnet et Hervé.

JURY DE L'EXTERNAT. — Le jury de l'externat est définitivement constitué : il est composé de MM. les docteurs Gérard-Marchant, Chantemesse, Gaucher, Hirtz, Bazy, G. Ballet et Paul Reclus, président. La première séance a eu lieu jeudi, 14 octobre.

ÉCOLES MUNICIPALES D'INFIRMIÈRES. — Les cours de l'Ecole d'infirmières de la Pitié (4, rue Lacépède) ont recommencé le lundi 11 octobre, à huit heures du soir, et les cours de l'Ecole de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital) le mardi 12 octobre, à la même heure. On s'inscrit au bureau de la direction des deux hôpitaux, le matin, de neuf heures à midi.

L'enseignement, dirigé par M. Bourneville, comprend les cours suivants : 1° A la Pitié : anatomie, M. le docteur Ch. Petit-Vendol; physiologie, M. le docteur P. Regnard; pansements, M. le docteur P. Poirier; hygiène, M. le docteur Gilles de la Tourette; soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. le docteur Maygrier; administration et comptabilité hospitalières, M. Girard; petite pharmacie, M. Yvon. — 2° A la Salpêtrière : administration, M. Lebas; anatomie, M. le docteur Gautiez; physiologie, M. le docteur P. Regnard; pansements, M. le docteur P. Poirier; soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. le docteur P. Budin; hygiène, M. le docteur Ch. Féré; petite pharmacie, M. Yvon.

Les cours de l'Ecole de Bicêtre ont repris le 12.

Nous ne saurions trop engager les dames qui aspirent aux fonctions d'hospitalières ou exercent la profession de garde-malades, et aussi les mères de famille qui désirent apprendre à bien soigner leurs malades, à suivre ces cours, complétés par des exercices pratiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 22 octobre). — *Ordre du jour :* M. Dieulafoy : Nouvelle contribution à l'étude anatomique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. — Communications diverses.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. le docteur Francis Hay (d'Edimbourg); le docteur J.-Pearson Bell (de Glascow); le docteur Bernhard Erbkam, conseiller sanitaire supérieur (de Berlin); le docteur Maximilien Getz, conseiller sanitaire supérieur (de Francfort-sur-Mein); le docteur Helkindey, chirurgien de l'hôpital de Lubeck.

MORTALITÉ A PARIS (40e semaine, du 3 au 9 octobre 1886. — Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 0. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 19. — Choléra, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 32. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchite aiguë, 25. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 29. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 56; au sein et mixte, 38; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 63; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 14. — Total : 898.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, par M. Albert Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice des Ménages. Recueillies par M. le docteur Juhel-Renoy, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 8 fr.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1879 et 1880, par M. le docteur Péan, suivies : 1° des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1881; 2° de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquée par lui du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1885; 3° de la troisième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis. Fort vol. in-8 avec 46 figures dans le texte et 7 planches coloriées hors texte. Paris, F. Alcan. 20 fr.

Les herpès génitaux, par MM. les docteurs P. Diday et A. Doyon (de Lyon). 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 6 fr.

Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement de la surdité-mutité, par M. le docteur J.-A.-A. Rattel. 1 vol. in-18 jésus de 134 pages avec figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Calorimétrie et thermométrie, par M. le docteur Th. Malosse, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. In-8 de 111 pages. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

Précis d'ophthalmologie chirurgicale, par M. le docteur J. Masselon. In-18 jésus de 500 pages avec 118 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7131. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Congrès de chirurgie.

La deuxième session du Congrès français de chirurgie affirme le succès d'une œuvre qui fait le plus grand honneur à ceux qui l'ont entreprise. Presque partout on semble avoir compris le but à la fois scientifique et patriotique qu'avaient en vue les chirurgiens qui, au mois d'avril de l'année dernière, ouvraient la première session de ce Congrès; aussi les encouragements et les témoignages de sympathie ne leur ont-ils pas manqué. Les dernières résistances tomberont certainement au fur et à mesure que l'on verra, par le nombre et l'importance des communications qui lui seront faites, l'autorité de ce Congrès s'imposer peu à peu à tous les chirurgiens. Ainsi que l'a proclamé M. Ollier, c'est au zèle, au dévouement éclairé de son secrétaire général, M. le docteur Pozzi, que l'on doit la plupart des adhésions nouvelles. Il n'est que juste de l'en remercier publiquement.

Nous publions plus loin un premier compte rendu des communications faites à ce Congrès. Pour en mieux faire ressortir l'intérêt, nous avons cru devoir réunir, autant que possible, dans un article d'ensemble, les travaux concernant une même question. C'est ainsi que notre collaborateur M. Broca résume aujourd'hui la discussion qui a eu lieu sur la nature, la pathogénie et le traitement du tétanos. Dans les numéros suivants, il résumera de même les travaux relatifs à la pathologie des voies urinaires, en tête desquels il faut placer l'importante lecture faite par M. le professeur Guyon sur les indications et les contre-indications de la lithotritie rapide, puis ceux qui ont trait à la gynécologie, etc. A la suite de chacune de ces études d'ensemble seront indiquées les communications diverses qui doivent être citées isolément.

Mais nous devons, dès le début, mentionner d'une façon toute spéciale le discours de M. le président Ollier. Si la place ne nous avait fait défaut, nous l'aurions inséré sans y rien retrancher, heureux de faire connaître aux lecteurs de la *Gazette* un travail dans lequel se trouvent traitées avec une grande hauteur de vues diverses questions qui touchent aux intérêts généraux de la chirurgie. Nous avons voulu tout au moins en reproduire les passages les plus importants. Nous appelons donc l'attention du lecteur sur les arguments à l'aide desquels notre éminent confrère de Lyon montre quelles sont les réformes à réaliser pour assurer les progrès de l'art. Ainsi qu'il le dit en terminant : « Depuis plus de trois siècles, notre chirurgie a fait une grande figure dans le monde; elle a été souvent hors de pair et s'est toujours tenue au premier rang. Il y a trois cents ans aujourd'hui qu'Ambroise Paré avait mis la dernière main à son œuvre, que toutes les nations considèrent comme le point de départ de la chirurgie moderne. Souvenons-nous de ces trois siècles de grandeur et de gloire, non pas pour nous admirer dans le passé, mais pour en préparer un quatrième par notre travail et nos efforts communs. »

— Le manque d'espace ne nous permet pas aujourd'hui d'analyser les diverses communications faites à l'Académie de médecine. Nous ne pouvons que renvoyer au compte rendu de l'Académie et au *Bulletin*. Nous devons cependant signaler l'intérêt que présentent l'observation de pneumotomie due à MM. de Beurmann et Prengrueber, et la communication de M. Cornil sur les résultats obtenus dans le traitement des maladies respiratoires par les lavements gazeux suivant la méthode de M. Bergeon.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

L'hématoscopie.

MÉTHODE NOUVELLE D'ÉTUDE DU SANG, BASÉE SUR L'EMPLOI DU SPECTROSCOPE.

(Premier article.)

I

Les applications du spectroscope à l'étude du sang ont été surtout réservées jusqu'à présent aux recherches expérimentales des laboratoires, mais n'ont point été utilisées ni dans l'enseignement clinique, ni dans la pratique médicale,

parce que la complexité de l'instrumentation et de la technique de l'analyse spectrale faisait obstacle à leur vulgarisation.

La méthode d'hématoscopie que j'ai instituée, basée sur des procédés d'une pratique facile, rend accessible l'emploi du spectroscope pour l'examen du sang, aussi bien aux observations journalières de thérapeutique qu'aux recherches approfondies de la physiologie.

Depuis quelques années déjà, j'en ai exposé les principes et publié les résultats plus spécialement à la Société de biologie et aux Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences dans les sessions tenues à Grenoble et à Nancy en 1885 et en 1886, mais j'ai voulu résumer dans la *Gazette hebdomadaire* l'ensemble de mes divers travaux sur l'hématoscopie.

C'est l'analyse spectroscopique qui a fait connaître la nature de la matière colorante du sang, ou hémoglobine, et l'on sait que cette substance est un composé défini par ses réactions, cristallisable, et contenant un atome de fer pour deux atomes de soufre, de l'oxygène, du carbone, de l'azote et de l'hydrogène. Bien que sa constitution atomique ne soit pas complètement déterminée (1), ses caractères spectroscopiques sont incontestables, et son rôle physiologique est bien précisé. En effet, l'hémoglobine possède la propriété de fixer l'oxygène, mais dans un état d'instabilité tel qu'elle le cède aux tissus pendant la circulation, faisant ainsi fonction d'intermédiaire entre l'oxygénation du sang et la consommation de l'oxygène par les tissus et ayant pour agent histologique le globule rouge du sang qui la contient; elle domine les phénomènes de nutrition, et une théorie complète du mode d'origine de l'hémoglobine, de ses transformations, des conditions qui peuvent influencer son action dans les échanges interstitiels, nous ferait connaître la partie essentielle de la nutrition.

L'histologie dans ses recherches sur l'origine et les transformations du globule rouge a fait accomplir de grands progrès dans cette partie de la physiologie générale, mais elle n'a pu encore affirmer la genèse certaine des globules rouges, et elle ne nous explique pas toutes les phases de la combinaison de l'hémoglobine avec ces éléments.

La spectroscopie n'a point elle-même résolu ce problème, cependant elle a donné les moyens d'apprécier la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang, de reconnaître ses transformations, de poursuivre dans les tissus vivants l'étude de l'activité des échanges interstitiels et de la consommation de l'oxygène par les tissus, et enfin de calculer la durée de la réduction de l'hémoglobine.

II

Lorsqu'on observe avec le spectroscope à vision directe du sang provenant d'une piqûre au doigt, et placé entre deux lames de verre sous la faible épaisseur de 50 à 100 millièmes de millimètre, on aperçoit les deux bandes caractéristiques de l'oxyhémoglobine dans le jaune et dans le vert; cette réaction se retrouve dans les tissus vivants; de même, étudiant avec le spectroscope la surface cutanée bien éclairée par la lumière solaire diffuse, on peut distinguer les deux bandes, mais surtout l'une d'elles, la première, α, située à droite de la raie D qu'elle recouvre; la seconde, β, apparaît plus vaguement dans le vert près de la raie E. Cette réaction spectrale de l'oxyhémoglobine se montre également dans certains tissus examinés par transparence, comme le lobule des oreilles, les plis interdigitaux, l'oreille des lapins, la langue et la membrane natatoire des grenouilles, les branchies des poissons, mais chez l'homme c'est à travers les ongles qu'on peut étudier *avec la plus grande précision* l'hémoglobine du sang et ses transformations, à condition de procéder méthodiquement suivant les principes que j'ai établis.

En effet, examinant avec le spectroscope, à vision directe, la surface de l'ongle du pouce, on reconnaît nettement la première bande de l'oxyhémoglobine, faiblement la seconde; si l'on applique rapidement une ligature avec un tube de caoutchouc enroulé autour de la phalange du pouce et que l'on continue à observer avec le spectroscope les deux branches caractéristiques, on voit la seconde bande pâlir rapidement et disparaître en quelques secondes, mais la première bande, etc., est encore visible, bien qu'elle soit moins nette; en trente secondes, elle pâlit, s'amincit, laisse voir le jaune assez brusquement, c'est le phénomène du *virage;* enfin elle disparaît au bout d'une minute environ, laissant voir le spectre solaire réfléchi par l'ongle; la réduction est accomplie.

J'appelle donc *virage* le moment d'apparition du jaune et de la raie D, et *durée de la réduction* le temps qui sépare l'application de la ligature et la disparition complète de la bande.

Aussitôt qu'on enlève la ligature, on voit réapparaître cette bande, et elle offre même une intensité plus prononcée qu'avant la ligature.

Ces phénomènes étant définis, en voici la signification: la ligature de la phalange interrompt la circulation dans l'extrémité du pouce, et l'on a ainsi isolé dans la région de la phalangette une certaine quantité de sang artériel et par conséquent d'hémoglobine oxygénée ou oxyhémoglobine. Ce sang échange de l'oxygène avec les tissus et devient veineux; en d'autres termes, l'oxyhémoglobine a abandonné aux tissus l'oxygène qu'elle avait fixé par l'acte respiratoire, elle est à l'état d'hémoglobine réduite.

Or, celle-ci ne présente pas la même bande caractéristique α de l'oxyhémoglobine, aussi bien lorsqu'on la recherche dans les tissus que dans le sang examiné directement *in vitro;* c'est pourquoi l'on voit réapparaître le spectre continu au moment où l'oxyhémoglobine est réduite.

L'on assiste réellement à la consommation de l'oxygène du sang par les tissus, car, si l'on examine comme je l'ai fait le sang du pouce avant la ligature et le sang du pouce après la réduction, le premier apparaît coloré en rouge vermeil par l'oxyhémoglobine qu'il contient; le second est rouge foncé et présente les réactions de l'hémoglobine réduite telle qu'on la trouve dans le sang veineux.

Tel est le phénomène dans son ensemble et j'exposerai plus tard les détails techniques qui en précisent l'application méthodique et en assurent le contrôle, tels que l'examen simultané des deux pouces, l'examen à l'aide de l'hémato-spectroscope double, à fente unique, que j'ai fait construire pour permettre à deux personnes d'examiner ensemble les phénomènes de la réduction au pouce. Réservant ces particularités, je vais indiquer les résultats que donne ce mode d'observation.

III

La durée de la consommation de l'oxygène dans la phalange du pouce dépend de deux conditions principales; elle

(1) Voy. à ce sujet mon article: Le fer et le soufre dans le sang, la formule rationnelle de l'oxyhémoglobine (*Gazette hebdomadaire*, n° 3, p. 36, janvier 1886)

varie suivant la quantité d'oxyhémoglobine à réduire et aussi de l'énergie des échanges dans les tissus. On peut dire que la durée de réduction est en rapport avec l'abondance du combustible (l'oxyhémoglobine) et l'activité du foyer (le pouce). Nous verrons qu'il est nécessaire de rechercher les rapports qui existent entre ces deux facteurs, mais il faut examiner d'abord les variations générales de la durée de réduction.

Elle peut s'élever à quatre-vingt-dix secondes et descendre à vingt-cinq secondes et même plus bas dans l'état de maladie.

Dans la première communication que j'ai faite à ce sujet à la Société de biologie, j'ai cité les chiffres suivants qui méritent d'être reproduits, car depuis cette époque mes observations qui comprennent un millier de notations prises sur deux cents individus environ, confirment ces données générales.

130 observations faites sur 63 individus différents ont donné :

80 fois une durée de....	55 à 75	secondes
12 fois au-dessus de.....	80	—
9 fois au-dessous de.....	40	—
40 fois entre..............	55 et 65	—

Le chiffre le plus élevé a été quatre-vingt-dix secondes et le plus bas vingt-cinq secondes.

La moyenne en dehors de l'état de maladie est de cinquante à soixante-dix secondes ou soixante secondes.

Les *variations individuelles* dans l'état de santé sont assez notables et d'une façon générale en rapport avec les variations du pouls de la température et surtout de la respiration ; en effet, l'on y retrouve l'influence de l'état de diète, de la période de digestion, des efforts musculaires et intellectuels.

Exemple I. — Chez un individu de quarante-quatre ans, non malade, j'ai noté les chiffres suivants :

A 7 h. 30, à jeun................	durée	57	secondes
A 8 h. 30, après un premier déjeuner	—	57	—
A 10 h. 45 — —	—	64	—
A midi, après le déjeuner.........	—	65	—
A 3 h. — —	—	60	—
A 3 h. 30, après une collation.....	—	68	—

C'est-à-dire qu'il y a eu élévation progressive de sept heures à quatre heures, sauf un abaissement à neuf heures et un abaissement vers trois heures.

Ces variations diurnes sont en résumé peu étendues, et, si nous les comparons au pouls, nous pourrions dire qu'elles représentent des variations entre 60 et 70 pulsations par minute.

Les variations individuelles sont plus prononcées à la suite d'efforts violents, d'une course prolongée, d'une ascension, toutes conditions qui modifient aussi la circulation. Il ne faudrait cependant pas en exagérer l'importance, car en poursuivant chez le même individu des observations journalières on voit que la durée est influencée par les incidents et les troubles qui surviennent dans la vie ordinaire et bien plus notablement que dans les variations diurnes.

Exemple II. — J'ai présenté à la Société de biologie un tableau démontrant les variations individuelles d'un homme de quarante-quatre ans, prises à diverses époques de février à décembre 1884 ; on y peut suivre les oscillations de la durée entre quarante et soixante-cinq secondes; sous l'influence d'un séjour à la campagne en août, la moyenne remonte de façon à se rapprocher de soixante-cinq secondes en septembre, la courbe fléchit en octobre et remonte en novembre sous l'influence d'un régime tonique et d'une médication par le fer, enfin elle reste au-dessus de cinquante secondes, elle dépasse soixante-cinq secondes, et les premiers jours de décembre on note une élévation de la durée à quatre-vingt-dix secondes sous l'influence d'un accès fébrile, puis un abaissement à trente-cinq secondes sous l'influence d'un purgatif.

L'*influence des états pathologiques* sur la durée de la réduction est considérable, elle produit les notations les plus extrêmes ; par exemple, la durée peut s'abaisser au-dessous de vingt secondes et même être nulle, c'est-à-dire qu'on ne perçoit pas la bande caractéristique après la ligature, quelquefois même elle n'est pas nettement visible sur l'ongle avant la ligature. Ce dernier fait a été observé chez des cancéreux, dans la convalescence de la dysenterie de Cochinchine, dans les états cachectiques, enfin dans l'agonie ; il annonce ordinairement la terminaison prochaine, mais non toujours car dans le cas de dysenterie la guérison a eu lieu.

L'anémie par perte de sang abondante et rapide ou par pertes répétées présente les chiffres bas, de trente à quarante. Dans un exemple de métrorrhagie abondante, par fausse couche, je trouve le deuxième jour une durée de trente secondes, le troisième jour de trente-cinq secondes, et enfin six semaines plus tard la durée est de quatre-vingts secondes ; les pertes avaient cessé le quatrième jour.

D'autre part chez un homme robuste, âgé de quarante-six ans, des épistaxis répétées amènent un abaissement à trente secondes.

Je pourrais multiplier les exemples où se retrouve l'influence de la diète ou des médications, je me bornerai à résumer une observation présentée à la Société de biologie (1884), 6 décembre.

Exemple III. — Chez un jeune homme de dix-huit ans, atteint de congestion pulmonaire avec crachats rouillés, hémoptysie légère, souffle, râles crépitants, etc., j'ai établi les courbes comparatives de la température du pouls, et de la durée de la réduction. Les notations étaient prises le matin entre huit heures et demie et neuf heures. L'examen des courbes a montré que la durée de réduction s'abaisse en même temps que la température et le pouls.

Elle descend de 80 secondes (début de la fièvre) avec température, 39°,6 ; pouls, 104.

Elle descend à 50 secondes, oscillant entre 50 et 55 secondes, avec température à 36 degrés ; pouls, 60, 56, 64.

Sous l'influence de la diète, du sulfate de quinine, et aussi des pertes de sang, la durée de la réduction descend à 40 secondes, en même temps que la température s'abaisse à 35°,8 et le pouls à 56.

Le neuvième jour l'alimentation est commencée et le lendemain la durée de la réduction monte à 68 secondes avec un pouls de 70 pour osciller entre 60 et 65 secondes avec le pouls de 70 à 82.

Les médications agissent sur la durée de la réduction, en modifiant l'activité des échanges ou la quantité d'oxyhémoglobine. C'est pourquoi il importe, pour en juger les effets, de comparer ces deux facteurs, c'est-à-dire de mesurer l'activité de réduction suivant le procédé que j'indiquerai dans le cours de cette publication ; mais pour les agents de médication qui influencent rapidement la respiration et la circulation, la durée de réduction est aussi modifiée brusquement : l'action des douches, des bains de piscine offre des exemples de ces variations faciles à observer. C'est ainsi que j'ai obtenu à Aix-les-Bains, à la suite d'une grande douche chaude avec massage, une diminution de la durée de 60 à 20 secondes; après un bain de piscine la diminution a été de 40 à 20 secondes; de même à Saint-

Honoré-les-Bains, j'ai vu, sous l'influence de la grande douche chaude ou des bains de piscine, la durée descendre de 65 à 45 secondes. L'électrisation du bras et de la main, l'application de révulsifs locaux ou la réfrigération locale, enfin l'action de ligatures répétées au pouce et au poignet amènent des différences dans la durée de la réduction; mais ce sont là des effets indiquant une modification de l'activité des échanges dans une région particulière.

Les variations de coloration de la peau, telles que la pigmentation, la teinte ictérique, la cyanose amènent dans l'examen spectroscopique du pouce des particularités secondaires; elles agissent sur l'intensité, l'étendue des bandes, dans une limite assez restreinte; en effet, dans l'ictère la bande est plus mince, on aperçoit le jaune et le vert avec plus d'intensité, dans la cyanose la bande est diffuse; enfin, dans les ongles striés, rugueux, les phénomènes sont moins faciles à suivre. Ces particularités n'empêchent pas l'étude de la réduction, ainsi que je l'ai constaté souvent, et en particulier, chez le nègre où l'on voit la bande de l'oxyhémoglobine à travers l'ongle, et dans un cas de « maladie bleue » où la durée de la réduction a pu être étudiée malgré la teinte violacée des doigts. C'est dire qu'aucun état n'échappe à l'investigation méthodique et minutieuse de l'hématoscopie.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Sur l'origine du tétanos, par M. le docteur Ricochon (de Champdeniers).

Dans sa savante dissertation sur l'origine équine du tétanos chez l'homme, insérée dans la *Gazette hebdomadaire* à la date du 6 septembre dernier, M. le professeur Verneuil a bien voulu rappeler que je lui avais promis une enquête détaillée sur de petites épidémies de tétanos dont j'avais eu l'occasion de lui révéler l'existence sur des chevaux et des mulets castrés.

Cette promesse, je la tiendrai. Cette enquête, je la ferai et la transmettrai aussi complète que possible. Il n'y faut que le temps. J'habite un pays d'élevage; les castrations des chevaux et des mulets s'y pratiquent sur une grande échelle; les tétanos isolés qui suivent ces opérations y sont assez fréquents; les cas épidémiques n'y sont pas absolument rares.

En attendant, voici un fait qui, bien qu'appartenant à la médecine vétérinaire, ne paraîtra peut-être pas indigne de la publicité de cette *Gazette*. Son intérêt consiste surtout en ce qu'il permet de limiter d'une façon assez étroite les causes auxquelles on peut rapporter légitimement l'explosion presque simultanée de six cas de tétanos chez huit jeunes mulets castrés. Il n'est pas douteux que la pathologie humaine ne puisse en tirer profit.

Obs. — Le lundi 14 juin 1880, journée très chaude pour la saison, sans vent, sur les dix heures du matin, huit mulets sont amenés pour y être castrés, dans la cour d'une ferme de Faye-sur-Ardin, bourg du canton de Coulonges (Deux-Sèvres). De la paille, prise au pailler le plus proche, est étendue sur l'aire encore un peu humide. Les animaux sont successivement renversés dessus, opérés par le vétérinaire du lieu, M. Bourdeaux, puis reconduits à leurs écuries, appartenant à des fermes différentes. Du troisième au huitième jour, six mulets sont pris du tétanos : quatre succombent dans le cours de la semaine suivante; deux en réchappent après quinze jours de maladie; les deux autres restent indemnes.

Voilà le fait dans toute sa simplicité. Qu'on me permette d'y ajouter quelques réflexions, et, chemin faisant, quelques détails complémentaires qui lui donneront un caractère de plus grande précision.

Il est clair que l'origine de cette petite épidémie, à l'occasion de la castration de huit animaux, doit être recherchée dans quelqu'une ou dans l'ensemble des circonstances communes à chacun d'eux, qui ont immédiatement précédé, suivi, ou accompagné l'opération.

A ce point de vue, on ne peut invoquer ni une même prédisposition héréditaire, ni un surmenage, qui par lui-même peut, dit-on, provoquer des accidents tétaniformes. Nous nous sommes assuré, en effet, que les animaux n'étaient pas issus des mêmes reproducteurs, et qu'ils étaient depuis longtemps au repos.

On ne peut pas incriminer davantage le procédé opératoire, ni le vétérinaire en tant qu'agent de contagion possible. Le procédé opératoire, dit du *testicule à couvert*, a été le même que celui qui a donné à M. Bourdeaux des milliers de succès en d'autres circonstances. Quant à M. Bourdeaux lui-même, il ne pourrait apporter la contagion — en admettant la possibilité de la contagion — ni dans ses mains, ni dans sa trousse : il n'y avait pas eu de tétanos dans sa clientèle depuis longtemps.

De même, il faut écarter toute idée de transmission de la maladie d'un sujet à l'autre. Les animaux, n'appartenant pas aux mêmes propriétaires, n'avaient aucun contact entre eux, n'étaient pas confiés aux mêmes personnes, et n'ont pas reçu la visite du vétérinaire, tout au moins avant l'apparition de leur maladie. Leur séjour dans des écuries séparées ne permet pas non plus de supposer qu'à un moment donné ils aient subi une même influence extérieure, telle qu'un courant d'air. Du reste, s'il est un fait connu, c'est le soin vraiment exagéré que mettent les fermiers à calfeutrer hermétiquement toutes les ouvertures de leurs écuries, de manière à ne laisser pénétrer ni l'air, ni la lumière.

Mais voici un point plus délicat.

Quand les animaux ont été relevés du champ de l'opération, ils étaient en sueur, par suite de la résistance qu'ils avaient opposée. Dès lors on peut supposer que, dans le voyage à découvert qu'ils ont fait pour regagner leurs écuries, ils ont pris un refroidissement. Les partisans déclarés du refroidissement comme cause du tétanos s'arrêteront volontiers à cette supposition. Ils s'y croiront d'autant plus autorisés que la cause semble ici avoir agi avec une intensité précisément proportionnelle à la distance parcourue en plein air. C'est ainsi que les deux mulets de la ferme où l'opération a eu lieu n'ont pas été malades, que les deux de la ferme la plus rapprochée ont eu un tétanos tardif qui a guéri, que les quatre autres, appartenant aux fermes les plus éloignées (de 5 à 600 mètres), ont tous succombé.

D'une manière générale, nous ne nous croyons pas suffisamment autorisé à récuser le refroidissement comme cause du tétanos. Il a été signalé tant de fois et par tant d'éminents observateurs à l'origine de cette maladie, qu'il y aurait témérité de notre part à le rejeter dédaigneusement. Il faut bien dire pourtant que le refroidissement tend, de nos jours, à diminuer d'importance sur le terrain étiologique, et qu'il est telle maladie (la pneumonie franche, par exemple) où, après avoir longtemps joué le premier rôle, il est menacé d'être relégué au second rang. Il n'est pas impossible, sans vouloir pourtant forcer l'analogie, que dans le tétanos, comme dans la pneumonie, il masque quelque cause plus intime, et, qu'il ne fait que préparer, en modifiant la nutrition des parties, l'intervention d'agents plus puissants. Cette conception n'est pas faite pour déplaire. Elle est comme un pont jeté entre l'ancienne étiologie et la théorie nouvelle des germes,

à laquelle on est bien obligé de songer devant la petite épidémie et les faits indubitables de contagion qui ont été signalés dans ces derniers temps, et dont le nombre ne fera que s'accroître, croyons-nous, maintenant que l'attention est en éveil.

Quoi qu'il en soit, dans notre cas particulier, et malgré notre bonne volonté, nous n'avons pu arriver à une démonstration satisfaisante du refroidissement. La journée était, nous l'avons dit, exceptionnellement chaude. Il ne faisait pas de vent. Les animaux n'ont pas séjourné sur le terrain de l'opération; ils se sont naturellement donné du mouvement pour regagner leurs écuries. Mainte et mainte fois, depuis et auparavant, des animaux castrés ont eu à franchir des distances plus éloignées par des temps moins favorables, et cela sans conséquences fâcheuses. Et puis le refroidissement, quand il frappe plusieurs individus à la fois, les frappe d'habitude de façons fort diverses. Chez l'un il provoque une angine, un coryza; chez l'autre, une pneumonie; chez un troisième, une néphrite, etc. De plus, les maladies *à frigore* suivent de près l'application de la cause. Ici, au contraire, nous avons eu une manifestation univoque qui est le tétanos, et le mal n'est apparu, dans deux cas, que le troisième et le cinquième jours; dans les autres, que du sixième au huitième. Il faut avouer que ces faits concordent bien mieux avec ce que nous savons de l'action toujours identique des germes, et de leur période d'incubation et de latence, variable selon la prédisposition individuelle et d'autres particularités encore mal connues.

La paille qui a été étendue sur l'aire a-t-elle pu servir d'agent de transmission? Nous n'y croyons guère. C'était de la paille fraîche, empruntée au pailler voisin, qui a servi ultérieurement à la nourriture et aux usages des bestiaux sans provoquer le moindre accident.

Mais reste le sol. Peut-on admettre des effluves telluriques qui, s'élevant à travers la paille, seraient allés contaminer la plaie opératoire? Ce qu'il y a de sûr, c'est que le sol de Faye semble éminemment propre à l'éclosion des germes. Il est difficilement perméable aux eaux de pluie, aux eaux d'éviers, aux purins des écuries. Aussi bien la fièvre intermittente a-t-elle été longtemps endémique à Faye. Elle a reculé, là comme partout ailleurs, il est vrai, devant les améliorations de la culture et les travaux de vicinalité. Mais d'autres germes lui ont survécu et semblent même l'avoir supplantée, comme si les nouvelles conditions du sol leur étaient devenues particulièrement favorables. C'est ainsi que la diphthérie, après une violente épidémie, il y a une trentaine d'années, fait à Faye chaque année quelques apparitions plus légères, et qu'au moment même où nous écrivons elle y sévit avec une extrême rigueur.

Le tétanos serait-il aussi en germe dans le sol de Faye? D'une manière générale, le germe existe-t-il un peu partout dans le sol, comme le germe paludéen, et y a-t-il des terrains qui, mieux que d'autres, favorisent son développement? La réponse à cette question ne semble pas douteuse. Ce n'est pas la première fois qu'on a signalé la fréquence du tétanos dans les pays de malaria, dans les sols bas et marécageux, sur les littoraux fréquemment inondés, dans les deltas des grands fleuves. Là il sévit en permanence et provoque de véritables épidémies à côté des grandes endémies qui règnent dans ces régions, et qui, elles, empruntent manifestement au sol leur origine. Epidémies et endémies semblent soumises dans leur marche, dans leur apparition, aux mêmes causes telluriques et atmosphériques. La radiation solaire, les fortes chaleurs qui diffusent les germes du sol dans l'atmosphère et exaltent leurs propriétés nocives, l'humidité de l'air qui entretient leur activité, les pluies, les refroidissements subits, le rayonnement nocturne qui les condensent et les précipitent, agissent visiblement sur la fréquence des cas de tétanos.

Cela expliquerait pourquoi le tétanos est si commun dans les régions tropicales, dans l'Inde, l'Egypte, le Sénégal, la Gambie, la Guyane; pourquoi, malgré de si fréquentes causes de refroidissement, il est si rare sur les hauts plateaux du Mexique, des Andes, du Caucase, et dans toutes les régions froides et sèches; pourquoi, dans nos climats tempérés et humides, les conditions de son existence se trouvent assez souvent réalisées, quoique à un moindre degré que dans les pays intertropicaux. Elles ne le sont jamais mieux que sur les champs de bataille, où les blessés ne sont quelquefois relevés que le lendemain, et sont exposés toute une nuit au contact du sol et au refroidissement nocturne; que dans les églises et tous les lieux humides où on les dépose; que dans les ambulances et les hôpitaux de campagne improvisés. Qu'on se rappelle le tétanos des églises de Brescia et de Vérone pendant la guerre d'Italie; de l'ambulance de Saulcy pendant le siège de Metz.

Tous ces faits ne semblent-ils pas établir une présomption favorable en faveur de l'origine tellurique du tétanos? Dès lors les circonstances étiologiques, si souvent alléguées, de la nature de la blessure, de son siège, de son étendue, de l'âge, de la race, de l'état moral, du surmenage, de l'état de transpiration, etc., ne seraient donc pas de véritables causes efficientes. A elles seules elles ne pourraient jamais donner le tétanos, de même que sans elles il pourrait parfaitement apparaître, la seule condition indispensable de cette apparition étant un germe emprunté au sol. La relation étroite qu'on a saisie entre l'origine du tétanos et certaines conditions atmosphériques et telluriques, telles que la température, l'humidité, la pluie, l'habitation, l'orientation et l'ouverture des fenêtres des appartements pendant la nuit, etc., loin de contredire cette hypothèse des germes, ne ferait que la confirmer.

Nous croyons donc, dans notre petite épidémie de Faye-sur-Ardin, à la contamination des plaies opératoires par des émanations du sol, surtout en l'absence de toute autre cause évidente. Que si l'on nous demande comment, dès lors, les castrations annuelles, qui s'y font au nombre de quinze ou vingt, dans des conditions à peu près identiques, ne donnent pas lieu à des épidémies plus fréquentes, puisque de mémoire d'homme on n'avait vu à Faye que des cas isolés, nous répondrons en demandant pourquoi l'épidémie de diphthérie dont nous parlions plus haut a attendu plus de trente ans, à part des apparitions insignifiantes, pour se reproduire. Ce qu'on peut dire de mieux, c'est que, sous nos climats, les germes des épidémies semblent avoir une existence assez précaire, qu'ils sont vis-à-vis des agents extérieurs d'une grande susceptibilité, et que pour pulluler à l'aise il leur faut un concours précis, mathématique de circonstances complexes, en deçà et au delà duquel leur genèse est entravée, sinon enrayée. C'est heureux pour nous.

Si, dans notre fait, l'air paraît avoir servi de véhicule à la contamination, puisqu'il n'y a pas eu contact direct des animaux avec le sol, on peut croire qu'il n'en est pas toujours ainsi, que les germes telluriques tétanogènes s'accrochent aux objets, y adhèrent plus ou moins longtemps, et que ces objets devenant, à un moment donné, des corps vulnérants, les inoculent directement dans la blessure. Assurément les épidémies de tétanos, celles, par exemple, qui sévissent sur les enfants nouveau-nés dans les pays intertropicaux et même sous nos latitudes, doivent avoir pour cause des émanations directes du sol. Mais beaucoup de cas isolés, là-bas comme ici, doivent être le résultat d'inoculations directes. Et le règlement de police de la Guyane, cité par Richerand, qui prescrivait de ne laisser traîner devant les cases ni fragment de verre, ni échardes..., n'était en somme que l'expression des craintes qu'inspirait le traumatisme comme mode de contage.

Malgré tout, malgré la fréquence du tétanos sous les tropiques, et même chez nous, puisque, pour mon compte, j'en ai observé six cas en douze ans, dont un aujourd'hui même

(3 octobre) chez un nouveau-né, et qu'hier un de mes confrères du Bocage vendéen, naguère encore pays de fièvres intermittentes, m'avouait pour le même temps sept cas, dont trois la même année, malgré tout, dis-je, le tétanos donne moins de cas que d'autres maladies épidémiques. Cela tiendrait-il à ce que les voies ordinaires d'absorption qui suffisent à celles-ci ne lui conviennent pas, et qu'il lui faut des voies exceptionnelles, comme les plaies ouvertes? Encore est-il peu commun par rapport au nombre de ces plaies. Dès lors, est-ce que le germe tétanogène, tout au moins sous nos climats, est un organisme atténué, qu'il n'a pour nos tissus qu'une affinité moyenne, et qu'il lui faut certaines modalités préalables de la plaie ou du système nerveux pour s'y fixer victorieusement? Autant de questions qu'il est aujourd'hui impossible de résoudre.

Nous pouvons dire cependant que, dans notre épidémie de Faye-sur-Ardin, on remarqua que les plaies avaient pris un aspect insolite, que les lèvres en étaient boursouflées, la suppuration altérée. Il n'est pas impossible que toutes les plaies qui donnent le tétanos ne présentent à leur tour, et à un moment donné, certaines modifications qui, pour être moins constatables, n'en seraient pas moins réelles. Quant aux dispositions particulières du système nerveux, nous avons remarqué que tous nos malades tétaniques étaient des gens très excitables, que l'un d'eux, qui avait été blessé, dans une chute, à la racine du nez, avait un tic choréique de la face; qu'un autre, qui avait eu un doigt écrasé, présentait depuis de longues années un tremblement exagéré du bras.

Mais, si l'homme court, en somme, des chances assez rares de prendre le tétanos, il n'en est pas de même des chevaux. C'est à ce point qu'en Amérique, par exemple, on est obligé de leur appliquer le bistournage, la castration amenant presque infailliblement la maladie. Dans nos contrées, la castration, l'application d'un séton, la constriction d'un licol, un coup peuvent le faire éclater. Et il n'est guère de ferme où, dans le cours d'une génération, on n'en voie bien trois, quatre, cinq cas. Le cheval, le mulet sont donc les animaux de prédilection, les meilleurs terrains de culture du germe tétanique. Dès lors, on est en droit de se demander si le passage de ce germe chez les solipèdes n'exalte pas ses propriétés virulentes, si après ce passage il ne devient pas plus dangereux pour l'homme, et si ce n'est pas à cette cause qu'il faut attribuer la plus grande fréquence du tétanos qu'on a cru remarquer chez les personnes en relation avec les chevaux.

Ici nous rentrons dans la thèse de M. le professeur Verneuil. Elle a déjà pour elle les faits qu'il a exposés d'une façon si magistrale, et d'autres qui sont venus s'y ajouter depuis. Faut-il mettre à son actif le fait suivant?

Dans une ferme de Faye-sur-Ardin, qui n'est séparée que par la largeur d'un chemin de celle où la castration des huit mulets avait eu lieu, le 10 juillet 1884, c'est-à-dire quatre ans après, le fermier reçoit sur la racine du nez un coup violent porté par l'angle de la mâchoire d'une jument. Il n'y eut pas de plaie extérieure, mais il y eut un peu d'écoulement de sang par le nez. Trois jours après, le tétanos se déclarait, avec contracture des mâchoires, raideur de la nuque, opisthotonos. Le mal s'arrêta là, et le malade guérit au bout de huit jours.

Faut-il ici incriminer la nature du sol, ou le cheval qui a porté le coup, ou les germes provenant des animaux morts quelques années auparavant? Il est des cas où la question ne prête pas à tant de suppositions. En voici qui relèvent de mon observation directe.

Le 1er octobre 1878, le sieur P..., cocher, est renversé du siège de sa voiture; il tombe au milieu de ses chevaux, qui s'abattent également, et se fait à la racine du nez une petite excoriation. Il continue à soigner ses chevaux dans une écurie neuve, où il n'y avait jamais eu de cas de tétanos. Néanmoins, huit jours après il a le tétanos, dont il meurt.

Le sieur B..., fermier, est renversé sous son cheval; il se fait une fracture comminutive de la malléole interne avec issue des fragments. Le surlendemain il prend le tétanos et en meurt.

Le sieur S..., maréchal ferrant à 3 kilomètres du bourg de Faye, mais n'ayant aucun contact, que je sache, avec les animaux de ce bourg, s'écrase deux doigts dans son atelier. Un tétanos mortel se déclare au bout de huit jours.

Peut-on dire que, dans ces cas, la contamination ait été directe des chevaux aux hommes? Ces chevaux n'ayant pas le tétanos, il faudrait donc que les germes tétanogènes vécussent dans l'atmosphère de certains chevaux, dans certaines de leurs sécrétions, telles que la salive, le cérumen des oreilles, le smegma des plis préputiaux, les mucosités nasales, etc. Cela n'a rien d'impossible et serait même conforme à ce qui se passe d'ordinaire dans la nature. Si l'on peut affirmer que tous les germes sont venus du sol, on sait aussi que le plus souvent ils ont pris droit de domicile sur certains terrains de prédilection, en dehors desquels il serait aujourd'hui bien difficile de les retrouver. On ne trouverait pas facilement le *torula cerevisiæ*, la levure de bière, en dehors des brasseries et des boulangeries, la levure qui fait fermenter le moût du raisin en dehors de la pellicule de la graine, ainsi que l'a fait remarquer M. Pasteur, ni peut-être le micrococcus de l'érysipèle en dehors des cavités naturelles, nez, oreilles, points et sacs lacrymaux de la face de certains individus. Chacun de ces germes peut vivre indéfiniment dans son milieu de choix, y renforcer au besoin ses propriétés nocives, jusqu'à ce qu'il trouve une occasion favorable pour en sortir : celui de l'érysipèle, une gerçure de l'épiderme; celui de la fermentation du vin, une déchirure de la pellicule du raisin. Il peut y avoir quelque chose d'analogue pour le germe du tétanos, en dehors de sa grande origine tellurique, chez le cheval et au besoin chez l'homme.

Mais, quoi qu'il en soit de l'avenir de ces hypothèses, auxquelles nous n'attachons pas, en somme, plus d'importance qu'elles n'en méritent, les faits précis qui leur ont donné naissance restent et suffiront peut-être à faire excuser la longueur de cet article.

Nota. — Nous ne croyons pas que ce soit une objection suffisante contre l'origine tellurique du tétanos de dire qu'on observe le tétanos à bord des navires. D'abord la maladie n'y est pas fréquente, ainsi que M. Verneuil l'a fait remarquer, au point que plusieurs médecins de la marine, interrogés par lui, ont déclaré n'en avoir jamais vu de cas. Et cependant les blessures ne sont pas rares à bord, où les causes de refroidissement, particulièrement par les nuits claires, où l'humidité se condense sur le pont. La majorité des cas observés se rattache à des bombardements de villes, pendant lesquels les navires étaient embossés en vue du littoral, étaient plus ou moins en relations avec la terre, ou tout au moins recevaient avec les projectiles les vents de la côte. Il en fut ainsi devant Charleston, à bord de l'*Amazone*; devant Saintes (Antilles), 1782; devant Copenhague, en 1801. La bataille d'Aboukir, qui eut lieu, au contraire, entre deux flottes ennemies, assez loin de la côte, ne donna pas un cas de tétanos dans les deux flottes, alors qu'à la même heure Larrey en observait un grand nombre à terre.

Les cas de la division navale devant Pétropaulowski, rapportés par M. O. Saint-Vel, se rattacheraient à la même explication. Quant aux blessés de la *Pearl*, et au matelot du *Donawerth*, également cité par lui, ils avaient contracté leurs blessures à terre.

Dr R.

Les travaux du Congrès de chirurgie prennent tout mon temps pour quelques jours encore, et m'empêchent de répondre immédiatement au remarquable travail de M. Rico-

chon. Pour aujourd'hui, je me contente de lui adresser mes plus vifs remerciements. Dans un des prochains numéros, je publierai des notes fort intéressantes relatives au tétanos équin, convaincu que c'est par là qu'il faut aborder les rapports entre ce tétanos animal et celui qui atteint notre espèce.

Verneuil.

20 octobre 1886.

CORRESPONDANCE

La nature de la pleurésie.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Dans un article récent (*Gazette hebdomadaire*, 8 octobre 1886), M. le docteur Blachez proteste énergiquement et preuves en main contre l'opinion brillamment soutenue, et qui tend à se répandre, que la pleurésie aiguë, idiopathique, dite *à frigore*, est toujours de nature tuberculeuse. Certes, on serait mal venu à contester les faits nombreux et positifs qui attestent l'affinité réciproque des lésions pleurales et de l'infection ou diathèse phymique. Mais heureusement les faits journaliers démontrent que cette relation est loin d'être nécessaire et fatale.

Déjà, dans la pratique des hôpitaux et des grandes villes, on trouve de nombreuses exceptions. Celles-ci le sont encore bien plus dans les petites villes et les campagnes; tous mes confrères pourraient comme moi en citer des exemples multiples, qu'il serait oiseux de reproduire. Je me bornerai à faire remarquer que, dans le pays où j'exerce la médecine, la pleurésie aiguë est aussi fréquente, chez les enfants, que la tuberculisation pulmonaire y est rare. Celle des méninges s'observe au contraire assez souvent, mais je ne me rappelle pas en avoir observé un seul cas sur mes jeunes pleurétiques.

Par contre, j'en pourrais citer quelques-uns qui, après dix, quinze, vingt ans, sont maintenant des adultes, des pères et des mères de famille bien portants, et comme il est impossible d'admettre que la guérison définitive soit la règle pour une maladie tuberculeuse, il faut en conclure que dans l'enfance, et dans notre pays au moins, la pleurésie *aiguë* n'est pas de nature tuberculeuse.

Je pourrais aussi mettre en ligne quelques adultes. Mais je me hâte d'arriver au point spécial sur lequel je désire attirer l'attention, en appuyant ma remarque sur quelques faits précis.

On sait que la pleurésie aiguë, plus peut-être que les autres maladies accidentelles, s'attaque de préférence aux sujets débilités à un titre quelconque, accidentel ou permanent. Parmi eux, beaucoup par leur origine, leur constitution propre, présentent les apparences indubitables de la prédisposition tuberculeuse.

Il y a quatre ans environ, je constate une pleurésie *latente* sur une fillette de neuf ans environ, grêle, mal développée, et issue de parents suspects. La guérison est rapide et parfaite. L'enfant, toujours délicate, est absolument indemne de lésions tuberculeuses quelconques. En revanche, le frère aîné, plus vigoureux en apparence, et qui n'a jamais eu de pleurésie, présente actuellement les signes indubitables d'une poussée de tubercules pulmonaires.

Une dame, âgée à ce jour de cinquante et quelques années, très délicate, fatiguée par des couches nombreuses, issue d'un père tuberculeux, eut vers trente ans une pleurésie des plus graves. Sa santé a subi de nombreuses épreuves, et à plusieurs reprises j'ai cru le danger imminent; mais les menaces ne se sont pas réalisées. Maintenant la santé est relativement bonne; les organes respiratoires, en particulier, sont intacts.

Voici donc deux faits où la partie était belle, et où la tuberculose n'a pas gagné.

Mais il y en a d'un autre ordre, et qui ne sont pas sans avoir une importance spéciale. En effet, dit-on, la pleurésie ne se borne pas à prédisposer à la tuberculisation, à la façon des maladies débilitantes, comme la rougeole ou la coqueluche, qui commencent toutefois par préparer les voies en altérant le poumon. La pleurésie est la première manifestation de la diathèse. Celle-ci devrait donc toujours évoluer principalement, sinon exclusivement, par les progrès de la lésion primordiale. C'est la règle, en effet, mais devenant fausse si on la veut faire absolue.

1° Un homme de quarante-cinq ans environ, vigoureux en apparence, mais débilité par des fatigues physiques et des chagrins, prend une pleurésie à marche très lente qui guérit enfin en laissant des vestiges (exsudats) inoffensifs, mais évidents.

L'année suivante, début d'une arthrite à marche lente, qui tourne à la suppuration. Nélaton, qui vit ce malade, attribua le tout à la scrofule. La mort arriva à la fin de la seconde année, par les progrès de la lésion articulaire, le poumon ayant repris l'intégrité de ses fonctions.

2° Un adulte alcoolique et surmené prend une pleurésie qui suppure. *Au bout de plusieurs mois*, il entre dans mon service pour subir l'opération de l'empyème. Après quelque amélioration, les accidents généraux reparaissent et entraînent la mort. A l'autopsie, infiltration granuleuse récente et à marche rapide du poumon droit. Le poumon gauche, côté de l'épanchement, en paraît indemne. Ici la tuberculisation a été postérieure à la pleurésie, et celle-ci n'a eu de rapport avec la première qu'en forçant un malade prédisposé à toutes les mauvaises influences à séjourner longtemps à l'hôpital, où il a subi celle de la contagion tuberculeuse.

Conclusions. — 1° La pleurésie aiguë, *à frigore*, peut se développer sur des sujets non prédisposés. Elle est alors absolument *idiopathique*, et il n'y a aucune raison de lui supposer une nature diathésique.

2° Chez les sujets prédisposés, elle *peut* encore rester telle, évoluer simplement, et guérir d'une manière complète et définitive.

3° Chez les sujets diathésiques eux-mêmes, la pleurésie aiguë et les lésions tuberculeuses peuvent évoluer simultanément, tout en restant indépendantes et sans présenter de filiation directe.

Tel que nous le conservons, le bilan tuberculeux de la pleurésie est encore assez chargé pour qu'il y ait intérêt à atténuer le caractère absolu et désolant des opinions que je vous demande la permission de combattre avec mon collègue M. Blachez.

E. Martel,
Membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux

Saint-Malo, 14 octobre 1886.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Recherches expérimentales paraissant démontrer que la rigidité cadavérique dépend d'une contracture, c'est-à-dire d'un acte de vie des muscles, commençant ou se continuant après la mort générale. Note de M. *Brown-Séquard*. — L'auteur a communiqué, dans la séance précédente, les résultats de recherches qui démontrent que la rigidité cadavérique n'est pas due entièrement ou même principalement, comme on l'admet presque universellement, à la coagulation des substances albumineuses des muscles. Il a d'ailleurs toujours cru que la raideur n'est rien qu'une contraction musculaire *post mortem*. Il avait déjà fait voir en 1849, surtout par des faits observés chez la grenouille, et, en 1851, par des faits étudiés sur des bras de deux suppliciés humains, que lorsque la rigidité cadavérique approche, la contractilité musculaire modifiée donne lieu, lorsqu'elle est mise en jeu, non à des mouvements soudains et aussitôt terminés, mais à un raccourcissement très lent et suivi d'un relâchement tout aussi lent. En réalité, il avait vu chez la grenouille, quelquefois des muscles, excités par un choc sur toute leur longueur, se contracter très lentement et rester définitivement contractés, passant ainsi à l'état de rigidité cadavérique. Les faits qu'il a observés depuis lors à l'appui de son opinion sont bien plus décisifs.

Sa communication d'aujourd'hui a pour but de mentionner les principaux d'entre ces faits, et se termine par la conclusion suivante : Bien qu'une coagulation de substances albu-

mineuses puisse contribuer à la production de la rigidité cadavérique, la cause principale, et quelquefois la seule, de cet état des muscles paraît se trouver dans une véritable contracture, *acte de vie*, bien qu'il existe alors chez des cadavres.

LES EAUX DE LUCHON. Note de MM. *A. Certes* et *Garrigou*. — Existe-t-il normalement des organismes *vivants* dans les eaux thermales prises au griffon, c'est-à-dire à la température la plus élevée? Quels sont ces organismes et quel est leur rôle dans la production de cette *glairine* ou *barégine* signalée par tous les auteurs dans les eaux sulfureuses? Telles sont les questions qui ont fait l'objet des recherches de MM. A. Certes et Garrigou, recherches dont la première et la plus indispensable condition était de recueillir et de conserver l'eau à examiner avec toutes les précautions voulues pour la maintenir à l'abri des germes atmosphériques et à une température voisine sinon identique de la température initiale.

En étudiant, dans ces conditions, l'eau de la source Bayen, ces deux savants sont arrivés à des conclusions qui leur permettent de certifier la présence constante de micro-organismes dans les eaux de Luchon et leur action sur la production de la barégine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Armand Gautier* présente un ouvrage de M. *Cazeneuve* (de Lyon), ayant pour titre : *La coloration des vins par les couleurs de la houille.*

M. *Brouardel* fait hommage d'un ouvrage qu'il vient de publier sur *le secret médical.*

M. *Henri Roger* dépose un ouvrage de M. le docteur *Dechaux* (de Montluçon) sur *la saignée d'Hippocrate.*

M. *Dujardin-Beaumetz* offre le volume qu'il vient de publier sous le titre d'*Hygiène militaire.*

M. *Rochard* dépose : 1° un volume de M. le docteur *Cornilliac* sur *la fièvre jaune;* 2° un mémoire manuscrit de M le docteur *René Coûetoux* sur *le traitement de la diphthérie par l'antisepsie médicale.*

M. *Gariel* présente un nouveau modèle de *pile médicale.*

ALCOOLISATION DES VINS. — M. *Rochard* donne lecture des nouvelles conclusions que la Commission dite de l'alcoolisation des vins soumet à l'Académie. Ces conclusions seront discutées mardi prochain; elles sont libellées comme suit : 1° l'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, c'est-à-dire le vinage; mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucre en poudre blanche, ou de sucre raffiné; 2° les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés; 3° l'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool; 4° les alcools dit supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à leur fabrication soient absolument purs; 5° l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

STRABISME. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Javal sur le traitement du strabisme (voy. p. 687), M. *Maurice Perrin* appelle l'attention sur l'emploi des verres convexes associé quelquefois à l'action de l'ésérine, dont l'utilité est surtout très grande en cas de strabisme convergent chez les jeunes enfants. Ce strabisme, d'abord léger, intermittent et peu apparent, se transforme à l'âge de l'adolescence, il s'accentue et tend à devenir permanent; aussi est-ce vers l'âge de six ans qu'il faut intervenir, à l'aide du moyen qui vient d'être indiqué et dont il faut prolonger l'application pendant quatre, six mois et quelquefois plus.

M. *Javal* réplique qu'il ne pouvait, il y a huit jours, parler de tous les modes de traitement du strabisme; celui dont M. Maurice Perrin vient d'entretenir l'Académie réussit en effet, dans certains cas, de même que l'emploi de l'atropine pour certaines formes de strabisme convergent, dans lesquelles le redressement subit est indiqué.

INSUFFISANCE AORTIQUE. — M. *Constantin Paul*, dans un rapport sur un mémoire communiqué à l'Académie au mois de février dernier par M. *François-Franck* sur l'étude expérimentale de l'insuffisance aortique, analyse ce mémoire, qui a été complètement résumé ici même lors de sa lecture. L'Académie, sur sa demande, vote des remerciements à l'auteur et décide le renvoi de son travail au Comité de publication pour être exceptionnellement publié dans les *Mémoires de l'Académie.*

ŒUVRES DE COUTOULY. — En même temps qu'il fait don des instruments et mémoires manuscrits de *Coutouly*, M. *de Villiers* analyse, dans une Notice étendue, les œuvres de ce chirurgien-accoucheur, qui vécut de 1738 à 1814.

LAVEMENTS GAZEUX ET TRAITEMENT DES MALADIES RESPIRATOIRES. — M. le docteur *Bergeon* (de Lyon) a tenté de mettre à profit, pour le traitement des maladies respiratoires, les expériences dans lesquelles Claude Bernard a montré que les gaz injectés dans le rectum sont éliminés par le poumon sans provoquer d'accidents, tandis que l'inspiration de ces gaz en amène rapidement. Il a cherché à employer un gaz qui fût inoffensif pour la muqueuse intestinale et pût servir de véhicule à des substances médicamenteuses; l'acide carbonique présente ces avantages; de plus, il exerce une réelle action thérapeutique sur la muqueuse pulmonaire, et c'est ainsi que M. Bergeon a pu, à l'aide de lavements de gaz chargé de matières sulfureuses, obtenir une disparition rapide des phénomènes de suppuration dans des cas de tuberculose avancée.

M. *Cornil* rend compte des résultats auxquels est déjà parvenu M. Bergeon, résultats confirmés par M. Chantemesse et qui donnent actuellement lieu à une série de recherches expérimentales, afin de pouvoir en conclure la valeur réelle de cette nouvelle méthode thérapeutique. Le manuel opératoire a déjà fait l'objet d'une communication à l'Académie des sciences; il consiste essentiellement dans un appareil producteur d'acide carbonique, qu'on fait ensuite barboter à travers une bouteille d'Eaux-Bonnes, avant de le pousser dans le rectum. Le gaz doit être dans un état de pureté absolue pour ne léser en rien la muqueuse intestinale; l'injection doit être faite avant le repas et il faut se servir comme injecteur d'un instrument suffisamment sensible pour se rendre compte de la pression déterminée dans l'intestin. Ce traitement a été notamment appliqué par M. Chantemesse à deux malades présentant des accès d'asthme très violent et à neuf malades ayant des signes locaux et généraux de tuberculose pulmonaire; l'amélioration a été très sensible dans tous les cas.

CHOLÉRA ET GROSSESSE. — M. le docteur *Queirel* a pu réunir, à l'occasion des épidémies de choléra à Marseille en 1884 et en 1885, un grand nombre d'observations de choléra chez des femmes en état de grossesse; joignant ses observations à celles que M. Bouchut a publiées autrefois, il en croit pouvoir conclure que la grossesse, sans être une cause prédisposante, paraît aggraver le pronostic du choléra. Mais, tandis que l'on ignore encore si le choléra se transmet de la mère au fœtus en tant que choléra, il est sans nul doute très meurtrier pour les enfants dans le sein maternel; il est aussi une cause fréquente d'avortement, sans que la gravité de l'affection soit exagérée pour la mère; il faut d'ailleurs que

l'atteinte dure assez longtemps pour que la femme ne meure pas avant d'avorter. Cet accident est plus fréquent dans la seconde moitié de la grossesse que dans la première; cependant, près du terme, on peut avoir encore quelques enfants vivants, lesquels succombent souvent au choléra dès les premiers jours de l'existence. Enfin, le choléra est plus grave durant les suites de couches; il a une action absolument funeste sur la lactation au moment où s'établit cette fonction. Au point de vue clinique, le seul phénomène qui mérite d'être noté, c'est la rachialgie qui se montre très intense et assez fréquemment. — (Le mémoire de M. Queirel est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Cornil*, *Dujardin-Beaumetz* et *Charpentier*.)

Pneumotomie. — Cette opération a surtout été faite à l'étranger, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique; un seul chirurgien jusqu'à présent l'a tentée en France, M. Bouilly. M. le docteur *Prengrueber*, chirurgien des hôpitaux de Paris, vient de la pratiquer de nouveau avec succès chez une fillette de douze ans, qui avait été prise, il y a quatre ans, de fièvre vive, avec un violent point de côté et des vomissements de sang abondants. Au bout de six mois, les crachements de sang furent remplacés par des vomissements de pus fétide, qui se répétèrent à plusieurs reprises. A la suite de cette vomique, il se fit une amélioration marquée pendant plusieurs mois; mais de nouveau la fièvre reparut ainsi que les vomissements purulents. Il y eut ainsi une dizaine de rechutes dans l'espace de quatre ans. Quand M. *de Beurmann*, des hôpitaux de Paris, vit l'enfant, il y a deux mois, elle était extrêmement amaigrie et affaiblie, minée par la fièvre et par une expectoration abondante, d'une odeur gangreneuse. L'auscultation révélait l'existence d'une vaste excavation dans la base du poumon droit. M. de Beurmann, d'accord avec M. Prengrueber, pensa qu'une opération radicale pouvait seule sauver la malade; elle fut proposée à la famille, qui accepta. M. Prengrueber fit au-dessous de l'omoplate droite une large brèche mettant à découvert la partie moyenne des cinquième et sixième côtes, qu'il enleva sur une étendue de 5 centimètres. Ceci fait, le poumon se trouvait à découvert sous les yeux du chirurgien; il fallait l'inciser pour arriver jusqu'à la poche purulente. Cette incision fut faite au thermocautère; à peine eut-on effleuré l'organe que l'on put entendre la crépitation spéciale due à la sortie des bulles d'air contenues dans les alvéoles. Il fallut sectionner une épaisseur d'environ 3 centimètres du poumon pour atteindre l'abcès, qui fut largement ouvert. L'opération a réussi: depuis trois semaines, la cavité pulmonaire est nettoyée et pansée directement comme un abcès ordinaire; ses parois tendent à se cicatriser et on peut prévoir que d'ici peu la guérison sera complète.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Luxation de la mâchoire : M. Farabeuf. — Imperforation de l'hymen : M. Défontaine. — Torsion de pédicule des kystes ovariques : M. Heurtaux. — Ostéosarcome de l'épaule; désarticulation : M. Schwartz. — Suture des tendons : MM. Terrillon, Berger. — Hyperostose diffuse des os du crâne : MM. Poulet, Terrier.

A propos du procès-verbal, M. *Farabeuf* continue sa démonstration, avec pièces à l'appui, sur les *causes de l'immobilité de la mâchoire dans la luxation du maxillaire inférieur*. (M. Farabeuf ayant eu l'obligeance de nous promettre des dessins, nous exposerons dans quelques jours seulement le débat aux lecteurs de la *Gazette*.)

— M. *Terrier* fait un rapport sur une observation du docteur *Defontaine* (du Creusot) au sujet d'une *imperforation de l'hymen avec rétention menstruelle*, chez une jeune fille de quinze ans. Peut-être y avait-il un certain degré d'hématocèle par reflux du sang dans les trompes. La ponction aspiratrice première n'avait pas été d'une antisepsie parfaite et la poche a suppuré. Les accidents ont vite cédé à l'incision franche et antiseptique de l'hymen.

— M. *Chauvel* lit une note de M. *Heurtaux* (de Nantes) sur la *torsion et la rupture du pédicule dans les kystes de l'ovaire*, avec une observation inédite de chacun de ces accidents. La torsion du pédicule ou rotation axile a été observée par Rokitansky, Thornton, Lawson Tait; M. Duplay a présenté à la Société de chirurgie une opération heureuse faite dans ces circonstances. Le fait de M. Heurtaux est également favorable : la femme avait eu à trois reprises, sans cause connue, des poussées de péritonite. La paroi kystique, mise à nu, fut trouvée soudée à l'intestin par des adhérences que le doigt décolla facilement; elle était violacée comme l'intestin dans la hernie étranglée, et la congestion avait causé une hémorrhagie notable dans la cavité. Le pédicule fut trouvé tordu deux ou trois fois sur son axe. Cette torsion peut causer une péritonite suraiguë; il est douteux qu'elle puisse, si elle est lente, amener la résorption du liquide, comme l'avancent MM. Poulet et Bousquet. On l'a expliquée par le poids de la tumeur (Rokitansky); en général, et c'est le cas ici, ces tumeurs sont d'un médiocre volume; on a parlé des adhérences : elles ne peuvent que s'opposer à la torsion. Lawson Tait a remarqué que la torsion se fait presque toujours de gauche à droite, et sur un kyste situé à droite; il invoque une torsion lente, devenant subitement brusque une fois parvenue à un certain degré, par le soulèvement que causent les matières fécales passant dans le rectum. M. Heurtaux regrette de n'avoir pas constaté le sens de la rotation. Cette torsion est-elle la cause, comme le dit Lawson Tait, des *ruptures* parfois observées, et dont nous avons une observation ici? M. Heurtaux en doute et croit plutôt à un tiraillement produit, dans l'observation actuelle, par un autre kyste plus développé. Il y avait, en effet, une adhérence *non tordue* qui reliait le kyste au mésentère. La femme succomba à l'ovariotomie, et cependant le kyste détaché n'avait pas cessé de vivre, comme cela est la règle en pareille circonstance. M. Heurtaux n'a trouvé que deux observations, dont une de Spencer Wells, de ce fait admis sans documents à l'appui par Kœberlé. C'est à cause des adhérences que la tumeur continua à vivre.

— M. *Schwartz* lit une observation de *sarcome kystique télangiectasique de la tête humérale; désarticulation de l'épaule après ligature de la sous-clavière entre les scalènes*. La tumeur avait eu un développement très rapide; une ponction exploratrice faite en ville donna un jet de sang pur et causa des accidents fébriles intenses qui semblent dus à la septicité plutôt qu'à la fièvre néoplasique. La mort étant certaine à bref délai, M. Schwartz opéra, malgré l'état général grave du sujet, qui succomba quelques heures après dans le collapsus. La ligature de la sous-clavière avait permis d'opérer presque sans perte de sang. L'autopsie ne révéla aucune généralisation.

— M. *Terrillon* présente un malade auquel il a *suturé les tendons extenseurs*, tous coupés par une plaie transversale du dos de la main. Il fallut une incision longitudinale de 7 centimètres pour trouver les bouts supérieurs. Il n'y a pas eu une goutte de suppuration; le résultat fonctionnel est excellent.

M. *Berger* donne à cette occasion des nouvelles d'un opéré dont il a entretenu la Société il y a quelques mois : le résultat est devenu tout à fait satisfaisant. Il y a deux mois, il a de nouveau suturé les *tendons fléchisseurs*; il y avait 11 centimètres de rétraction; la tension a été trop forte, et quoiqu'il n'y ait presque pas eu de suppuration, les tendons se sont en partie exfoliés.

— M. *Poulet* présente un spahi qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, est atteint d'une *hyperostose diffuse unilatérale des os du crâne et de la face;* l'œil droit est aveugle par atrophie papillaire; l'œil gauche commence à se prendre. L'iodure de potassium est resté impuissant. Quel traitement appliquer?

M. *Terrier*. Cette affection est rare, mais non point exceptionnelle. Elle a été appelée *leontiasis ossea* par Virchow, et maintenant elle est à peu près connue. Elle débute souvent par un traumatisme, et M. Terrier en a vu deux cas fort nets, dont un lui avait été adressé par M. Fieuzal, consulté précisément à cause de troubles oculaires. Il n'y a rien à faire, ni contre l'hyperostose, ni contre la cécité qui est due à une atrophie papillaire par compression. Les masses osseuses comblent, en effet, peu à peu toutes les cavités de la face : orbite, sinus, fosses nasales.

A. Broca.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

SÉANCE D'OUVERTURE DU LUNDI 18 OCTOBRE, A DEUX HEURES DU SOIR.

Le Congrès français de chirurgie a ouvert aujourd'hui sa deuxième session sous la présidence de M. le professeur *Ollier* (de Lyon). L'affluence était grande, et toutes nos notabilités chirurgicales parisiennes se trouvaient réunies à cette séance, que M. Le Royer, président du Sénat, honorait de sa présence, et à laquelle M. le ministre de l'instruction publique s'était fait représenter par M. Gréard, recteur de l'Académie de Paris. Les savants s'y sont donné rendez-vous d'un bout de la France à l'autre. Avec M. Ollier, Lyon nous a envoyé MM. Poncet, D. Mollière, Tripier. On remarquait encore MM. Gross (de Nancy), Demons, Lagrange (de Bordeaux), Pamard (d'Avignon), Thomas (de Tours), Maunoury (de Chartres), etc. Ce n'est pas parmi les étrangers que nous rangerons MM. Bœckel (de Strasbourg), Ehrmann (de Mulhouse); mais l'étranger aussi est bien représenté par MM. Thiriar (de Bruxelles), J.-L. et Aug. Reverdin, Vuillet (de Genève), Plum (de Copenhague), Balestreri (de Gênes). M. Maydl, assistant du professeur Albert (de Vienne), n'a pu venir, mais a envoyé un mémoire. M. Spencer Wells a promis d'assister à une discussion sur l'hystérectomie.

On voit donc que M. *Ollier* a eu raison, au début de son discours d'ouverture, d'affirmer que le Congrès français de chirurgie a dépassé toutes les attentes; que la Société de chirurgie de Paris a fait belle et bonne œuvre en en prenant l'initiative. Après avoir rendu hommage aux membres présents, M. Ollier continue en ces termes :

La pensée qui a conduit à la fondation d'un Congrès français de chirurgie ne procède pas d'un sentiment nouveau ; elle n'est que la continuation et l'appropriation à nos besoins actuels de l'idée qui a présidé à la création de toutes les institutions scientifiques qui ont eu la chirurgie pour objet, depuis la fondation de l'Académie de chirurgie en 1731 jusqu'à nos jours. C'est toujours l'avancement de la chirurgie et l'extension de son domaine par le travail collectif et les efforts communs. Mais les institutions qui paraissaient suffisantes, il y a quelques années encore, ne peuvent nous satisfaire aujourd'hui, dans les nouvelles conditions qui résultent : d'une part, de l'avancement rapide de la science et de l'art dans tous les pays civilisés, et, de l'autre, de la multiplicité des problèmes dont la solution pressante s'impose à tous ceux qui se sont voués à notre noble profession.

Les séances régulières des sociétés savantes, les publications de plus en plus nombreuses de la presse scientifique sont, sans doute, des agents puissants et rapides pour la diffusion des idées et pour la propagation des doctrines nouvelles. Mais ce dont on peut se contenter pour les sciences philosophiques, spéculatives ou abstraites, devient insuffisant pour les sciences appliquées et surtout pour les sciences du genre de la nôtre, où le passage de la théorie à la pratique, de l'idée à la réalisation, est souvent plein de difficultés et de périls. C'est alors que les réunions d'hommes, cultivant le même objet, animés du même désir de connaître, non seulement ce qui peut être vrai, mais ce qui est réel, doivent être particulièrement fécondes. En remplaçant les discussions théoriques trop souvent stériles par des démonstrations directes, on arrive à résoudre en quelques jours des questions qui eussent pu rester pendantes pendant de longues années si ou les eût discutées à distance.

Les Congrès internationaux qui ont été inaugurés dans cette enceinte même en 1867, j'aime à le rappeler aujourd'hui, ont déjà, sous ce rapport, rendu les plus grands services. Réunissant en un même lieu et au même moment des hommes venus de tous les centres scientifiques du monde, ils permettent d'apporter et de concentrer sur un sujet déterminé des documents nombreux qu'il eût été impossible de rassembler autrement. Ils facilitent ainsi et accélèrent la solution des grandes questions que les travaux individuels peuvent à peine effleurer. Indépendamment de leur intérêt scientifique, ces congrès internationaux sont des centres très attrayants de relations confraternelles. Ils mettent en présence des hommes qui se comprennent mieux quand ils se sont vus face à face, la connaissance personnelle d'un auteur rendant toujours plus facile l'interprétation de ses œuvres.

Ces réunions internationales sont certainement l'idéal des congrès; malheureusement la multiplicité des langues dans les lectures et les communications orales a rendu toute discussion générale impossible. Un congrès en plusieurs langues est d'avance voué à la stérilité, ou du moins à une stérilité relative, au point de vue des débats contradictoires.

Il est regrettable qu'on n'ait pas conservé, pour ces congrès internationaux, l'unicité de langue qu'on avait acceptée tout d'abord; mais, comme à l'heure qu'il est il n'y a plus de langue vivante qui puisse s'imposer, et qu'une langue morte aurait encore plus de difficultés à se faire accepter, il faut réserver les débats contradictoires pour les congrès plus limités où tout le monde peut se comprendre et s'argumenter.

C'est là un des avantages de notre Congrès français de chirurgie. Quoique exclusivement français par la langue, il est ouvert à tous les chirurgiens, de quelque pays qu'ils viennent, à quelque nationalité qu'ils appartiennent. Il est donc par cela même universel et international : et il prendra de plus en plus ce double caractère à mesure que nos efforts désintéressés augmenteront le nombre de nos amis du dehors et iront réveiller au loin de vieilles sympathies. La chirurgie ne peut plus être aujourd'hui l'apanage d'un peuple; elle est cultivée dans tous les pays civilisés, et, bien qu'elle ne brille pas partout du même éclat, il n'est aucune nation qui n'ait contribué à ses progrès.

Ce serait donc une erreur que de nous limiter à nos frontières et de ne pas regarder au delà. Rien de ce qui se passe dans le monde chirurgical ne doit nous rester étranger. Le patriotisme ne consiste pas à s'admirer soi-même, en fermant les yeux sur les progrès de ses rivaux, mais à s'enquérir de ces progrès, à se les assimiler et à s'efforcer de les surpasser.

On nous a reproché longtemps de rester trop complaisamment chez nous et de négliger ce qui se faisait ailleurs. Ce reproche a pu être parfaitement fondé à une certaine époque, mais il est de moins en moins mérité aujourd'hui. C'est cependant par nos habitudes trop sédentaires qu'on peut expliquer la lenteur qu'a mise à se répandre dans nos divers hôpitaux la grande réforme opérée par le pansement de Lister. Nous étions tous sans doute préoccupés de l'antisepsie, et, depuis longtemps, chacun de nous cherchait de son côté à prévenir les accidents infectieux des plaies et arrivait par des procédés divers à atténuer plus ou moins la mortalité de ses opérés. Mais, nous étions encore attardés dans des demi-mesures, que l'antisepsie listérienne avait déjà, dans la plupart des grands hôpitaux des pays voisins, transformé la pratique chirurgicale et changé du tout au tout les résultats des grandes opérations. Nous avions alors, il est vrai, à lutter contre des obstacles qu'il ne dépendait pas de nous de faire disparaître. N'ayant aucune influence directe sur les administrations hospitalières, nous étions obligés de nous servir de ce qu'on voulait bien nous donner, et nous nous débattions impuissants contre les difficultés de toutes sortes que nous créait en outre l'organisation

défectueuse de nos services. Depuis quelques années, heureusement, cet état de choses a changé; un esprit nouveau anime les administrations hospitalières que les exigences de leur budget ne lient pas trop étroitement, et dans la plupart des services de nos grands hôpitaux, il est possible de satisfaire aujourd'hui aux règles de l'antisepsie. Et cependant, malgré ces progrès accomplis, si l'on considère encore l'ensemble des hôpitaux répandus sur toute l'étendue du territoire, on est péniblement impressionné à la vue de ce qui nous manque encore pour une bonne organisation des services chirurgicaux.

Ces questions d'organisation ont pour l'avenir de notre chirurgie une importance immense, car là où nous ne trouvons pas la sécurité, nous n'avons pas le droit d'opérer, en dehors des cas d'urgence qui réclament absolument une intervention immédiate.

Or, pour réaliser ces conditions d'antisepsie absolue qui seules peuvent donner en chirurgie la hardiesse et la confiance en soi, il nous faut des installations spéciales où nous trouvions un personnel et un matériel appropriés à nos nouveaux besoins. Un outillage nouveau est aussi indispensable pour l'exercice de notre art que pour les diverses industries qui ont été récemment transformées par la science. Il faut se garder sans doute de se laisser séduire par ces installations d'apparat qui servent autant à l'éblouissement du public qu'à l'exercice d'une chirurgie réellement scientifique; mais nous n'avons pas encore à nous prémunir contre cet excès, et dans les hôpitaux auxquels je fais allusion; les installations sont tellement élémentaires qu'on les eût trouvées à peine suffisantes il y a trente ans.

On a fait beaucoup sans doute, je le répète, dans ces dernières années pour améliorer les conditions d'exercice de notre art. On a construit quelques hôpitaux excellents et on en a réinstallé un certain nombre d'autres; et, en nous fournissant tout ce qui est nécessaire pour de bons pansements, on nous a mis à même d'obtenir d'aussi beaux résultats opératoires que dans n'importe quel hôpital, et de faire oublier ces anciennes statistiques des hôpitaux de Paris, qu'on nous a longtemps reprochées comme un signe d'infériorité de notre chirurgie. Mais, malgré ces améliorations réelles, il ne faut pas nous illusionner sur ce qui nous reste encore à faire, soit au point de vue du perfectionnement de notre outillage, soit au point de vue de l'organisation de nos services. Or, comme ce sont les deux facteurs importants dans la solution des problèmes qui nous occupent, et qui ont pour unique objectif la marche en avant de la chirurgie française, je vous demande la permission de m'y arrêter un instant.

Le niveau de la chirurgie dans un pays est subordonné à deux causes principales: à la valeur de son personnel et aux institutions qui permettent à ce personnel de fournir ce qu'il est capable de produire. Or, si nous jetons les yeux autour de nous, nous voyons: d'une part, un personnel hors ligne, des mieux armés pour l'action, par la science acquise et les aptitudes individuelles; de l'autre, des institutions non seulement peu favorables au développement de ces avantages exceptionnels, mais propres à stériliser les meilleures volontés.

D'un côté, une surabondance de talent et d'énergie; de l'autre, des forces perdues et une quantité de matériaux inexploités.

Nous avons aujourd'hui en France dans la jeune génération chirurgicale une telle pléthore d'hommes de valeur qu'il est presque impossible de les placer, à leur jour, à leur heure, dans une situation favorable au développement de leur talent. Jamais les concours d'agrégation n'ont été plus brillants qu'aujourd'hui. Jamais les concours des hôpitaux, soit à Paris, soit à Lyon, ou dans les autres grandes villes de province, n'ont été plus suivis et n'ont fait éclore plus de talents. Chaque concours nous révèle des candidats hors ligne, qui apparaissent comme des esprits originaux, prêts à produire, à qui il ne manque que l'occasion propice et des conditions favorables. On salue en eux l'espoir de la chirurgie française; on se plaît à leur prédire un avenir brillant et on ne doute pas de sa réalisation prochaine. Mais pour qu'un grand chirurgien puisse se révéler parmi eux, il faut avant toute chose leur donner un service et des malades; il faut qu'ils puissent agir sous leur propre responsabilité et montrer que leurs qualités pratiques sont corrélatives des brillantes facultés dont ils ont fait preuve dans leurs concours.

Nous les voyons, ils sont là, impatients d'agir et de l'affirmer, mais l'occasion leur manque. Ils attendent longtemps et les jours passent et l'âge arrive, entraînant avec lui d'autres préoccupations, et lorsqu'ils sont enfin en possession du service si longtemps ambitionné, ils ont déjà fourni une partie de leur carrière. Il y a dans cette organisation, dont ils sont les victimes, une immense déperdition de force qui se fait au détriment de la chirurgie française et dont doivent se préoccuper tous ceux qui jettent les yeux au delà du moment présent. Comment remédier à ce danger, qui frappe tous les yeux impartiaux? Il ne serait peut-être pas difficile de résoudre la question à la satisfaction de tous les intéressés si l'on n'avait à compter avec les mœurs, les traditions et les préjugés qui viennent compliquer le problème.

D'ailleurs cette situation difficile n'existe pas partout. Il est des villes où des institutions plus favorables aux jeunes chirurgiens ont pu, longtemps avant la création des Facultés, et grâce au concours, susciter de longues séries d'hommes de valeur. Mais je ne puis examiner ici telle ou telle institution en particulier, c'est l'ensemble de nos institutions que j'ai en vue; or, quand on jette les yeux sur toute l'étendue du territoire, on voit de nombreuses villes qui possèdent les éléments de riches services de chirurgie et où, faute d'argent, et surtout faute d'une idée organisatrice, on laisse ces richesses encore inexploitées. Il est fâcheux qu'on n'ait pas encore trouvé le moyen d'attirer vers elles le trop-plein des travailleurs qu'on constate dans certaines régions. Mais l'a-t-on bien cherché?

La multiplicité des Universités en Allemagne et dans les pays de langue allemande, a favorisé, même dans des villes de second et de troisième ordre, la création de centres chirurgicaux qui attirent les jeunes chirurgiens de valeur. Ils trouvent là avec une position indépendante et honorée un champ d'études assez vaste et assez varié pour alimenter leur activité. Ils peuvent alors entreprendre et mener à bien des travaux de longue haleine et arriver à se faire un nom dans la science à un âge où beaucoup de nos compatriotes attendent encore l'occasion de se montrer. On ne craint pas, en Allemagne, d'aller enseigner dans ces petites Universités parce qu'on sait qu'on y trouvera la notoriété, la gloire même si on le mérite, et qu'on n'ignore pas qu'un début dans une ville reculée, loin d'être un obstacle à l'entrée dans les grandes Universités, sera le meilleur titre pour y pénétrer.

Mais indépendamment de la difficulté qu'ont nos jeunes chirurgiens à obtenir un service dans les grands hôpitaux, ils trouveront plus tard, une fois arrivés, en possession de leur instrument de travail, plus d'un obstacle à la direction de leur activité dans le sens où elle pourrait le plus utilement s'exercer.

La vieille querelle entre les spécialistes et les partisans de l'enseignement encyclopédique n'est pas encore éteinte chez nous, et ce n'est pas ici le lieu de la raviver. Mais, quels que soient les dangers d'une division trop grande et surtout trop hâtive de l'art chirurgical, il suffit de regarder ce qui se passe autour de nous pour comprendre combien certaines branches de la chirurgie ont gagné à être l'objet d'une culture élective. Je ne parle pas, bien entendu, de ces hommes qui résument dans le petit coin de la chirurgie qu'ils exploitent, le commencement et la fin de leur science; je fais allusion à ces hommes distingués et fortement instruits qui veulent appliquer à un terrain choisi par eux les connaissances générales antérieurement acquises.

Quels progrès n'ont pas faits certaines branches de la chirurgie, l'ophthalmologie, la gynécologie, par exemple, depuis qu'elles ont fait l'objet de ces spécialisations électives et secondaires? Quoique les services spéciaux soient aujourd'hui plus nombreux à l'étranger que chez nous, nous ne devons pas oublier que nous avons donné l'exemple et que les écoles du Midi, de l'Antiquaille, de Necker et autres, sont depuis longtemps florissantes.

Mais du reste, qu'on le veuille ou qu'on s'y oppose, les spécialités se créent et s'établissent lorsqu'elles répondent à un besoin réel; et, pour empêcher qu'elles ne servent de tréteaux à des gens indignes ou compromettants, nous n'avons qu'à les déclarer comme faisant partie de notre domaine, dans les grands hôpitaux et les corps enseignants, et à les faire occuper par des hommes qui ont déjà fait leurs preuves.

La crainte des services spéciaux ainsi organisés me paraît une erreur et un anachronisme. La division du travail s'impose à nous comme une nécessité; nous n'échappons pas aux lois économiques. A mesure que notre champ s'étend et que la culture en devient plus difficile, il nous faut des ouvriers spéciaux. Sous peine de déchoir, nous devons travailler avec les instruments les plus perfectionnés tous les coins de notre domaine, lui demander tous les produits dont nous avons besoin et ne pas faire des spécialités un article d'importation qui n'a malheureusement que trop longtemps prospéré à notre détriment et au plus grand profit de nos concurrents étrangers.

Le président termine en émettant le vœu que tous les Français justifient l'ancienne devise de notre chirurgie : « réalité dans la science et moralité dans l'art ».

Après ce discours, fort applaudi, M. *Pozzi*, secrétaire général, a fait connaître la situation financière prospère du Congrès. Puis les travaux ont commencé, et dans la première séance nous avons entendu des communications de MM. le professeur J.-L. Reverdin (de Genève), Thiriar (de Bruxelles), le professeur Guyon (de Paris).

Le tétanos, la néphrotomie et la néphrectomie, les résections orthopédiques, l'intervention opératoire dans les luxations irréductibles sont les questions mises à l'ordre du jour. Elles donneront lieu à des discussions générales que nous ferons connaître dans leur ensemble; mais, en outre, il y a des *questions diverses* que nous croyons plus intéressant de rapprocher les unes des autres. Nous ne nous astreindrons donc pas, dans ce compte rendu, à suivre l'ordre exact dans lequel les communications ont été faites. Ainsi, dès la première séance, M. le professeur *Guyon* a fait une lecture des plus importantes *sur les indications et contre-indications de la lithotritie* que nous réunirons à d'autres travaux, du d'ailleurs pour la plupart à ses élèves. Nous commencerons par la discussion sur le tétanos.

Discussion sur la nature, la pathogénie et le traitement du tétanos.

C'est le tétanos qui, cette année, a fourni l'occasion à la première discussion générale, et MM. Vaslin (d'Angers), Balastreri (de Gênes), Thiriar (de Bruxelles), Maunoury (de Chartres), Verneuil, E. Doyen (de Reims), Bories (de Montauban), Larger (de Maisons-Laffite), Blanc (de Bombay) y ont successivement pris part.

La thérapeutique seule a attiré l'attention de M. *Bories*, qui apporte une observation de guérison par le traitement préconisé par M. Verneuil à la Société de chirurgie en 1885. Sa jeune malade a pris plus de 200 grammes de chloral et reçu 169 injections de morphine; elle a été maintenue dans l'ouate, à l'obscurité, au milieu du calme le plus complet. Les accidents ont été fort intenses et cependant la malade a guéri. M. *Balestreri* pense, sans doute, que le tétanos est une névrose; mais si cela l'intéresse, c'est encore pour les indications thérapeutiques; il traite les névroses par le tartre stibié à hautes doses et il nous montre trois tétaniques guéris par l'émétique à dose de 25, 40 et même 50 centigrammes par jour; dans les services voisins, le chloral laisse périr 11 malades sur 17; par l'émétique, M. Balestreri en sauve 3 sur 3. « Mais on ne veut pas y croire chez lui, et c'est pour cela qu'il est venu affirmer ses croyances au Congrès de Paris. » M. *Blanc* ne manquera pas de penser que M. Balestreri a été le jouet d'une série heureuse; cinq succès consécutifs ne lui ont-ils pas fait croire un instant que le phosphure de zinc était un vrai spécifique? Puis sont venus des échecs successifs, et M. Blanc en est arrivé à penser que si beaucoup de traitements peuvent faire du mal (et il accuse surtout les tentatives opératoires, les élongations nerveuses, le bromure de potassium à haute dose), on ne peut guère formuler qu'une thérapeutique empirique. Les médecins hindous prescrivent des purgatifs, du laitage, de la chaleur et l'obscurité. Nous remplaçons les purgatifs par le chloral ou la morphine.

C'est par le repos et les calmants que M. *Vaslin* aussi a eu un succès dont il nous rapporte l'histoire, et, s'il a employé cette médication, c'est parce qu'il considère que le tétanos est une « névrose » et il n'admet pas qu'il s'agisse d'un empoisonnement par un virus, car il a fait à un chien des inoculations infructueuses avec l'urine, la sueur, le sang, le pus de son malade. Au reste, cela ne fait que confirmer les essais négatifs faits, dans les mêmes conditions, par Arloing et Tripier, par Nocart. C'est à ces expériences que M. *Maunoury* ajoute foi, et il ne se déclare pas convaincu par les expériences exposées cette année par Rosenbach au Congrès des chirurgiens allemands. Le tétanos est fréquent à Chartres, où exerce M. Maunoury, et pourtant ce chirurgien distingué n'a pu constater aucun cas de contagion, tandis que presque toujours il lui a été permis d'incriminer le froid humide, si bien qu'il a renoncé à employer le spray, lorsqu'il est forcé d'opérer à la campagne, dans des pièces mal chauffées.

Mais, M. Maunoury nous l'a dit, M. Nocart, malgré l'insuccès des inoculations, est persuadé que le tétanos est une maladie infectieuse, et cette opinion a trouvé au sein du Congrès plusieurs défenseurs éloquents. M. *Thiriar* (de Bruxelles) a perdu du tétanos 4 femmes opérées d'ovariotomie dans les conditions les plus favorables; les trois derniers cas sont survenus coup sur coup, sans aucun refroidissement; un d'eux a été observé aux environs de Waterloo et les médecins du pays ont dit à M. Thiriar que le tétanos, presque inconnu dans la région pendant trente ans, sévit depuis deux ans sous forme d'une sorte d'épidémie, si bien que huit cas récents ont été observés dans une région d'une lieue. M. *Blanc* reconnaît aussi l'influence de la contagion; endémique à Bombay, le tétanos y devient réellement épidémique par moments, pendant les semaines de la saison chaude; cela correspond aux recrudescences du choléra, et M. Blanc pense, d'ailleurs, que ces deux maladies se propagent ensemble par les eaux, que le tétanos chirurgical s'inocule par le tube digestif et non par la plaie, tout comme le tétanos médical, également fréquent à Bombay, et pendant les mêmes semaines. Aussi bien a-t-il constaté que dans les services de chirurgie de Bombay le pansement de Lister a fait disparaître la pyohémie, tandis que le tétanos n'a point diminué.

L'inverse est toutefois affirmé, nous dit M. *Larger*, par M. de Saboya (de Rio de Janeiro), par Lister. Cela est contraire encore aux constatations de M. *Doyen*, pour qui le tétanos naît de plaies contuses, suppurantes, compliquées de corps étrangers; pour qui le tétanos est une modalité de la septicémie. Il doute du bacille de Nicolaïer. Ce dernier auteur n'a pas eu de cultures pures, et les spasmes consécutifs à ses inoculations peuvent fort bien relever d'accidents septicémiques complexes. M. Doyen a fait des cultures avec les nerfs de la région, les bourgeons charnus de la plaie : elles sont restées négatives; mais elles ont été positives avec des fragments de protubérance, de foie, de rate. Cela confirme les résultats obtenus par M. Cornil avec le bulbe d'un tétanique : la culture contenait le *staphylococcus albus*. Cela cadre très bien avec les faits où l'opérateur semble être la cause de la contagion et M. Doyen nous a raconté l'histoire d'un vétérinaire qu'on n'appelle plus dans les villages des environs parce qu'il a la spécialité de perdre du tétanos tous les chevaux auxquels il pratique la castration.

Mais y a-t-il identité entre le tétanos du cheval et celui de l'homme? Le cheval n'aurait-il point contaminé son conquérant? M. *Larger* est venu, l'an dernier, à la Société de chirurgie avec des faits à l'appui de cette dernière opinion; il a développé ses arguments dans la discussion actuelle. Mais c'est surtout M. *Verneuil* qui a pris cette opinion en main, et qui est venu soumettre au congrès l'hypothèse hardie de « l'origine équine du tétanos ». Ce n'est qu'une hypothèse, mais peut-être est-elle capable d'élucider l'étiologie et par conséquent la thérapeutique et la prophylaxie de cette terrible maladie. Ce qui tend souvent à embrouiller la question, c'est que le tétanos est une de ces affections sur lesquelles M. Verneuil a si souvent insisté, dont la production nécessite un concours de circonstances multiples; le germe une fois introduit il faut admettre l'influence des causes autrefois dites essentielles; et ici, en première ligne, le refroidissement. Evidemment, le germe est le même pour le tétanos, toujours identique dans ses symptômes, qui sévit sur les

divers animaux. Pourquoi le cheval ne serait-il pas la cause première du mal? Il faut étudier le tétanos comme on a étudié la morve, la rage, etc. : tout le monde a bien haussé les épaules quand Rayer a affirmé l'origine équine de la morve! Il est donc utile d'enregistrer les faits qu'on peut grouper en quatre catégories : 1° tétanos chez des blessés en rapport avec des chevaux tétaniques (Larger, Bouilly, Ricochon); 2° tétanos à la suite de blessures faites par des chevaux (Compendium de chirurgie; Vaslin; Ricochon); 3° tétanos chez des hommes en contact avec des chevaux par leur profession ; 4° tétanos chez des hommes en contact avec la terre qui reçoit des déjections de cheval. Déjà les faits commencent à être nombreux Nos lecteurs nous permettront de ne pas y insister davantage, car ils n'ont pas oublié que c'est dans la *Gazette* que M. Vernenil a tout d'abord émis son hypothèse; que depuis, des communications relatives à ce sujet, favorables ou adverses, ont été souvent insérées dans nos colonnes. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 425, 571, 638, 651, 684.)

Communications diverses.

— M. *J.-L. Reverdin* a entretenu le Congrès des *accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde*. Nous pourrons analyser rapidement ce travail, car nous avons fait dans la *Gazette* (numéro du 20 août, p. 550), il y a peu de temps, un article qui faisait précisément connaître à nos lecteurs le *myxœdème opératoire* décrit par M. J. Reverdin. Ce nom est en effet préférable à celui de cachexie strumiprive, employé par Kocher. Depuis les mémoires que nous avons déjà analysés, M. Reverdin a observé quelques ressemblances cliniques de plus entre le myxœdème opératoire et le myxœdème spontané. Deux malades lui ont présenté des pseudo-lipomes sus-claviculaires. Et si l'on doit rapprocher ces accidents chez l'adulte, il en est de même chez l'enfant; Kocher a opéré des sujets dont la croissance était inachevée, et qui sont restés arrêtés dans leur développement. Les enfants deviennent alors identiques à ces idiots crétinoïdes dont Bourneville et Bricon viennent de tracer l'histoire; il n'y a pas de différence à faire du crétin opératoire de P. Sick au *pacha* de Bicêtre. Et dans le myxœdème le corps thyroïde est atrophié; dans l'idiotie crétinoïde il est congénitalement absent. On a contesté ces faits, et on les a expliqués par l'endémie du crétinisme à Berne, dans les Alpes. Cela est certainement erroné. Mais pourquoi, chez l'homme, l'extirpation totale n'est-elle suivie d'accidents que dans un tiers environ des cas? La question est encore obscure. Peut-être est-ce qu'on a laissé en place un lobule erratique méconnu, dont M. Reverdin a vu la présence se manifester, par exemple, au bout de cinq ans par une récidive. Dans ce dernier cas, il y avait eu des accidents myxœdémateux guéris ensuite. C'est que, quoi qu'en aient d'abord cru MM. Reverdin et Kocher, la thyroïdectomie partielle peut être suivie de cachexie. M. Reverdin nous en apporte aujourd'hui une observation remarquable. Il est vrai que le lobe respecté avait subi une atrophie consécutive, déjà signalée par Kuester, J. Wolff, Sydney Jones. Il est bien possible, d'autre part, que les cachexies consécutives aux extirpations partielles soient celles qui sont susceptibles d'amélioration ou même de guérison. Cette évolution bénigne a été en effet observée par M. Reverdin, contrairement à ce qu'on voit dans le myxœdème spontané, contrairement aussi à ce que Kocher avait avancé pour le myxœdème opératoire. Ce n'est d'ailleurs pas un motif pour renoncer à l'extirpation partielle du corps thyroïde. Mais il faut maintenant diriger les recherches vers les conditions de production et vers la thérapeutique de la cachexie.

— M. *Thiriar* (de Bruxelles). *Importance et valeur de l'analyse des urines en chirurgie abdominale*. M. Thiriar a déjà fait une communication sur ce point au Congrès de chirurgie de l'an dernier. Il vient aujourd'hui corroborer ses premières assertions à l'aide de 46 observations nouvelles de tumeurs abdominales où il a pratiqué l'analyse des urines. Si l'on tient compte, ce qui est facile, de certaines conditions spéciales : fièvre, régime alimentaire à l'hôpital, état antérieur des reins, on constate que dans les tumeurs malignes, quelle que soit la richesse de l'alimentation, l'urée excrétée ne monte pas au-dessus de 12 grammes par jour; au lieu qu'elle reste toujours entre 20 et 25 grammes en cas de tumeur bénigne, quel que soit le degré de cachexie apparente de la malade. Cela est même vrai pour d'autres régions, et M. Thiriar relate 2 observations de rétrécissement non cancéreux de l'œsophage où, malgré l'inanition des patients, le taux de l'urée était resté de 22 à 25 grammes. Sans doute, ce seul symptôme ne suffit pas. Mais il doit entrer en ligne de compte pour conduire le chirurgien à pratiquer une opération abdominale ou à la repousser.

A. Broca.

(*A suivre.*)

Cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886.

(Suite. — Voyez les numéros 39, 40, 41 et 42.)

Section de dermatologie et syphilis.

Nous signalerons comme nous paraissant les plus importantes les communications suivantes :

— M. *Schwimmer* (Pesth), dans une communication sur la *tuberculose de la peau et des muqueuses*, a développé les raisons qui lui font repousser la théorie, d'origine récente, suivant laquelle le lupus n'est qu'une forme de la tuberculose cutanée.

— M. *O. Boer* a exposé les résultats de récentes expériences qui ont abouti à la *transmission de la teigne faveuse* par voie d'inoculation, à des souris domestiques. La matière inoculée était constituée par des cultures pures d'un microcoque, obtenues par l'ensemencement de produits de faveux recueillis sur une souris alteinte de cette même forme de teigne.

— M. *Joseph* a combattu la théorie de l'*étiologie parasitaire* de l'*alopecia areata*. Il s'est basé sur ce que, d'après ses récentes expériences, on peut développer chez des animaux (chats) une alopécie circonscrite de tout point semblable à l'*alopecia areata* chez l'homme, en extirpant le ganglion spinal de la seconde paire de nerf et des fragments des racines avoisinantes. Quand l'extirpation a lieu des deux côtés, l'alopécie affecte une distribution bilatérale ; en outre elle s'étend au delà du territoire innervé par la deuxième paire cervicale, pour envahir la zone innervée par le trijumeau.

— M. *Schuster*, dans une communication sur les *relations de l'érysipèle et de la syphilis*, a relaté des faits qui démontrent que si un érysipèle intercurrent exerce maintes fois une influence favorable sur des manifestations existantes d'une syphilis, le contraire peut arriver, comme aussi un érysipèle intercurrent peut réveiller les manifestations d'une syphilis latente. D'autres maladies réputées infectieuses, dothiénentérie, variole, pneumonie, sont connues pour imprimer des modifications, passagères, suivant Schwimmer, à l'évolution de la syphilis, et aussi du lupus, des néoplasmes malins; ces modifications, ne sont peut-être qu'une conséquence de l'hyperthermie, élément commun à ces diverses affections.

— M. *O. Rosenthal* (de Berlin), dans une communication sur le *traitement mécanique des maladies de peau*,

a préconisé contre le lupus le traitement suivant, qui n'est qu'une modification de la méthode des scarifications linéaires, proposée et employée depuis des années par M. Vidal. Au siège de la lésion, il pratique des scarifications très fines et très serrées, mais dirigées en tous sens, qu'il recouvre ensuite d'un bourrelet d'ouate. Avec ce bourrelet il exécute, plusieurs minutes durant, des mouvements de massage à direction centripète ou circulaire. La douleur est très supportable, l'hémorrhagie insignifiante; il n'y a point à craindre des cicatrices visibles. Ce traitement a donné de bons résultats dans d'autres dermatoses que le lupus; acné rosacée, acné vulgaire, sycosis simple ou parasitaire, télangiectasies plates, kéloïdes.

— M. *Mracek* a étudié la *syphilis hémorrhagique des nouveau-nés*, à l'Institut anatomo-pathologique de Vienne, sur 19 sujets. De ses recherches il a conclu ce qui suit: La syphilis chez la mère retentit souvent sur le fœtus, en occasionnant des anomalies vasculaires graves, intra-utérines; des dépôts morbides se forment dans les capillaires, dans les *vasa vasorum*, dans les veinules et dans les artérioles, d'où résultent des troubles circulatoires locaux, qui, à leur tour, entraînent des extravasations sanguines, quand des circonstances extérieures créent des obstacles insolites au cours du sang. En somme, les dénominations de syphilis hémorrhagique des nouveau-nés, de diathèse hémorrhagique d'origine syphilitique trouvent leur justification dans les résultats de l'étude histologique des lésions.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

Contribution à l'étude des hernies, par M. E. Kuester. — L'auteur s'attache surtout à décrire une variété particulière de hernie qu'il appelle inguino-superficielle. Cette hernie est une hernie inguinale avec ectopie testiculaire; elle ne s'engage que peu ou point dans le scrotum, et se caractérise par un sac diverticulaire sous-cutané partant de l'orifice inguinal externe pour aller, suivant les cas: 1° en haut et en dehors, sous la peau de l'abdomen; 2° en bas et en dehors, sous la peau de la cuisse; 3° en arrière, sous la peau du périnée. Avec quelques rares observations empruntées à d'autres auteurs, Kuester donne trois faits personnels, dont deux opérés pour étranglement; un de ces derniers a été suivi d'autopsie. Cette hernie doit être rapprochée de la hernie pro-péritonéale et de la hernie inguino-interstitielle de Goyraud. Kuester donne ensuite quelques rapides renseignements: 1° sur l'opération des hernies à sac incomplet; 2° sur la cure radicale des hernies. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 202.)

Extraction d'un gros calcul du bassinet du rein par l'incision de Simon-Gerny, par M. Carl. Lauenstein. — Une observation avec succès chez un homme de trente ans. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 222.)

Le galvanocautère dans les maladies de la prostate, de la vessie et de l'urèthre, par M. R. Newman. — Le traitement de l'hypertrophie prostatique laisse encore beaucoup à désirer; les interventions chirurgicales sont encore fort graves. Depuis longtemps Newman songe à appliquer le galvanocautère; mais il lui a fallu de longs tâtonnements pour construire la *sonde galvano-caustique*, dont il nous donne la description. Un œil sur la courbure de la sonde métallique donne passage à la pointe électrique, en platine; la pile est telle qu'on obtient instantanément une chaleur intense. On amène donc l'œil au niveau du point à cautériser, on met la pointe de platine au contact de la muqueuse, et on établit le courant pendant trois secondes. L'indolence de l'opération est complète. On répète les séances tous les deux ou trois jours, et on a des succès lents, mais sérieux. La cautérisation profonde peut causer des accidents graves. On agirait en excitant la tonicité de la muqueuse et des glandes (?), et ce serait comparable à ce qu'on obtient dans l'hypertrophie des amygdales traitée par le galvanocautère (ce qui n'est toutefois pas un motif pour assimiler, avec R. Newmann, la structure de l'amygdale à celle de la prostate). Ce même traitement pourrait rendre des services dans la spermatorrhée, dans l'impuissance, dans les tumeurs de la vessie avec hématurie, dans les granulations, les ulcères et les rétrécissements de l'urèthre. (*Journal of the amer. med. Assoc.*, 28 août 1886.)

Contribution à la théorie du goitre, par M. J. Schranz. — Cette étude porte sur les goitreux du Tyrol allemand. Elle se fonde sur l'examen de 3304 individus vivants ou morts, dont 739 goitreux. On remarquera dans ces résultats: 1° la rareté de la scrofule et de la tuberculose; 2° la fréquence beaucoup plus considérable chez l'enfant de neuf à dix ans (47 pour 100 des sujets) que chez l'adulte (15,6 pour 100); 3° la prédominance chez le sexe féminin existe, mais moins qu'on ne le dit souvent (3 à 4 pour 100); 4° le crétinisme et la surdi-mutité sont rares dans la région, mais le goitre a une fréquence spéciale à l'hôpital des fous (25 pour 100). On trouvera dans ce mémoire des renseignements sur la géologie du pays et sur la composition des eaux. Cette dernière serait sans influence.

Mais surtout l'auteur fait remarquer que, avec et surtout sans lésions valvulaires, les goitreux sont spécialement prédisposés aux lésions cardiaques; la fréquence des maladies de cœur dans les pays à goitre a, d'ailleurs, été déjà signalée par Ferraris dans les Apennins; par Polack, dans les hauts plateaux du Mexique et de la Perse. Or les maladies cardiaques ne produisent pas le goitre. Serait-ce donc le goitre qui, par gêne circulatoire, surmène et fait dégénérer le cœur? Pour Schranz, une cause névro-paralytique domine les deux manifestations à la fois. « Presque tous, sinon tous les goitres » relèvent d'une névrose vaso-motrice qui agit, avec une intensité relative variable et sur le cœur et sur le corps thyroïde, organe dans lequel les plus légères modifications vasculaires retentissent. De là l'influence des efforts, des professions pénibles, des montagnes. On peut contester ces explications.

Quelques observations sont curieuses: 1° une femme légèrement tuberculeuse a présenté une alternance entre son goitre et l'intensité de la toux; 2° un goitre a accompagné la suppuration d'une brûlure de la face et a disparu après cicatrisation; 3° un fait démontre le développement brusque du goitre par l'ivresse prolongée. Au point de vue pratique, il faut retenir la fréquence de la dégénérescence graisseuse du cœur chez les goitreux: elle serait, par l'anesthésie et par l'ébranlement opératoire, la cause de morts subites que Rose a expliquées par un ramollissement hypothétique de la trachée. La mode est peut-être aujourd'hui au cœur graisseux, en Allemagne, pour alléger les statistiques opératoires. Nous ferons remarquer que l'auteur n'a fait aucune opération et que ses constatations anatomiques proviennent des registres d'autopsie d'Inspruck; 67 pour 100 de goitreux y étaient cardiaques; ces résultats ne sont guère contestables.

La cessation de la régulation circulatoire du cerveau expliquerait seule la cachexie strumiprive (ce qui est difficilement admissible). (*Arch. f. klin. chir.*, 1886, t. XXXIV, H. 1.)

L'opération de Brasdor pour les anévrysmes de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique, par M. J. Rosenstirn (de San Francisco). — L'auteur a employé une fois avec succès la ligature simultanée de la sous-clavière et de la carotide primitive droites contre un anévrysme grave de l'artère innominée. Il passe à ce propos en revue 99 observations, empruntées pour la plupart à la littérature anglo-américaine, où ce traitement a été appliqué. Il étudie les faits en huit catégories: 1° ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites; 2° ligature en deux séances de ces artères; 3° ligature de la carotide droite seule; 4° ligature de la sous-clavière droite seule; 5° ligature de la carotide gauche seule; 6° une observation de ligature en deux séances de la carotide et de la sous-clavière gauches; 7° une

observation de ligature en deux séances de la carotide et de l'axillaire gauches; 8° ligatures placées par erreur sur la jugulaire interne. Il conclut que la méthode de Brasdor, par ligature simultanée des deux troncs droits mérite un examen sérieux; elle est préférable aux rééditions modernes de la méthode de Valsalva; l'introduction de corps étrangers (fils métalliques fins, catgut, crin de Florence) n'est pas encore jugée; la galvanopuncture n'est pas si innocente qu'on le prétend souvent et elle donne, d'autre part, peu de succès. Peut-être peut-on l'associer à la ligature. (*Arch. für klin. chir.*, Bd XXIV, H. 1, p. 1, 1886.)

Contribution à la pathogénie de l'actinomycose pulmonaire, par M. G. Israel (de Berlin). — Il s'agit d'un homme qui a eu des contacts répétés avec des chevaux, et a souvent couché sur la paille et le foin. A l'autopsie, le poumon fut trouvé excavé par l'actinomycose et un morceau de dent existait au milieu de la caverne. Cela confirme donc l'opinion déjà soutenue par Israël que les cavités dentaires sont le lieu de culture fréquent du champignon, et que d'autre part ce végétal n'est pas transporté dans les poumons par l'air, mais provient du trajet anormal de particules dégluties dans le pharynx. (*Commun. au* 15e *Congr. de chir. allem. in extenso*, in *Arch. fur klin. Chir.*, 1886, XXXIV, p. 160.)

Un nouveau procédé de rhinoplastie, par M. Kœnig. — L'auteur cherche à remédier à l'enfoncement syphilitique du nez et refait le dos de cet organe avec un lambeau ostéo-périostéo-cutané pris au front. Il rapporte quatre observations heureuses. Le mémoire est accompagné de planches. (*Commun. au* 15e *Congr. de chir. allem., in extenso* in *Arch. für klin. Chir.*, XXXIV, p. 165.)

Un cas de tuberculose inoculée après amputation de l'avant-bras, par M. Wahl. — Un enfant d'un an fut amputé de l'avant-bras pour des accidents phlegmoneux graves consécutifs à un traumatisme de la main. Puis la plaie devint fongueuse et les ganglions axillaires se tuméfièrent. Des bacilles de Koch furent trouvés et dans le pus de la plaie et dans les ganglions extirpés. L'étiologie fut recherchée avec soin; rien ne fut trouvé du côté de l'hérédité ou de l'alimentation. Mais l'enfant était confié, pour être porté à l'hôpital, à une fille de treize ans atteinte de lupus du nez. A ce propos, l'auteur se souvient d'un homme de trente-six ans, amputé de cuisse pour tumeur blanche de genou, qui auparavant avait eu à la jambe un eczéma pour lequel il avait fait de fréquents lavages au lait cru. Une inoculation par lait d'une vache phthisique n'est pas impossible dans ce cas. (*Commun. au* 15e *Congr. de chir. allem., in extenso* in *Arch. für klin. chir.*, 1886, XXXIV, p. 229.)

A. Broca.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par M. le docteur Ch. Féré, médecin adjoint de la Salpêtrière. — Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Nous possédions jusqu'ici un certain nombre de traités d'anatomie chirurgicale, et leur utilité comme instrument d'étude ou comme guide dans la pratique journalière n'est plus à établir; nous trouvions aussi, éparses dans divers chapitres de ces mêmes livres, ou dans les traités classiques d'anatomie descriptive, une grande partie des déductions médicales qui peuvent trouver place en de semblables ouvrages; M. Féré a eu le mérite de chercher à nous donner un Traité *d'anatomie médicale*, du moins en ce qui concerne le système nerveux. Certes, on peut trouver, disséminées dans la littérature médicale, et en particulier dans les leçons du professeur Charcot et dans les mémoires divers publiés sous son inspiration par l'Ecole de la Salpêtrière, on peut trouver, disons-nous, toutes les considérations anatomo-médicales que comporte l'étude du système nerveux; mais nous n'en devons pas moins savoir gré à l'auteur d'avoir condensé et réuni ces notions intéressantes dans un manuel qui sera bientôt entre les mains de tous.

Les descriptions, souvent un peu ardues, de la constitution des centres nerveux et des relations établies entre eux et avec la périphérie par l'intermédiaire des tractus blancs de fibres conductrices sont présentées dans un style net et concis qui en rend la lecture plus attrayante et en facilite l'intelligence; l'attention est d'ailleurs soutenue par de nombreuses figures intercalées dans le texte, et dont une bonne partie a été empruntée aux travaux spéciaux des meilleurs auteurs sur la matière. On ne peut que regretter une lacune, qui n'a point échappé du reste à l'auteur, puisqu'il semble avoir omis volontairement l'étude histologique du système nerveux ou, du moins, ne lui avoir accordé qu'une place vraiment assez minime; quelques détails un peu plus précis sur l'anatomie fine de l'axe cérébro-spinal en particulier eussent heureusement complété un ouvrage de cette valeur.

Envisagé dans son ensemble, le système nerveux, chez l'homme, se compose de deux parties principales, intimement unies il est vrai, mais qu'il est logique de séparer au point de vue de la description anatomique et de l'enseignement: le système nerveux central, et le système nerveux périphérique. C'est cette division classique à laquelle s'est conformé M. Féré dans le plan de son livre.

Il étudie d'abord les enveloppes de l'axe cérébro-spinal dans son ensemble, leur disposition, et leur rôle physiologique de protection et de répartition de l'afflux sanguin, empruntant aux remarquables recherches de Duret d'intéressantes considérations sur le liquide céphalo-rachidien et les traumatismes cérébraux. Passant ensuite à une analyse plus intime, il décrit et dissèque en quelque sorte, successivement l'encéphale, l'isthme, le bulbe rachidien et l'axe médullaire.

On conçoit qu'il ne nous est pas possible d'entrer ici dans l'exposé des détails d'anatomie topographique, et que nous devons nous contenter de renvoyer à la lecture du texte même de l'auteur; mais nous tenons à signaler les nombreuses déductions physiologiques et pathologiques que l'on rencontre pour ainsi dire à chaque page, et qui constituent un résumé instructif des importants progrès accomplis dans l'étude de la neurologie: topographie crânio-cérébrale, localisations fonctionnelles de l'écorce grise, scléroses primitives ou secondaires, contractures, mouvements réflexes, etc.

La seconde partie, conçue dans le même ordre d'idées, est consacrée aux nerfs périphériques et au grand sympathique, que l'auteur se refuse, très justement, à séparer, en tant que système distinct, du système cérébro-spinal auquel il emprunte son action. Il fait cependant ressortir son rôle spécial comme régulateur de la circulation, tant par ses rameaux cardiaques que par ses filets vaso-moteurs, et rappelle les expériences de Cl. Bernard, de Brown-Sequard, de Dastre et Morat, de F. Franck qui sont venues successivement faire la lumière sur cette question si riche en conséquences d'ordre pathologique.

Il nous semble pourtant qu'à l'occasion de l'étude des nerfs périphériques, M. Ferré aurait pu, sans sortir du plan général qu'il s'était proposé, mettre plus largement à contribution les récents travaux relatifs aux névrites périphériques et à leur symptomatologie clinique; c'est un sujet à l'ordre du jour, encore insuffisamment élucidé, nous n'en disconvenons pas, mais le lecteur eût aimé à rencontrer un paragraphe un peu plus étendu sur les névrites segmentaires et sur les pseudo-tabes. Il y a là, croyons-nous, une omission qu'on eût pu éviter avec avantage.

Cette minime critique de détail n'enlève rien au mérite du *Traité d'anatomie médicale du système nerveux*, et nous

sommes convaincu qu'il rencontrera bon accueil auprès des étudiants et des praticiens; c'est un ouvrage très substantiel que tous pourront consulter avec fruit.

Dr André PETIT.

THE VALUE OF THE KNEE PHENOMENON IN THE DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM, par Ph. ZENNER. Chicago, 1886, petit in-8°.

Dans ce petit mémoire, l'auteur étudie la valeur de l'absence du réflexe patellaire dans diverses affections du système nerveux, particulièrement dans la paralysie générale et l'ataxie locomotrice. Ce phénomène présente une importance sérieuse, car sur 1669 personnes bien portantes examinées, le réflexe ne manquait que chez deux.

THE PATHOLOGY AND TREATMENT OF DROPSY, par J. BARR, extr. du *Liverpool medico-chirurgical Journal*, july 1886.

Intéressant mémoire, dans lequel l'auteur discute les différentes causes susceptibles de déterminer de l'hydropisie, examine les théories qui ont été établies à cet égard et cherche à déterminer le mécanisme de l'épanchement séreux dans les différentes maladies, enfin expose sa classification personnelle des hydropisies; il discute également les différents modes de traitement, l'action des diurétiques, du fer, du lait, etc.

THE PULLEY MODIFICATION OF HIS LIMITING TENOTOMY AND ADVANCEMENT OF THE RECTUS OPERATION, etc., par A. E. PRINCE. New-York, 1885, petit in-8°. Extr. du *N.-Y. Med. Record*.

M. Prince a, comme on sait, imaginé une méthode particulière de ténotomie avec avancement de l'insertion du droit de l'œil pour remédier à des degrés extrêmes de strabisme. Dans le présent mémoire, il décrit de nouvelles modifications à son procédé avec deux observations à l'appui.

ERYSIPELAS AND OTHER SEPTIC AND INFECTIOUS DISEASES INCIDENT TO INJURIES AND SURGICAL OPERATIONS PREVENTED BY A METHOD OF ATMOSPHERIC PURIFICATION, par D. PRINCE, 2e édit. Extr. de *American Practitioner and News*, avril 1886.

M. Prince a imaginé une disposition permettant de maintenir l'air d'une salle d'opération ou de malades pur de tout micro-organisme pendant tout le temps désirable; l'air avant d'arriver dans la pièce, traverse plusieurs compartiments disposés en dessous et où il barbote dans des solutions antiseptiques. D'autres précautions antiseptiques sont indiquées. En somme c'est un mémoire que tout opérateur consultera avec fruit.

VARIÉTÉS

SERVICE MILITAIRE DES DOCTEURS EN MÉDECINE. — La commission parlementaire chargée d'étudier la loi sur le recrutement de l'armée vient d'adopter le texte suivant pour régler la situation des docteurs en médecine :

« Ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe ou de vétérinaire diplômé, accomplissent leur service actif dans un corps de troupe ou dans un hôpital en qualité d'auxiliaire.

« Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs, ils peuvent être nommés médecins, pharmaciens ou vétérinaires de réserve, et renvoyés dans leurs foyers.

« Le nombre des jeunes gens qui jouiront du bénéfice de cette disposition sera fixé chaque année par le ministre de la guerre. »

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés : médecin principal de 1re classe, M. Massoutié; médecin principal de 2e classe, M. Czernicki; médecin-major de 1re classe, M. Baudot; médecins-majors de 2e classe, MM. Perret, Fournot, Renard et Prieur.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Audry, Tellier, Chabannes, Moncorgé, Chabalier, Rossigneux, Pic, Barbier, Cuilleret, Dobard, Lacroix, Duraud et Michon.

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert chaque année devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1886. Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1887. Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque candidat.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Barbrau (de Rochefort) vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La session ordinaire de cette Société aura lieu le mercredi 27 et le jeudi 28 octobre courant, à huit heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. Boissard et Berthod commenceront un cours complet d'accouchements le jeudi 4 novembre, à quatre heures et demie du soir, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. — Le cours aura lieu tous les jours à la même heure, et sera complet en quarante leçons.

FALSIFICATION DES ALCOOLS. — Le Sénat, sur le rapport de M. Théophile Roussel, a, dans sa séance du 19 octobre, adopté d'urgence une proposition de loi, aux termes de laquelle un prix sera décerné à la personne qui découvrira un procédé simple et usuel pouvant être mis en pratique par les agents de l'administration, pour déterminer, dans les spiritueux du commerce et les boissons alcooliques, la présence et la quantité des substances autres que l'alcool chimiquement pur ou alcool éthylique. L'Académie des sciences est chargée de déterminer les conditions dans lesquelles le prix devra être décerné, et de le décerner conformément au programme qu'elle aura arrêté. Dès que cette proposition aura été adoptée par la Chambre des députés, et elle le sera très prochainement, le gouvernement doit publier le programme de ce prix, qui s'élèvera à la somme de 50 000 francs.

FALSIFICATION DES BEURRES. — La Chambre des députés, dans la séance du 18 octobre, a adopté en première délibération une proposition de loi d'après laquelle il sera interdit d'exposer, de mettre en vente ou de vendre, d'importer ou d'exporter, sous le nom de margarine, de l'oléo-margarine, et, d'une manière générale, toute substance destinée à remplacer le beurre, ainsi que les mélanges de margarine, de graisse, d'huile et d'autres substances avec le beurre, quelle que soit la quantité que renferment ces mélanges.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer les décès de M. le docteur Jougla, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse; de M. le docteur Horand père (de Lyon); de M. le docteur Gendron (de Rouen); et de M. le docteur J. Albenois, directeur du service de la statistique démographique, à Marseille.

MORTALITÉ A PARIS (41e semaine, du 10 au 16 octobre 1886. — Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 1. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 26. — Phthisie pulmonaire, 219. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 16. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 27. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 65; au sein et mixte, 32; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 54; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 67; de l'appareil digestif, 37; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 18. — Total : 935.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

7294. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Alcoolisation des vins. — Ligature de l'iliaque interne. — Cocaïne et staphylorrhaphie partielle. — Classe des associés libres. — Bibliothèque.

La discussion sur le vinage, que le dépôt des nouvelles conclusions de la Commission semblait devoir permettre de terminer mardi dernier, vient de reprendre sous une nouvelle forme. L'élégant et substantiel discours de M. Riche, dont on trouvera plus loin l'analyse, a en effet le mérite, rare dans cette discussion, d'envisager avec une très grande netteté l'un des côtés de la question soulevée ; on y peut apprécier tout de suite les différences que le débat présente depuis l'époque où le vinage avait déjà été soumis aux délibérations de l'Académie. Mais les considérations développées par M. Riche avec une si parfaite compétence n'en sont pas moins exclusives; si elles apportent de sérieux éléments d'appréciation, elles ne résolvent pas le problème posé dans les termes où l'Académie a été priée par les pouvoirs publics de l'examiner. La chimie aura beau prouver que les alcools fournis par certaines grandes usines de distillation peuvent être obtenus à un tel état de pureté qu'il faudrait les préférer pour le vinage aux meilleurs alcools de vin; elle n'empêchera pas la physiologie de démontrer la nocuité de l'usage de l'alcool; elle ne fera pas non plus, comme l'a si bien dit M. Brouardel au mois d'août, qu'on n'arrive, par l'addition d'alcool, à modifier la constitution d'un vin. La clinique enfin n'en persistera pas moins à reconnaître que les lésions graves de l'alcoolisme augmentent dans une proportion effroyable en France depuis quelques années. Et, pour porter la question sur un autre terrain non moins intéressant à considérer, il faudra toujours tenir compte des conditions dans lesquelles s'opère le vinage des 12 millions d'hectolitres de vins exotiques que nous sommes obligés de demander aujourd'hui aux nations étrangères; or, la plus grande partie de ces vins nous arrivent d'Italie ou d'Espagne, où le vinage se pratique presque exclusivement à l'aide d'alcools dont la pureté est au moins douteuse. Il reste donc à savoir si, en autorisant le vinage en France, à quelque degré que ce soit, la conséquence, en l'état de nos traités internationaux de commerce, ne serait pas l'introduction forcée d'alcools frelatés dans notre

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Litige à propos d'honoraires de médecine à Riga. — Les tribunaux russes et les convenances professionnelles. — Anecdotes antisémites. — La loi de 1882 et les pharmaciens israélites. — Médecins et pharmaciens juifs d'Odessa. — Interdiction de séjour et cures balnéaires. — Deux variétés de charlatans en Russie. — Le nombre des médecins dans le gouvernement de Kasan.

Une affaire jugée dans le cours du mois d'août dernier par un tribunal civil de Riga montre que là comme partout la reconnaissance des familles envers les médecins laisse souvent à désirer. M. le docteur Krankhals fait à un officier supérieur, le major général S..., cent huit visites dans le cours de sa dernière maladie, qui dure quatre mois. Une proche parente, la dame Hertwig, pousse la générosité jusqu'à envoyer spontanément au docteur une somme de 10 roubles (un peu plus de 30 francs) et sa carte de visite! Il trouve naturellement la rétribution par trop modeste. « Si le général eût été sans fortune, disait-il, je n'eusse certes rien réclamé. Ce n'est nullement le cas. En prenant pour base la moyenne courante des honoraires adoptés dans la ville, les moindres s'élèvent de 75 à 100 roubles. En règle générale, la visite se paye 2 à 3 roubles; lorsque le traitement se prolonge, on compte 30 à 35 roubles pour vingt-cinq visites. » Mme Hertwig, ne trouvant pas l'argumentation de son goût, se dispensa de donner signe de vie. Son fils se chargea de répondre à une nouvelle réclamation, et, comme la chose arrive quelquefois en pareil cas, au lieu d'un supplément d'honoraires, il lui adressa des injures avec une libéralité et un coloris d'expressions auxquels il ne s'attendait pas : « On avait gardé le silence après la première lettre, parce qu'elle était effrontément impertinente. Krankhals avait été payé très convenablement de ses premiers soins; s'il lui fallait autre chose, il n'avait qu'à s'adresser aux tribunaux. » C'est

consommation ; c'est alors que la proposition, déjà faite il y a trois mois, d'exercer une surveillance très active contre ces provenances, devra tout au moins recueillir l'unanimité des suffrages. Nous croyons d'ailleurs que l'accord est plus près de se faire entre tous les orateurs qu'il n'y paraît en réalité, et que, s'il n'est pas déjà fait, cela tient surtout à la manière dont le rapport et les conclusions de la Commission ont été rédigés. Il semble qu'on ait voulu y mélanger à la fois trop de considérations d'ordres divers sous une forme restreinte, et qu'on ait trop voulu s'éloigner du texte si net et si précis que M. Bergeron avait su donner aux conclusions votées il y a seize ans. Dans un récent travail publié dans la *Revue d'hygiène* (numéro du 20 août 1886), M. Vallin a émis l'avis que l'Académie avait intérêt à ne formuler que des vœux généraux, et il a proposé la rédaction suivante, sorte de moyen terme que nous avons entendu des partisans et des adversaires du vinage accepter également, au moins dans son ensemble : « 1° Les esprits destinés aux boissons alcooliques doivent être absolument purs; 2° le vinage ne peut être toléré, au point de vue de l'hygiène, qu'à la condition de ne pas élever le titre alcoolique du vin de plus de 2 degrés, et de ne pas en élever le titre total au delà de 12. Il va de soi qu'il ne peut être fait qu'avec des alcools absolument purs; 3° l'entrée en France des vins suralcoolisés étant une source de dangers pour la santé publique, l'Académie recommande la création de laboratoires annexés aux bureaux de douane ouverts à l'importation des vins étrangers; 4° l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer, et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. »

— Deux communications importantes sur des sujets de chirurgie ont été faites dans cette même séance : l'une, par M. Poncet (de Lyon), sur un cas intéressant de ligature de l'iliaque interne pour une tumeur pulsatile de la fesse; et l'autre de M. Ehrmann (de Mulhouse), sur les avantages qu'il a retirés de l'anesthésie locale du voile du palais, anesthésie obtenue à l'aide de la cocaïne, dans un certain nombre de remarquables opérations de staphylorrhaphie partielle.

— L'enceinte de l'Académie a présenté, pendant la première partie de la séance, une certaine animation ; ce n'est que par 25 voix contre 13 qu'il a été décidé de surseoir à la déclaration de vacance d'une place d'associé libre. M. Le Roy de Méricourt se propose de présenter, mardi prochain, certaines considérations sur la constitution de la classe des associés libres. Toute réserve se trouve ainsi commandée sur des projets dont on ne se fait pas faute de parler librement dans la salle des Pas-Perdus de la rue des Saints-Pères. Il n'y a que quatre ans (30 mai 1882) qu'un arrêté ministériel a modifié, sur la demande de l'Académie, et dans un sens restrictif, le texte de l'article 2 de son règlement, qui est relatif au choix des candidats dans cette classe. Bien des fois déjà les conditions de ce choix ont été modifiées depuis la fondation de l'Académie. D'aucuns trouveront peut-être singulier que ce soit précisément dans cette classe qu'on ait le moins de liberté pour se présenter à ses suffrages.

— C'est avec une vive et unanime satisfaction que l'Académie a appris l'élévation aux fonctions de bibliothécaire de M. Dureau; chacun a pu apprécier le zèle, la compétence, l'amabilité et la passion désintéressée avec laquelle notre savant ami ne cesse depuis longtemps de veiller à la garde et à l'entretien d'un dépôt qui lui est désormais confié avec une autorité nouvelle et si amplement justifiée.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Tablettes de chlorhydrate de cocaïne sans sucre.

Il arrive souvent que l'on demande aux pharmaciens de préparer des pastilles sans sucre, soit que l'on craigne l'action exercée sur les dents par les matières sucrées, soit que l'on ait affaire à un diabétique à qui ne convient qu'un régime des plus sévères. Dans le premier cas il s'agit presque toujours de pastilles au chlorate de potasse. On veut combattre une stomatite; les dents sont cariées; le médecin ou le dentiste conseillent le chlorate de potasse et recommandent, si l'on fait usage de pastilles, de les prendre non sucrées. Depuis 1864 nous préparons dans ce but des pastilles dont voici la formule :

Pastilles de chlorate de potasse à 25 centigrammes sans sucre.

Chlorate de potasse en poudre..........	30 grammes
Gomme adragante en poudre...........	75 centigrammes
Eau..................................	5 —

Pilez, faites une masse que vous étalerez sur le porphyre, et divisez en pastilles de 30 centigrammes. Après dessiccation, elles contiendront chacune 25 centigrammes de chlorate de potasse.

Ce procédé a été imité depuis et, dans l'industrie, la masse ainsi préparée est pressée dans des moules qui donnent aux

ce que fit le médecin. Son contradicteur l'accusa d'avoir compté des visites qu'il n'avait pas faites, et, loin de consentir à aucune transaction, il lui opposa une demande reconventionnelle, et exigea formellement des excuses écrites. Le tribunal n'est pas entré dans ce système, il a même admis la mauvaise foi du défendeur, et l'a condamné à dix jours de prison et aux frais.

— A l'autre extrémité de l'empire, une affaire différente est venue devant la justice. Il s'agissait d'une question de confraternité. Il arrive parfois que les médecins ne mettent point toute la réserve convenable en parlant de leurs dissentiments scientifiques, un blâme exprimé à propos du traitement est rarement commenté d'une façon bienveillante. Il n'est pas nécessaire que les expressions soient claires et catégoriques; il suffit d'un haussement d'épaules, d'une formule dubitative pour faire éclore une légende : le médecin est un âne bâté si ce n'est un malhonnête homme ou un empoisonneur. Cette malveillance des classes populaires, dont triomphent si difficilement l'habileté et le dévouement, résulte d'un préjugé traditionnel; il est très difficile de persuader aux paysans que l'homme qui les soigne n'emploie pas quelque drogue d'origine mystérieuse, qu'il n'est pas un peu sorcier. On s'adresse au sorcier, on le paye au besoin, mais on le craint et on l'exècre. Il faut donc une réserve extrême en présence de gens mal disposés, qui ne comprennent qu'à demi notre langue, et sont enchantés de trouver les médecins en défaut ou de les mettre en contradiction. En revanche, il est difficile de voir un délit dans une indiscrétion ou un écart de langage. Sous ce rapport, la jurisprudence des tribunaux russes est analogue à celle des tribunaux français. Un médecin d'une petite ville du Caucase, le docteur Klioutchariantz, prescrit à un vieillard atteint d'une affection de la vessie ou de l'urèthre un suppositoire renfermant 1 grain (6 centigrammes) d'un sel de morphine. Son état s'aggrava à tel point qu'on dut appeler

pastilles la forme d'une lentille. C'est ce qu'on appelle, en Angleterre et en Amérique, gargarisme sec.

Mais le problème devient plus difficile quand il s'agit de pastilles de cocaïne. Nous avons reçu dernièrement une ordonnance faite pour un diabétique et qui était rédigée de la manière suivante :

Chlorate de cocaïne......	10 centigrammes
Gomme.................	q. s.

pour faire 100 pastilles sans sucre.

Or, puisqu'il s'agissait d'un diabétique, il fallait exclure non seulement le sucre, mais les substances qui peuvent le produire dans l'économie, telles que : fécule, dextrine, amidon. Il ne nous était pas permis d'ajouter des sels tels que bicarbonate de soude, sel de Seignette, carbonate de magnésie, etc., bien que ces sels ne puissent nuire en quoi que ce soit au traitement du diabète. D'autres substances inertes insolubles, telles que certaines poudres végétales, auraient pu donner une coloration insolite aux pastilles, tout en laissant à la cocaïne son goût désagréable.

Il ne fallait pas compter se servir uniquement de gomme arabique ou adragante, la préparation n'eût pas réussi.

Nous avons pensé dès lors que la gélatine additionnée d'une petite quantité de glycérine pourrait avoir un résultat favorable. En ajoutant à cette préparation quelques gouttes d'essence de menthe, nous avons pu porter la dose de chlorhydrate à 5 milligrammes par pastille, dosc indispensable pour produire un effet utile. Cette préparation n'est pas désagréable au goût. Nous la recommandons sans hésitation. En voici la formule exacte :

Chlorhydrate de cocaïne.	50 centigrammes
Gélatine pure...........	40 grammes
Eau....................	40 —
Glycérine..............	6 —
Essence de menthe......	V gouttes

Faites dissoudre la gélatine dans l'eau chaude, évaporez et réduisez jusqu'à 54 grammes. Ajoutez la glycérine, l'essence et le sel préalablement dissous dans très peu d'eau; mêlez, coulez sur un marbre sur lequel vous aurez placé un carré en bois ou en carton de 10 centimètres de côté, et divisez en 100 tablettes carrées.

La préparation ressemble alors à une table de Pythagore.

Pierre Vigier.

SYPHILIOGRAPHIE

Accidents de syphilis héréditaire survenus à l'âge de trente ans, par M. le professeur A. Fournier.

Jusqu'à quel âge peuvent s'étendre les manifestations de la syphilis héréditaire ?

A ne tenir compte que des observations bien authentiques, c'est-à-dire de celles où l'authenticité de l'hérédité spécifique a été dûment établie par une enquête sur les parents, l'âge de *vingt-huit ans* devait être fixé jusqu'ici comme l'échéance la plus reculée où se sont produites des manifestations de syphilis héréditaire. Il n'est pas à ma connaissance, en effet, que dans un seul cas bien *authentique* (je répète encore le mot à dessein), on ait constaté au delà de cet âge des accidents d'hérédo-syphilis.

Or, l'observation qui va suivre présentera, si je ne me trompe, un certain intérêt, car elle constitue un exemple irréfutable de manifestations hérédo-syphilitiques s'étant produites au delà de l'âge en question, à savoir *au cours de la trente et unième année.*

Voici ce cas en quelques mots :

M. X..., âgé de trente ans, se présente à mon cabinet le 10 juin dernier, pour me consulter au sujet de lésions qu'il porte à la verge. Il est d'autant plus étonné, dit-il, de ces accidents, qu'il n'a eu rapport depuis longtemps qu'avec une seule femme « dont la conduite lui paraît sûre », et que cette femme, s'étant fait examiner ces derniers jours, a été « trouvée saine ».

J'examinai ces lésions, dont le début remonte à trois semaines, et du premier coup d'œil les reconnais pour des *ulcérations gommeuses.* L'aspect qu'elles présentent est, en effet, je puis le dire, étonnamment caractéristique. Deux occupent la rainure glando-préputiale. Elles sont arrondies de contour, profondes de 3 à 4 millimètres, et larges d'un centimètre environ. Leurs bords sont absolument découpés et entaillés à pic dans une aréole de tissus durs, d'un rouge sombre. Leur fond offre l'aspect tourbillonneux, qui est si éminemment caractéristique de la gomme ulcérée, et j'en détache avec un pinceau d'ouate de petits lambeaux sphacélés, etc. — Une lésion de même aspect occupe le méat uréthral, qui est gonflé et présente, dans l'étendue d'un centimètre environ, une dureté véritablement cartilagineuse. Cette lésion offre également une aréole sombre, de bords à

---

en consultation les docteurs Busch et Smolitchev, médecins du régiment d'infanterie de Vladi (Caucase). Ils déclarèrent qu'une partie des phénomènes observés tenaient à la rétention d'urine, mais que les autres étaient probablement sous la dépendance d'une intoxication par la morphine. Le vieillard mourut, et le bruit courut qu'il avait été empoisonné par son premier médecin. Celui-ci attaqua en justice son confrère Busch comme ayant répandu lui-même ce bruit dans le but de lui faire du tort. Il fut impossible de démontrer la chose. Busch s'en tint à ses premières déclarations : qu'il avait cru devoir attribuer à la morphine une partie des accidents présentés par le malade, qu'il lui était impossible de dire s'ils avaient exercé une influence sur la marche générale de l'affection. Tous les témoins cités rapportaient des ouï-dire, des appréciations insuffisantes pour motiver une condamnation, de telle sorte que le défendeur fut renvoyé des fins de la plainte sans dépens.

— Il est rare que les nouvelles et faits divers des journaux professionnels russes ne renferment point quelque anecdote à porter à l'actif de l'antisémitisme. Chez nous, tout se borne à des pamphlets ou à des boutades; des faits, gestes, particularités psychologiques attribuées aux Juifs, une bonne moitié est fantastique, l'autre repose sur une généralisation défectueuse; heureusement que presque personne ne les prend au sérieux; on ne songe pas plus chez nous, dans les masses populaires, à courir sus aux Juifs qu'on ne pense à prendre des mesures légales contre eux. Le judaïsme est une religion plus vénérable que certaines autres à cause de son ancienneté et de la vitalité de ses traditions; ce n'est point la marque d'une infériorité ethnique. En Allemagne, on ne raisonne déjà plus de même. Des journaux, des personnages officiels poursuivent quotidiennement une partie de la population du pays, la vilipendent, soulèvent contre elle les plus mauvaises passions. En Russie c'est pire encore. Il n'y a pas longtemps que des scènes renouvelées du moyen âge se sont produites sans que l'administration se soit émue

pic et un fond jaunâtre, putrilagineux. — Absence absolue de ganglions dans les deux aines. — Nulle autre manifestation actuelle.

Sans hésitation, je déclare au malade que les lésions au sujet desquelles il me fait l'honneur de me consulter, sont des manifestations tertiaires d'une syphilis déjà plus ou moins ancienne. Tout aussitôt dénégations formelles. « Jamais, me dit mon client, je n'ai eu ni la syphilis, ni même le moindre accident vénérien. » — Je l'interroge alors avec insistance, lui énumérant un à un les nombreux et divers symptômes par lesquels la syphilis se traduit le plus habituellement. Derechef et sur tous les points, dénégations absolues.

Je procède alors à un examen complet de la personne du malade; et, faisant grâce au lecteur de mes tâtonnements diagnostiques, j'aboutis en fin de compte à *suspecter* chez mon client une infection syphilitique héréditaire, d'après les trois signes suivants, les seuls d'ailleurs que m'ait révélés une longue et patiente investigation :

1° *Cophose bilatérale.* — Le malade a l'oreille dure, et cela, affirme-t-il, depuis son enfance. « Il s'est toujours connu comme cela, » dit-il, et cependant il ne croit pas avoir jamais présenté d'écoulement par l'oreille. — Anticipant sur l'ordre chronologique des choses, je mentionnerai immédiatement qu'un examen complet des deux oreilles a été pratiqué plus tard par M. le docteur Hermet, qui a bien voulu me transmettre la note suivante : « L'oreille droite ne perçoit la montre qu'à 10 centimètres. De ce côté le tympan est déformé, épaissi, et présente des brides fibreuses disséminées à sa surface. Il est exempt de perforations, mais des perforations linéaires y ont sûrement existé à une époque quelconque et ont dû se cicatriser.—Chaîne des osselets paraissant à demi ankylosée. — L'oreille gauche ne perçoit la montre qu'au contact. — Le tympan gauche offre une perforation dans son segment supérieur, au niveau du manche du marteau. — Les lésions qui ont altéré de la sorte les deux tympans se sont manifestées dans la première enfance, comme c'est la règle dans la syphilis héréditaire. Il est donc probable qu'elles ont eu pour origine une infection spécifique héréditaire. »

2° *Antécédents de kératite.* — Vers l'âge de quatorze ans, le malade a été affecté d'une « kératite double ». Cette maladie a été grave et fort longue; pendant plusieurs mois, elle a déterminé une cécité presque complète. — Il n'en reste pas de traces bien appréciables aujourd'hui.

3° *Antécédents de lésions osseuses et cutanées.* — Un des genoux a été le siège, dans l'enfance, d'une lésion des plus graves, qui se traduit actuellement par une déformation notable de la région, avec brides cicatricielles, raccourcissement léger du membre, limitation des mouvements, et claudication accentuée. Tout le pourtour de l'article est le siège de cicatrices nombreuses et variables d'étendue, les unes petites, les autres très larges, conséquences manifestes ou d'abcès péri-articulaires ou d'ulcérations cutanées, probablement spécifiques.

Ces trois signes étaient plus que suffisants pour légitimer le soupçon d'une syphilis héréditaire et autoriser, pratiquement, la prescription d'un traitement antisyphilique, traitement que d'ailleurs eût justifié à elle seule la qualité manifestement spécifique des lésions actuelles. Donc, sans faire part au malade, par un sentiment de convenance bien naturel, de mon opinion intime sur l'origine réelle de ses accidents, j'avais déjà la plume en main pour lui formuler ma prescription (iodure de potassium, iodoforme comme pansement, bains généraux, bains locaux, etc.), lorsqu'il m'interrompit pour me dire à peu près textuellement ceci : « Au total, docteur, j'ai la syphilis, n'est-il pas vrai? Si je ne l'ai pas gagnée par mes œuvres, je vois bien que, dans votre conviction, je la tiens de mes parents. — Je me garderai d'énoncer un diagnostic de ce genre, répliquai-je, mais avez-vous donc quelque raison de par vous qui autorise une telle supposition? — De raisons certaines, non, reprit-il, mais des soupçons, des présomptions, oui. Au surplus, ajouta-t-il spontanément, je tiens à être fixé sur ce point, et j'en ai le moyen, car le médecin qui m'a traité tout enfant existe encore, et je saurai par lui, pas plus tard qu'aujourd'hui même, ce dont il m'a traité. »

Et, en effet, le lendemain de notre entrevue, ce monsieur m'apportait une note écrite de son médecin, note de laquelle il résultait ceci, sommairement :

1° Que la mère de ce malade, au moment où elle était enceinte de lui, avait été affectée de syphilis, syphilis qu'elle avait reçue de son mari, et qui fut constatée par une pléiade de médecins illustres (MM. Ricord, Nélaton, Michon, Alph. Guérin, etc.);

2° Que mon malade avait été de même, peu de temps après sa naissance, affecté de divers accidents syphilitiques, accidents jugés et traités comme tels par ces mêmes médecins, qu'il avait été singulièrement chétif pendant toute son enfance; qu'il s'était développé aussi péniblement que possible, et à force de soins, de traitements multiples, etc.; qu'à l'âge de

---

outre mesure. Les règlements administratifs sont hérissés de dispositions tracassières et incompréhensibles pour nous. Un article de la loi du 3 mai 1882 défend aux commerçants juifs de s'établir dans les bourgs et les villages; il est vrai que cette disposition a été un peu adoucie par des ukases ultérieurs. Ainsi, dans le cours de l'année, un élève en pharmacie israélite d'Odessa manifeste l'intention d'ouvrir une officine dans une des colonies du gouvernement de Kherson, on lui objecte le fameux article prohibitif. Il s'adresse au sénat : celui-ci, prenant en considération un décret ministériel du 3 mai 1882, déclare que la loi en question n'est pas applicable aux médecins et aux pharmaciens, et qu'ils rentrent dans le droit commun, quelle que soit leur religion.

Du reste, dans les provinces méridionales de la Russie, le nombre des israélites exerçant des professions se rattachant à la médecine est relativement considérable.

Le département médical du gouvernement d'Odessa donne la statistique suivante : médecins, 99 (93 hommes et 6 femmes); vétérinaires, 2; dentistes, 9; accoucheurs, 35; feldschers (?), 10; pharmaciens, 23; en tout, 199. Il y a gros à parier que pour l'instruction et le dévouement professionnels ils ne le cèdent en rien à leurs confrères d'autres cultes. Malgré tout, le préjugé est tenace : dernièrement, un riche négociant d'Odessa, envoyé par son médecin aux eaux de Pratigorolt, dans le Caucase, a dû rebrousser chemin devant une interdiction formelle de séjour et aller à l'étranger; c'est un moyen original et probablement très efficace d'augmenter la prospérité d'une station balnéaire.

Malgré l'organisation de la médecine officielle, malgré les moyens de répression que possède l'administration, le charlatanisme n'est nulle part plus florissant qu'en Russie. A Olbéopol, presque aux portes d'Odessa, un empirique sans titre et sans instruction pratique effrontément sous les yeux de l'autorité. S'il ne sait rien en médecine, il s'entend admirablement, comme tous ses pareils, à déprécier les prati-

deux ans, il avait présenté une lésion du genou gauche, lésion chronique et excessivement grave, avec exostoses, caries, abcès multiples, décollements, fusées, ulcérations périphériques, etc., tous accidents dont avait fini par triompher un traitement ioduré très longtemps poursuivi ;

3° Enfin, que la nourrice à laquelle on avait confié l'enfant (mon client actuel) avait été, de par lui, infectée de syphilis.

Inutile de dire si de tels renseignements confirmaient mon diagnostic sur les lésions actuelles et légitimaient le traitement spécifique. Ce traitement fut donc institué. Ses résultats furent, je puis le dire, démonstratifs, car les ulcérations gommeuses de la verge qui, le 10 juin, étaient étendues, progressives et menaçantes, se modifièrent sous l'influence de la médication prescrite avec une rapidité significative. En l'espace de quelques jours, elles changèrent absolument d'aspect, se détergèrent, s'amoindrirent, et entrèrent en résolution. Le 21, elles étaient en pleine voie de réparation cicatricielle. Le 2 juillet, deux étaient cicatrisées ; enfin, la troisième se fermait quelques jours plus tard.

Donc et au-dessus de toute contestation possible, l'observation qu'on vient de lire est un exemple d'*ulcérations gommeuses développées sur un sujet âgé de trente ans, par le fait d'une syphilis héréditaire.*

Et rien ne manque à cette observation. D'une part, les qualités spécifiques des lésions développées à l'âge de trente ans et démontrées et par les caractères objectifs de ces lésions, caractères répondant exactement à ceux des ulcérations gommeuses, et par l'action curative, rapidement curative, du traitement spécifique; et d'autre part, l'infection héréditaire est triplement démontrée dans ce fait : 1° par la constatation authentique de la syphilis sur les parents du malade; 2° par la constatation sur la malade de plusieurs manifestations hérédo-syphilitiques survenues à divers âges (syphilides au moment de la naissance; plus tard, otorrhée, avec perforation du tympan; à deux ans, lésions osseuses et cutanées; à quatorze ans, kératite; à trente ans, ulcérations gommeuses de la verge; 3° enfin, dernier témoignage à la vérité bien superflu, par l'infection transmise à la nourrice.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux (séance du 22 octobre 1886), par M. Dieulafoy, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le 11 juin dernier, je présentais à la Société médicale des hôpitaux sept observations, dont trois suivies d'autopsie, qui permettaient d'établir d'une façon indéniable que l'albuminurie peut faire défaut pendant des jours et des semaines dans certaines maladies de Bright.

En présentant ces observations, je ne disais rien de nouveau, car chacun sait, depuis longtemps, que l'albuminurie peut disparaître momentanément chez les brightiques, chez ceux, notamment, qui sont atteints de lésions artério-scléreuses des reins.

Mais comme l'absence ou la disparition de l'albumine chez les brightiques n'est acceptée chez certains de nos confrères qu'avec quelque incrédulité, comme, en tout cas, il s'agit là d'un fait exceptionnel, il s'ensuit qu'on hésite avant de formuler le diagnostic de mal de Bright chez des individus qui n'ont ni albuminurie, ni œdèmes et qui présentent, comme symptômes dominants, l'un, des troubles gastriques avec vomissements incoercibles (observation I de mon premier mémoire), l'autre, un délire plus ou moins violent, avec hallucinations, idées de persécution et idées de suicide (observation III de mon précédent mémoire); celui-ci de violents accès d'oppression avec angoisse précordiale (observation II de mon premier mémoire), celui-là une céphalée violente, comparable à la céphalée de la syphilis (observation actuelle).

C'est pour arriver à dépister la maladie de Bright, alors qu'elle n'est pas accompagnée de ses symptômes classiques, que j'ai essayé de mettre en relief des symptômes, en apparence moins importants, tels que la cryesthésie, le doigt mort, la pollakiurie, etc.; symptômes qui, par leur association, peuvent aider au diagnostic du brightisme. C'est dans le même but que j'ai appliqué au diagnostic de la maladie de Bright sans albuminurie l'étude expérimentale de la toxicité des urines, telle qu'elle a été formulée par M. le professeur Bouchard.

Ces différentes considérations vont être développées dans l'observation suivante :

Le 6 juillet dernier, je recevais dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bichat, n° 34, un homme âgé de soixante-trois ans, qui avait exercé pendant longtemps la

---

ciens réguliers, à les contrecarrer dans leurs ordonnances. On l'appela en même temps que deux de ceux-ci près d'un enfant atteint de diphthérie. Les premiers recommandent d'éloigner les autres enfants; il jette les hauts cris, déclare la mesure vexatoire, inutile, et réussit en fin de compte à se faire écouter; d'autres fois il s'oppose énergiquement à l'amputation à la suite du fracas d'un membre, prescrit 100 pilules drastiques à une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde, et provoque des hémorrhagies intestinales qui l'enlèvent : c'est bien là le *circulator vulgaris*, trop outrecuidant pour montrer une hésitation, trop ignorant pour éprouver l'ombre d'une crainte. En voici un autre :

Le soldat Semen Mattakhov est actuellement en voie d'acquérir une notoriété sérieuse dans toute la Russie : il s'appelle lui-même médecin inspiré. Il traite, en effet, d'inspiration sans examen des malades, sans la moindre notion scientifique, et pourtant ses médications ne consistent point dans l'imposition des mains, les pratiques rappelant plus ou moins les passes magnétiques. Mattakhov semble avoir une connaissance sérieuse d'un certain nombre d'herbes du pays; c'est par elles qu'il guérit. Sa réputation l'avait précédé de Istomir à Kiev. Quand il arriva, à la fin de juillet dernier, dans cette ville, des individus de toutes les classes de la société se pressèrent à ses consultations; il a probablement fait des merveilles thérapeutiques, car en moins de deux jours on n'eût pas rencontré, dans une seule des pharmacies de la ville, le moindre pied des herbes qu'il prescrivait. La police, peu croyant , a renvoyé à Istomir le soldat guérisseur.

— Le gouvernement de Kasan est assez mal partagé sous le rapport des médecins. Peuplé de 2076297 habitants, répartis sur une étendue de 55987 verstes carrées, il possède en tout 175 médecins : 70 sont des fonctionnaires attachés à différents titres à l'Université; 42 médecins militaires habitent Kasan et les autres villes de garnison; 21 autres médecins commissionnés par le gouvernement habitent également les villes. La pratique des campagnes est dévolue aux 30 res-

profession de cuisinier, à bord des paquebots des Messageries.

Cet homme, très bavard, raconte avec complaisance sa vie et ses voyages; sa loquacité a même quelque chose de pathologique. Il nie absolument tout excès alcoolique, ce qui ne serait pourtant pas étonnant chez un cuisinier de navire, il n'est pas syphilitique et, en fait de maladies antérieures, il n'accuse que des rhumatismes à forme vague et des fièvres palustres à type tierce ou mal réglées. Il paraît même avoir eu quelques accès de fièvre au mois de mai dernier.

Il vient à l'hôpital pour des *maux de tête* violents et pour des *accès d'oppression*. Ces maux de tête durent depuis plusieurs semaines; ils ne ressemblent en rien aux douleurs de la migraine ni aux douleurs d'une névralgie; les points d'émergence des nerfs ne sont pas sensibles à la pression et on ne trouve nulle part une douleur nettement localisée, comparable à la douleur d'une périostite. C'est un mal de tête général qui a son maximum à la région fronto-pariétale, qui dure jour et nuit, et qui ne se calme par moments que pour reprendre à d'autres moments une terrible intensité.

Le malade se plaint également d'accès d'oppression; il peut difficilement préciser l'époque de leur début, mais depuis quelque temps sa respiration est presque toujours gênée et, dans ces derniers temps, il a éprouvé, la nuit surtout, de véritables étouffements.

A quoi attribuer ces deux symptômes dominants, la céphalée et l'oppression? Il ne pouvait être question ici de céphalée syphilitique, car l'examen du malade écartait toute idée de syphilis. La description qu'il donnait de ses étouffements ne ressemblait nullement à des accès d'asthme, l'auscultation dénotait l'intégrité apparente des poumons et du cœur et éloignait par conséquent l'hypothèse des dyspnées paroxystiques qui sont parfois associées à l'emphysème pulmonaire ou aux lésions de l'orifice mitral.

Par contre, il était naturel de penser chez cet homme à la possibilité d'accidents dits « urémiques », car on retrouve chez les brightiques ces *céphalées* et ces *étouffements* qui, dans quelques cas, deviennent le symptôme dominant et concentrent sur eux toute l'attention.

Pour s'engager dans cette voie de diagnostic, il était naturel d'interroger d'abord les deux grands symptômes du brightisme, les œdèmes et l'albuminurie. Mais ces deux grands symptômes, dans le cas actuel, n'existaient pas. Les urines examinées par différents procédés ne contenaient pas trace d'albumine, et on ne trouvait d'œdème nulle part. Le malade n'avait jamais eu de bouffissure de la face ni de gonflement des paupières, il se rappelait cependant avoir eu, il y a quelques mois, un peu d'œdème aux jambes.

Les œdèmes et l'albuminurie faisant actuellement défaut, il fallait, pour éclairer le diagnostic, s'adresser aux autres symptômes du brightisme. Le malade est interrogé dans ce sens et nous apprenons qu'il est atteint depuis longtemps de *pollakiurie*, au point de se lever quatre ou cinq fois par nuit pour uriner; il éprouve et il décrit le symptôme du *doigt mort* dans ses plus minutieux détails : pâleur et insensibilité de l'extrémité des quatre doigts de la main gauche, durant dix minutes environ, et se reproduisant plus fréquemment le matin; « mes doigts, dit-il, sont comme morts ». Il a dans les mollets des *crampes* qui se reproduisent la nuit, et ces crampes sont parfois si « horribles », suivant son expression, qu'il ne peut garder le lit.

La réunion de ces symptômes, pollakiurie, doigt mort, crampes, chez un homme atteint de céphalée et d'étouffement me parut suffisante pour motiver le diagnostic de mal de Bright, même en l'absence d'œdèmes et d'albuminurie, même en l'absence du bruit de galop cardiaque, et, pour confirmer ce diagnostic, je résolus d'interroger l'état de toxicité des urines.

Le lendemain matin, 8 juillet, je trouve le malade dans le même état que la veille, la céphalalgie est violente et l'étouffement a persisté une partie de la nuit.

Les urines recueillies pendant vingt-quatre heures s'élèvent au chiffre de 1800 grammes; on n'y trouve pas d'albumine et elles ne contiennent que 6 grammes d'urée par litre, ce qui fait 10 grammes seulement par vingt-quatre heures. Aussitôt après la visite, le malade est pris d'un délire violent; il crie, chante, vocifère, s'agite dans son lit et se lève à chaque instant.

Ce délire n'est pas continu; le malade est mis à part dans une chambre et un infirmier est placé jour et nuit près de lui pour recueillir avec soin les urines et les placer dans les conditions voulues pour l'expérience.

A la visite du lendemain, 9 juillet, je trouve le malade le visage pâle et impassible et les pupilles contractées; il a des moments d'agitation et des moments de calme où il cause avec toutes les apparences de la raison. Il se plaint toujours de mal de tête et d'étouffements. Sa température est normale.

Les urines recueillies avec soin s'élèvent à 1500 grammes pour les vingt-quatre heures; elles sont examinées de nouveau sans qu'on puisse y trouver trace d'albumine; elles continuent à être pauvres en urée et n'en contiennent que 6 grammes par litre.

Je pratique alors l'expérience destinée à connaître le degré de toxicité des urines et j'agis suivant les règles prescrites par M. Bouchard. Le lapin qui va servir à l'expérience pèse 2700 grammes et devrait être tué par l'injection de 130 grammes d'urines si les urines étaient normales. Comme d'habitude, je pratique l'opération à l'aide de mon transfuseur, chaque coup de piston faisant pénétrer 10

---

tants, parmi lesquels 12 ont encore leur résidence dans des centres populeux. La proportion est donc de 1 médecin pour 1480 habitants pour les villes, et de 1 médecin pour 62 000 habitants pour les villages. Dans le district de Tsarevokokchaïsk on trouve un praticien seulement sur une étendue de 3300 verstes carrées. Il y a 34 hôpitaux et 26 hospices. Les plus riches sont dans le district de Kasan, les plus pauvres dans celui de Sadrinok.

Dr L. Thomas.

Corps de santé militaire. — Sont nommés médecins aides-majors de 2e classe: MM. Rioblanc (Jean-Marie-Gustave), Munschina (Constant-Edouard-Jean-Baptiste), Lafitte (Charles-Jules), Herr (Jean-Xavier-Antoine), Guibal (Antoine-René), Galland (Charles-Paul), Marlier (Marie-Charles-Auguste), Fargin (Gabriel-Joseph), Mitry (Félix-Jean-Achille), Pettier (Léon-Eugène), Lorin (Maurice), Adriet (Pierre-Auguste-Joseph-Francis), Rouffignac (Jean), Notin (Edouard-François), Forestier (Jean-Baptiste-Joseph-Henri), Thirion (Edouard-Rémy), Gury (Antoine-Louis-Marie-Alphonse), Dieu (Jules), Doublet (Raymond-Numa-Auguste), Feuillade (Michel-Julien), Bergasse (Gaston-Louis-Ernest-Etienne), Jobert (Louis-Elicio-Fernand), Manoha (Emmanuel-Auguste), Douillet (Jean-Paul), Delom-Sorbé (Pierre-Paul-Marie-Georges), Villiers (Jean-Henri), Cherpitel (Charles-Joseph-Victor), Alvernhe (Joseph-Léon-Marie), Sabatier (Régis), Colle (Gustave-Eugène-Jacques-Théophile), Descubes (Pierre), Chapard (Albert-Eugène-Joseph), Foubert (Marie-Louis-Sylvain), Lairac (Jean-Auguste), Sebillon (Jean-Marie-Justin-Albert), Langle (Marie-Théodore-Charles), Guillabert (Célestin-Alexandre-Joseph), Delarocheaulion (Jean-Marie-Joseph), Monphous (André-Louis-Napoléon), Aubin (Noël-Victor-Henri), Rocheblave (Jules-Léon-Henri), Courcenet (Louis-Joseph-Auguste-Henri), Dalphin (Henri-Camille), Dicquemarc (Guillaume-Henri), Cot (Louis-Théophile), Gilbert (Jean-Lucien-Gaston), Chevalier (Julien-Augustin-Eerdinand), Darbouet (Jérôme-Ernest), Puig (Joseph-Henri-Ferdinand-Jean), Creton (Félix-Léonce-Georges), Bourdin (Louis-Marie), Pelegry (Firmin-Jacques-Louis), Routier (Marie-Armand-Jean-Baptiste-Adrien), Delahousse (Auguste-Procope-Charles), Barudel (Joseph).

grammes d'urines dans la veine de l'oreille du lapin. Voici les détails de l'expérience :

60 grammes. — Les pupilles commencent à se contracter.
90 grammes. — Légère exophthalmie.
120 grammes. — Forte exophthalmie, myosis.
130 grammes. — Contraction des muscles pectoraux.
140 grammes. — Myosis complet.
160 grammes. — Trois fortes convulsions cloniques.
180 grammes. — Contractions musculaires multiples.
210 grammes. — Très fortes convulsions.
230 grammes. — Convulsions et petites plaintes de l'animal.
240 grammes. — État convulsif.
265 grammes. — Dilatation de la pupille, mort.

L'expérience totale a duré douze minutes.

Il était évident, d'après cette expérience, que ces urines étaient très peu toxiques, puisque l'animal qui aurait dû être tué par l'injection de 130 grammes, en moyenne, d'urines physiologiques, n'a succombé qu'après l'injection de 260 grammes, c'est-à-dire par une quantité double.

Le diagnostic me parut alors absolument certain, et, bien que le malade n'eût ni trace d'albumine, ni œdème, je crus pouvoir affirmer que la céphalée, la dyspnée et le délire étaient trois symptômes d'origine brightique.

Malgré les calmants et malgré le régime lacté absolu, le délire et l'agitation persistent; le délire prend même une forme qui n'est pas ordinaire. Ainsi le malade répète le même mot à perdre haleine, il le répète tantôt à voix basse, tantôt en hurlant, et ce mot sert de réponse à toute question. Par moments, le calme se fait, le malade cause avec son interlocuteur et reprend toutes les apparences de la raison, mais bientôt le délire reparaît. Puis il se met à chanter, il chante une sorte de gigue des matelots qui est très cadencée et qu'il accompage de mouvements parfaitement rythmés de tout le corps. Il boit avec plaisir trois litres de lait en vingt-quatre heures; la nuit il urine souvent, peu à la fois, et demande fort bien le vase.

Ce même état persiste le 10 et le 11. Le 12, de nouveaux symptômes apparaissent, la fièvre s'allume, la température est le matin de 38°,8 et le soir de 38°,5, la quantité des urines s'abaisse à 1 litre et l'albumine, absente jusque-là, apparaît d'emblée à la dose de 95 centigrammes par jour. Cette coïncidence de la fièvre et de l'albuminurie est digne de remarque.

La fièvre est due à une bronchite, ainsi que le témoignent les râles nombreux qu'on perçoit des deux côtés de la poitrine. Ces bronchites fébriles chez les brightiques sont généralement d'un grave pronostic.

Le délire persiste, mais change de forme, il devient sentimental; le malade, les larmes aux yeux, fait ses adieux à tous les assistants; il leur serre la main, disant qu'il part pour Marseille, qu'il va s'embarquer et qu'il ne reviendra plus.

Malgré les ventouses appliquées en grand nombre sur la poitrine, et malgré le traitement usité en pareil cas, la bronchite fait des progrès, la respiration s'embarrasse, la fièvre atteint le 13 au soir 39°,3, le 14 au soir 39°,5, et dès le 14, dans la matinée, la bronchite gagne les petites bronches, et on perçoit en outre un souffle de broncho-pneumonie au sommet du poumon droit.

L'urine diminue de quantité, mais elle contient toujours la même proportion d'albumine.

Dès le 14, le délire cesse, le malade est tout à fait calme, parle sans aucune agitation et cause sans la moindre incohérence. On dirait que sous l'influence de la fièvre le délire a disparu.

Le 15, la journée est très mauvaise, la dyspnée augmente très rapidement, la broncho-pneumonie droite s'étend, la température atteint presque 40 degrés et le malade meurt à quatre heures du matin.

En résumé, cinq jours sans albumine.

Autopsie. — L'autopsie n'a été faite que vingt-huit heures après, mais il a été possible d'avoir les reins six heures après la mort.

Reins. — On ne peut pas voir un type plus complet de néphrite artério-scléreuse. Les reins sont petits et pèsent, le droit 100 grammes, le gauche 85 grammes. Ils sont pâles et chacun d'eux présente à sa surface un gros kyste, du volume d'une noisette et situé à l'extrémité inférieure de l'organe. La capsule est très épaissie; en l'enlevant, on arrache des parcelles de parenchyme, de sorte que la surface des reins prend un aspect chagriné, rugueux, avec des éminences du volume d'un grain de millet.

A la coupe, on trouve la substance corticale très atrophiée; son épaisseur au niveau de la base des pyramides égale à peine 4 millimètres. Son aspect est grenu, mais elle ne contient pas d'autres kystes.

La substance médullaire est intacte et la limite entre les deux substances à la base des pyramides est très nette.

Les deux kystes symétriques situés à l'extrémité inférieure des reins contiennent un liquide coagulable par la chaleur et l'acide azotique.

Par l'examen histologique, on retrouve les lésions de l'artério-sclérose : îlots scléreux disséminés dans toute l'étendue de la coupe, épaississement des parois artérielles (endo-périartérite), atrophie partielle ou totale des glomérules, état atrophique plus ou moins avancé des tubuli contorti.

Cœur. — On pouvait s'attendre, avec de telles lésions rénales, à trouver un cœur fort hypertrophié. Il n'en est rien; c'est à peine s'il dépasse son poids normal; il pèse 315 grammes, le poids normal étant 265 grammes d'après Bouillaud. Le pilier et les parois ne sont pas hypertrophiés; il n'y a pas de lésions des valvules.

L'aorte n'est pas épaissie et ne contient aucune trace d'aortite ancienne ou récente. On ne trouve quelques traces d'athérome qu'autour des artères coronaires sous forme d'une petite collerette qui d'ailleurs ne les rétrécit pas et ne pénètre pas dans leur intérieur.

Ce cœur qui, à l'œil nu, ne paraît presque pas malade, présente à l'examen histologique des lésions considérables. Il est atteint d'artério-sclérose très avancée; on y trouve des îlots scléreux nombreux et étendus, les artères sont atteintes d'endo-périartérite; les fibres musculaires sont rares dans certains îlots scléreux et par places elles ont complètement disparu.

Foie. — Cet organe est normal, il pèse 1420 grammes.

Sa surface est lisse, son bord tranchant, il n'y a pas trace de cirrhose; ce n'est pas là le foie d'un alcoolique, et le délire qu'a eu le malade était bien un délire brightique.

Rate. — 220 grammes. Un peu augmentée de volume, surface rugueuse; traces de périsplénite ancienne; consistance dure; coupe pâle. On se souvient que le malade avait eu autrefois des fièvres palustres.

Cerveau. — Pas d'œdème, pas de congestion des méninges, pas de liquide dans les ventricules; les artères sont souples, sans athérome. Le cervelet, le bulbe et la protubérance ne présentent aucune lésion.

Poumons. — A gauche, pas d'adhérences, bronchite et congestion. A droite, adhérences anciennes, bronchites, congestion généralisée et splénisation diffuse avec plusieurs noyaux de broncho-pneumonie.

Réflexions. — En résumé, le malade dont je viens de rapporter l'observation clinique et anatomo-pathologique es un nouvel exemple de maladie de Bright ne présentant à une certaine période de son évolution ni œdèmes ni albuminurie. Le malade entre dans mon service pour une céphalée violente et pour des accès d'étouffement; le diagnostic de brightisme est fait (malgré l'absence d'œdèmes et d'albuminurie) grâce à d'autres symptômes qu'on retrouve plus ou

moins au complet chez les brightiques (doigt mort, cryesthésie, pollakiurie, crampes, démangeaisons), symptômes qui, on le voit, sont un puissant auxiliaire au diagnostic. Ce diagnostic, ici comme dans les observations de mon précédent mémoire, a été confirmé par l'étude expérimentale des urines, démontrant leur très faible toxicité.

Il est vrai que, chez le malade qui fait le sujet de cette observation, l'albumine n'a fait défaut que pendant cinq jours; mais, si le malade était entré plus tôt dans mon service, peut-être aurions-nous constaté cette absence d'albumine pendant plusieurs semaines, ainsi que j'en ai rapporté des observations.

Je ne reviendrai pas plus longuement sur les considérations que j'ai développées lors de ma précédente communication, mais il est évident que l'albuminurie perd une partie de son ancien prestige dans la maladie de Bright. Quand on voit, d'une part, des individus qui sont albuminuriques pendant des mois et des années, qui ne présentent aucun des symptômes du brightisme et qui conservent la toxicité de leurs urines, quand on voit d'autre part des individus qui n'ont ni œdèmes ni albuminurie (du moins pour un temps plus ou moins long) et qui sont entachés ou sévèrement frappés de brightisme, il faut rechercher ailleurs que dans les œdèmes ou l'albuminurie la consécration d'un diagnostic parfois fort difficile, il faut interroger les *petits accidents* du brightisme et le degré de toxicité des urines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Il n'est fait, dans cette séance, aucune communication intéressant les sciences médicales.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le docteur *Jablonski* envoie une *Note* manuscrite sur *les vaccinations et revaccinations* qu'il a récemment pratiquées à Poitiers.

M. le docteur *Bergeaud* (des Cayes, Haïti) se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° deux brochures de M. le docteur *Guermonprez* (de Lille), ayant pour titres : *Tentative de restauration du pouce et Curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique*; 2° un mémoire imprimé en anglais de M. *de Vrij* (de La Haye) et intitulé : *The assay of quinine.*

M. *Vidal* présente un volume de M. le docteur *Demange* (de Nancy), ayant pour titre : *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une brochure sur *le traitement de la phthisie pulmonaire*, par MM. les docteurs *Filleau* et *Léon Petit.*

M. *le Secrétaire perpétuel* communique l'ampliation d'un décret nommant M. le docteur *Dureau*, bibliothécaire de l'Académie, en remplacement de M. le docteur *René Briau*, décédé; il se fait l'interprète de la satisfaction que ce choix fait éprouver à l'Académie tout entière.

Déclaration de vacance, ajournement. — M. *le Président* informe l'Académie que le Conseil a pensé qu'il y avait lieu de déclarer la vacance d'une place d'associé libre. M. *Le Roy de Méricourt* demandant à présenter, en comité secret, des observations sur la constitution de la classe des associés libres, l'Académie décide, par 25 voix contre 13 et après une première épreuve déclarée douteuse, qu'elle ne se prononcera sur la déclaration de cette vacance qu'après avoir entendu ces observations. — Un Comité secret spécial aura lieu mardi prochain.

Décès de M. Bouis. — M. *Schutzenberger* donne lecture du discours qu'il a été chargé de lire, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Bouis, membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales.

Prix Louis. — Lecture est faite par M. *Dujardin-Beaumetz* d'un rapport sur le premier concours pour le prix triennal, fondé par M. Louis, pour être décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés. La question posée était relative à l'étude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale. Deux mémoires seulement ont concouru.

Tumeur pulsatile de la fesse; ligature de l'iliaque interne. — M. le docteur *Poncet* (de Lyon) communique une observation de ligature de l'iliaque interne droite pour une tumeur pulsatile de la fesse correspondante. C'est la première observation de ce genre publiée en France, tandis qu'on en compte déjà douze à l'étranger. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui, vers l'âge de six à sept ans, s'aperçut d'une tuméfaction de la fesse droite qui s'accrut progressivement jusqu'à dépasser le volume du poing; elle avait tous les caractères d'un anévrysme artériel et menaçait à brève échéance de s'ouvrir au dehors. M. Poncet employa l'incision de Marcelin Duval, combinaison de celle d'A. Cooper et d'Abermethy; l'artère fut liée avec un fil de soie phéniquée, la tumeur s'affaissa immédiatement et son volume alla chaque jour en diminuant. Au vingt-deuxième jour la malade quitta l'hôpital ayant un trajet fistuleux qui persistait vers l'angle inférieur de la plaie; il succomba deux mois après, ayant marché et essayé de reprendre ses occupations. A l'autopsie, phlegmon suppuré du petit bassin, hémorrhagies provenant du bout inférieur, angiome artériel sous-cutané de la fesse droite, vaisseaux effacés, tumeur à peine appréciable. Au cours des recherches que fit M. Poncet sur des cadavres avant cette opération, il s'assura qu'une ligne parallèle à la ligne ombilicale et passant à 6 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure paraît être la limite du décollement sans danger du péritoine. — (Le mémoire de M. Poncet est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Tillaux, Marc Sée* et *Rochard.*)

Cocaïne et staphylorrhaphies partielles. — M. le docteur *Ehrmann* (de Mulhouse), correspondant national, lit une Note sur l'emploi de la cocaïne comme adjuvant de certaines staphylorrhaphies partielles, afin d'assurer, par l'anesthésie locale, l'immobilité la plus grande possible du patient. L'emploi du chloroforme en pareil cas, surtout s'il s'agit de staphylorrhaphies complémentaires, n'empêche pas les manœuvres d'être souvent laborieuses et quelquefois de déterminer de véritables complications opératoires. Il n'en est pas de même des badigeonnages à l'aide d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième, répété deux ou trois fois à quelques minutes d'intervalle; on parvient ainsi à insensibiliser suffisamment l'arrière-gorge, pour que l'avivement et la suture ne déterminent, même chez les enfants de six à sept ans, qu'une douleur toujours très supportable et parfois insignifiante.

M. Ehrmann expose le résumé de 5 opérations pratiquées, dans ces conditions, sur des enfants de six, sept, dix et quatorze ans, qu'il avait opérés précédemment d'uranoplastie et chez lesquels la luette était restée bifide; dans deux de ces cas existait en outre une fistule du voile. Les résultats ont été constamment les mêmes. L'avivement a pu être pratiqué toujours sans éveiller aucune sensibilité. Le passage des aiguilles paraissait un peu plus douloureux. La fermeture des fils était un temps que le patient accusait comme étant assez pénible. Il ressort de ces données que l'effet analgésique déterminé sur le voile du palais par la solution de cocaïne, n'est guère que superficiel, et que cette anesthésie locale, précieuse pour les cas de staphylorrhaphie complémentaire, ou pour ceux où la division congénitale ne porte que sur une partie seulement du voile du palais, ne pourra jamais suppléer le chloroforme dans la palatoplastie ni même dans la staphylorrhaphie complète,

dans celle qui nécessite des sections musculaires ou des décollements du côté de l'os palatin.

Alcoolisation des vins. — La discussion sur le vinage est reprise par un discours de M. *Riche*, dans lequel il prend surtout à partie la première des conclusions proposées par la Commission, conclusion absolument contraire à celle que l'Académie a adoptée en 1870 sur le même sujet. En effet, à cette époque l'Académie a déclaré l'alcoolisation des vins sans danger pour la santé publique, et aujourd'hui, si elle adoptait l'avis de sa Commission, elle la déclarerait nuisible. Et cependant cette pratique est plus utile aujourd'hui à l'industrie vinicole qu'autrefois; au lieu d'exporter, comme en 1870, de grandes quantités de vin dans les pays étrangers, la France doit maintenant recevoir 10 à 12 millions d'hectolitres pour sa consommation, et la richesse alcoolique de ses vins naturels ne cesse de s'abaisser, par suite des fléaux qui désolent les vignobles, de la submersion artificielle, du choix des cépages et des greffes, auxquels il a bien fallu recourir. On a dit, il est vrai, que le vinage précipitait une partie des éléments solides du vin; mais la seule expérience de M. Ch. Girard sur laquelle on s'appuie, expérience faite sur un vin de Bourgogne de première année, n'indique pas la proportion d'alcool employé ni la perte que le vin à l'état naturel eût faite dans le même temps. En réalité, le vinage ne peut que précipiter la crème de tartre et les matières fermentescibles, mais non pas la glycérine ni le tannin; il dépouille simplement le vin; il n'est ni dangereux ni malsain; de plus, il entrave nombre de causes d'altération contenues dans le vin fermenté, et si, dans le vin modifié par lui, se produisent des éthers, ceux-ci ne peuvent avoir qu'une heureuse influence sur son pouvoir digestif. On vinerait, ajoutent les adversaires de cette pratique, avec des alcools d'industrie essentiellement toxiques; cela pouvait être vrai en 1870, parce qu'on avait plus de bénéfice à vendre l'alcool retiré du vin à l'état de cognac; mais aujourd'hui l'alcool du vin est devenu excessivement rare; de nombreuses analyses ont d'ailleurs montré son impureté constante, tandis que l'industrie de la distillation est parvenue à préparer des alcools absolument purs; si bien qu'il est maintenant bien moins dangereux de viner à l'aide de ces alcools qu'avec l'alcool de vin naturel lui-même.

Le vinage est la première étape du mouillage des vins; telle est l'une des autres objections sérieuses qu'on lui oppose; ce fait regrettable était plus à redouter en 1870, car on autorisait alors sans surtaxe le vinage jusqu'à 18°,9, tandis qu'il n'est plus permis que jusqu'à 15°,9. Mais cette pratique est plutôt passible de la morale que de l'hygiène, et la sévérité des tribunaux en rend l'usage de moins en moins répandu; elle est en tout cas de celles auxquelles on peut appliquer très justement l'épithète employée par le laboratoire municipal de chimie de Paris sur quelques-unes de ses analyses : mauvaise non nuisible. Rien ne serait, du reste, plus facile que d'empêcher la pratique du mouillage; il suffirait de taxer les vins d'un droit variable proportionnel à leur richesse alcoolique; si, par exemple, un vin à 16 degrés supportait un droit double de celui du vin à 8 degrés, le mouillage deviendrait si peu lucratif qu'il serait bientôt abandonné. On a enfin prétendu que le vin alcoolisé, puis mouillé, était remonté en couleur par des produits toujours retirés des goudrons de houille; cette addition est devenue extrêmement rare, les tribunaux la poursuivant avec une grande rigueur. Le vrai danger pour la santé publique ne consiste donc pas dans l'alcoolisation des vins; il faut en boire de grandes quantités pour absorber l'équivalent d'alcool contenu dans un petit verre; il est bien plutôt dans la consommation des eaux-de-vie, des liqueurs, et surtout des apéritifs, qu'on va boire au café et au cabaret.

M. Riche termine les observations que nous venons de résumer, et qui ont paru être très appréciées par l'Académie, en proposant de libeller comme suit la première conclusion : « L'alcoolisation, désignée communément sous le nom de vinage, est une opération utile pour la conservation de certains vins faibles en degré, très acides ou très altérables. Elle sert aussi, très malheureusement et très fréquemment, à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable. Une modification de l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable à ce point de vue. »

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 22 octobre 1886. — Présidence de M. Féréol.

A propos des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac (présentation de malade) : M. Millard. — Du mal de Bright sans albuminurie : M. Dieulafoy. — Du facies myopathique dans l'amyotrophie de l'enfance de Duchenne (présentation des malades): M. Landouzy. — De la congestion rénale primitive et de sa pathogénie : M. A. Robin. (Discussion : MM. Hayem, Féréol.)

M. *Millard* présente une femme de cinquante-six ans, souffrant depuis un an environ d'accidents gastriques : dyspepsie, fréquentes régurgitations d'odeur de poisson gâté, vomissements alimentaires. Elle n'a jamais eu ni hématémèse, ni mélœna; a conservé l'appétit et n'a pas de dégoût pour la viande. Elle est émaciée; d'une coloration jaune-paille et d'une faiblesse extrême. On constate une énorme dilatation de l'estomac, et une petite tumeur pylorique, du volume d'une châtaigne et de nature évidemment carcinomateuse. Aucun signe de cancer du côté des médiastins, de l'œsophage, des poumons; pas de cancer des mamelles, ni de l'utérus. On voit, au côté droit du cou, un engorgement ganglionnaire sus-claviculaire, et dans les deux aisselles, surtout à droite, une adénopathie de même nature. La mamelle gauche est flétrie et atrophiée; la mamelle droite offre un certain volume, elle est molle et pâteuse : on reconnaît aisément qu'il s'agit d'un œdème des téguments à ce niveau. M. Quénu, qui a examiné la malade, a été également d'avis qu'il n'existe aucun cancer du sein et que la tuméfaction résulte d'un œdème lymphatique dû à l'oblitération des voies lymphatiques dans l'aisselle. C'est donc un nouvel exemple d'engorgement des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac, à rapprocher de ceux qu'a publiés M. Troisier; mais ici on ne retrouve pas la localisation spéciale à gauche, et l'on constate en même temps la dégénérescence des ganglions axillaires.

M. *Troisier* désire insister sur ce fait que l'altération des ganglions sus-claviculaires, qui se rencontre parfois dans le cancer de l'estomac, peut également coexister avec un cancer viscéral quelconque. Il a vu dans le service de M. Raymond une femme atteinte de cancer de l'utérus et qui présente un ganglion cancéreux au côté gauche du cou.

M. *Desnos* a soigné, dans son service, un malade porteur d'un cancer de l'œsophage et offrant une adénopathie sus-claviculaire carcinomateuse.

— M. *Dieulafoy* donne lecture d'une note ayant pour titre : *Nouvelle contribution à l'étude anatomique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie.* (Voy. p. 713.)

— M. *Landouzy* présente trois malades atteints d'atrophie musculaire de l'enfance de Duchenne, et insiste sur l'importance séméiologique du facies de ces malades, qu'il désigne sous le nom de *facies myopathique*. (*Sera publié.*)

— M. *A. Robin* lit une note sur *la pathogénie de la congestion rénale primitive*, dont il a donné précédemment une étude clinique. En dehors de l'origine infectieuse microbienne, qui n'est pas démontrée jusqu'ici, le froid représente la cause efficiente la plus manifeste. Il agit évidemment par fluxion réflexe compensatrice des reins, à la suite du

refroidissement de la peau. Todd admettait que les sécrétions cutanées, interrompues par le refroidissement de la peau, sont soumises à l'élimination par le rein qu'elles irritent au passage; M. A. Robin ne peut admettre cette hypothèse, car la quantité d'urine et la somme des déchets éliminés sont, au contraire, diminuées de façon brusque et notable au début de la maladie. Le refroidissement cutané et la fluxion rénale réflexe constituent le premier acte pathologique; la congestion rénale restreint l'élimination des déchets qui sont retenus dans les plasmas: tel est le second acte morbide; enfin, le troisième acte consiste dans la réaction différente de l'organisme, suivant que la rétention est passagère, de faible quantité et porte sur des déchets de qualité normale, ou qu'elle se présente dans les conditions précisément inverses; dans le premier cas, on assiste à la forme simple, commune, de la congestion rénale, qui se juge par une décharge rapide; dans le second, on voit se produire l'auto-infection et la forme typhoïde. M. A. Robin n'a eu en vue jusqu'ici que les formes simple et typhoïde terminées par la guérison, mais trois éventualités peuvent encore se produire: 1° durée plus longue de la congestion, et dès lors persistance de l'albuminurie, apparition des œdèmes, transformation du simple trouble fonctionnel en lésions matérielles, néphrite catarrhale ou mal de Bright aigu; 2° quantité plus considérable des déchets, décharges successives pendant plusieurs jours, et réapparition ou augmentation passagère de l'albuminurie; 3° lésions antérieures de l'appareil rénal aggravant l'auto-intoxication et amenant la mort. M. A. Robin ne connaît pas d'exemple de la première, mais a vu la seconde se produire plusieurs fois. Enfin, il rapporte une observation confirmative de la troisième, qu'il a recueillie récemment; elle se rapporte à un homme de soixante-quatorze ans, qui entra à l'infirmerie de l'hospice des Ménages pour des accidents typhoïdes graves, qui furent reconnus symptomatiques d'une congestion rénale ayant débuté à la suite d'un refroidissement. Mais, dans ce cas, les accidents prirent un caractère alarmant, l'élimination des déchets par l'urine devint progressivement plus restreinte et le malade succomba. L'autopsie révéla une congestion manifeste des deux reins, mais on reconnut qu'il existait d'anciennes lésions de néphrite diffuse chronique, antérieures à la poussée congestive aiguë, et demeurées latentes jusqu'au trouble de l'excrétion produit par la fluxion rénale.

M. *Hayem* demande quelle différence M. A. Robin fait entre la congestion rénale et la néphrite aiguë catarrhale. Est-elle réellement suffisante pour justifier l'emploi d'une dénomination particulière? N'est-ce pas comme si l'on voulait distinguer la congestion pulmonaire aiguë à côté de la pneumonie, au lieu de spécifier simplement une forme de pneumonie, la pneumonie catarrhale?

M. *A. Robin* reconnaît les nombreux points de ressemblance qui existent entre la congestion rénale et la néphrite catarrhale, mais au point de vue clinique il y a des différences nettement tranchées qui justifient la terminologie qu'il a employée. Dans la congestion rénale, début brusque, évolution rapide en six ou huit jours pour la forme simple, albuminurie qui diminue et disparaît rapidement, hématurie, pas d'œdème; dans la néphrite catarrhale: durée plus longue, œdèmes notables, très rarement hématurie. La brièveté des cas simples s'accorde mieux avec l'idée de phénomènes congestifs; un processus inflammatoire ne peut être aussi passager.

M. *Hayem* fait remarquer que la néphrite cantharidienne, nettement établie par les recherches histologiques chez les animaux, offre une marche très rapide et s'accompagne d'albuminurie sans œdèmes: c'est une néphrite catarrhale légère. Les faits relatés par M. A. Robin sont fort intéressants, mais la congestion répond à quelque chose de plus vague, elle est ordinairement secondaire, tandis que la conception plus nette de l'inflammation s'accorde mieux avec l'interprétation des phénomènes pathologiques.

M. *A. Robin* rappelle que la seule autopsie qu'il puisse invoquer a montré des lésions récentes de simple congestion rénale surajoutées à d'anciennes altérations inflammatoires.

M. *Féréol* ajoute que tout le monde admet, à côté des pneumonies, la congestion pulmonaire; pourquoi, dès lors, rejeter l'existence de la congestion rénale à côté des néphrites? La conception, évidemment un peu vague du processus congestif, sera-t-elle plus précise lorsqu'on aura admis que c'est une variété de l'inflammation?

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Rôle de la sensibilité du tympan dans l'orientation auditive : M. Gellé. — Inhibition médullaire : M. Brown-Séquard. — Epilepsie par excitation mécanique de la moelle : M. Brown-Séquard. — Sur la rigidité cadavérique : M. Brown-Séquard. — Procédé pour remédier à la syncope : M. Brown-Séquard. — Réaction des substances albuminoïdes : M. Quinquaud. — Action antiseptique du salol : M. Pinet. — Hématospectroscope double à fente unique : M. Hénocque. — Du renouvellement de l'air dans les puits à gaz délétères : M. Gréhant. — Traitement de l'astigmatisme irrégulier : M. Javal.

M. *Gellé* a constaté sur plusieurs malades atteints d'anesthésie générale que chez ces sujets l'orientation auditive n'avait plus lieu si on leur faisait fermer les yeux. Or l'insensibilité des deux tympans et des deux conduits auditifs était absolue. Au contraire, quand des anesthésiques pouvaient indiquer la direction d'un son ou d'un bruit, M. Gellé constatait la persistance de la sensibilité de la membrane du tympan.

— M. *Brown-Séquard*, en pratiquant une hémisection de la moelle sur un lapin à un certain niveau, puis une autre hémisection à un niveau inférieur, voit survenir des mouvements convulsifs violents, ce qui n'arrive pas quand la seconde hémisection n'a pas eu lieu; car, dans ce dernier cas, il se produit des phénomènes d'inhibition dans la portion de moelle qui n'a pas été sectionnée.

— M. *Brown-Séquard* a observé à deux reprises une véritable attaque d'épilepsie chez un lapin sur lequel il avait simplement piqué la moelle dorsale.

— M. *Brown-Séquard*, ayant réussi à empêcher, pendant un certain temps, l'apparition de la rigidité cadavérique en imprimant à tel ou tel membre des mouvements en tous sens, conclut de cette expérience que la rigidité ne résulte pas, comme on le croit généralement, de la coagulation d'une substance albuminoïde dans les muscles.

— M. *Brown-Séquard* indique comme excellent procédé à mettre en œuvre contre la syncope cardiaque l'élévation des membres inférieurs du sujet; et, contre la syncope respiratoire, la galvanisation avec un courant très fort des parties latérales de la trachée.

— M. *Quinquaud* indique une réaction extrêmement sensible pour déceler la présence de substances albuminoïdes dans les urines : ce procédé consiste à ajouter quelques gouttes de liqueur de Barreswill à de l'urine préalablement filtrée et à chauffer; il se produit une belle coloration violette si le liquide traité contient même une très faible quantité d'albumine.

— M. *Quinquaud* présente une note de M. *Pinet* sur l'action antiseptique du salol.

— M. *Hénocque* présente un hématospectroscope double, à fente unique, permettant à deux personnes de pratiquer en même temps les recherches hématoscopiques. Cet instrument, construit par M. Lutz sur les indications de M. Hénocque, réalise un progrès important en technique spectroscopique, puisqu'il est disposé de façon que deux personnes peuvent observer en même temps le même phénomène spectroscopique et se contrôler réciproquement. Il est destiné spécialement à l'analyse du sang avec l'hématoscope d'Hénocque, et à l'examen du phénomène de réduction de l'oxyhémoglobine dans le sang à travers l'ongle du pouce.

Il se compose, comme partie optique, de deux petits spectroscopes à vision directe, s'écartant en forme de V du côté de l'oculaire, et se réunissant par l'autre extrémité sur un tambour qui porte la fente unique. Un pied et une colonne articulée servent à fixer le spectroscope double et permettent les mouvements nécessaires.

— M. *Gréhant* décrit un procédé très simple pour renouveler l'air dans les puits qui contiennent des gaz délétères, et il recommande, pour s'assurer si l'opération a réussi, de faire ensuite descendre un animal dans le puits avant d'y laisser pénétrer les ouvriers.

— M. *Javal*, par une heureuse correction faite aux verres cylindriques employés pour remédier à certains astigmatismes irréguliers, a trouvé le moyen de rendre régulier cet astigmatisme qu'il est alors plus facile de traiter.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Iritis syphilitique dans la convalescence d'une fièvre typhoïde: M. Campardon (Discussion : MM. E. Labbée, Dujardin-Beaumetz, Cadet de Gassicourt). — L'alimentation dans les fièvres: M. Dujardin-Beaumetz (Discussion: MM. Blachez, Catillon, Bucquoy, E. Labbée, Cadet de Gassicourt, Créquy, Campardon). — De l'antifébrine: M. Boismont.

M. *Campardon* communique l'observation d'un jeune homme auquel il fut appelé à donner ses soins au mois d'octobre dernier pour une entérite simple, consécutive à des fatigues de tout genre. La guérison fut obtenue en quinze jours, et M. Campardon n'entendit plus parler de ce malade jusqu'au mois de novembre. Ayant été rappelé près de lui à cette époque, il constata un mouvement fébrile très marqué, atteignant bientôt 40 et 41 degrés, et tous les signes de la période de début d'une dothiénentérie ; celle-ci évolua régulièrement et le huitième jour apparurent les taches rosées lenticulaires caractéristiques. Des bains frais à 18 degrés furent donnés toutes les quatre heures, et au bout de trois semaines le malade entrait en convalescence, lorsque se montra un état de subdelirium de paroles et d'action, marqué surtout le soir, et augmentant de jour en jour. En examinant le malade, M. Campardon découvrit sur un mollet une pustule à base indurée, entourée d'une aréole rouge cuivré; cette pustule resta un certain temps stationnaire, puis éclatèrent tous les signes d'une iritis syphilitique des plus nettes. M. Dujardin-Beaumetz fut appelé en consultation et confirma de tout point le diagnostic. Le traitement spécifique fut aussitôt institué, et les frictions mercurielles largement mises en œuvre. La guérison était complète au bout de trois mois ; cependant le malade eut pendant ce temps un phlegmon du bas-ventre, qui nécessita l'intervention chirurgicale. L'interrogatoire du malade, relativement au début de sa syphilis, ne put fournir des résultats bien précis chez un sujet peu soucieux de sa santé et n'ayant pas le souvenir net d'accidents antérieurs; cependant il se rappelait avoir été soigné *cinq ou six ans auparavant* par un pharmacien, pour une maladie des organes génitaux, probablement des chancres. Il affirmait, en tout cas, n'avoir eu aucune lésion quelconque depuis trois années. Si ces assertions sont exactes, c'est là un fait surprenant à plus d'un titre.

M. *E. Labbée* serait en effet fort étonné qu'une iritis syphilitique se développât cinq ans après le chancre ; c'est ordinairement un accident de la période secondaire.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pu recueillir aucun renseignement sur la date de l'infection syphilitique lorsqu'il a vu ce malade, qui était alors plongé dans un état semi-comateux. Il ne peut que constater l'heureux effet du traitement spécifique sur l'iritis et sur les accidents cérébraux graves qui menaçaient la vie.

M. *Cadet de Gassicourt* fait observer qu'il est assez fréquent de ne pouvoir obtenir de renseignements certains sur le début de la syphilis, les sujets étant de mauvaise foi, ou n'ayant pas fait attention au chancre initial. Il a vu l'année dernière un homme de quarante ans, célibataire, atteint d'iritis syphilitique, et qui affirmait n'avoir jamais eu ni chancre, ni accident quelconque. Il était en même temps porteur d'une roséole manifeste, dont il ne s'était pas aperçu. Ce malade alla consulter M. Abadie, puis M. Panas ; tous deux confirmèrent le diagnostic.

— M. *Dujardin-Beaumetz* appelle l'attention de la Société sur la question de l'*alimentation dans les fièvres et en particulier dans la fièvre typhoïde*. On sait que dans la dothiénentérie, la fièvre tend à restreindre la sécrétion du suc gastrique et à diminuer son acidité. Elle diminue également les sécrétions intestinales. D'autre part, la circulation est entravée plus ou moins complètement dans tout le réseau des chylifères par suite de l'engorgement des ganglions mésentériques ; l'absorption s'opère donc seulement par les racines de la veine porte. Quant à la nutrition, on est moins bien fixé sur ses troubles ; en effet, Layton dit avoir constaté par des pesées régulières que la perte de poids, chez les typhoïdiques, est constante et s'élève à 227 grammes par jour ; or la clinique apprend que les typhoïdiques maigrissent peu pendant toute la durée de leur affection et que, par contre, ils s'émacient avec une étonnante rapidité au moment du début de la convalescence. On a établi, d'autre part, que le taux de l'urée urinaire est augmenté, et l'on en a déduit l'augmentation des combustions et de la désintégration. Mais, d'après M. Albert Robin, les troubles de la nutrition dans la fièvre typhoïde peuvent se ranger sous trois chefs : diminution des oxydations, augmentation de la désintégration, et rétention des matériaux résultant de cette désintégration. C'est même, selon lui, l'accumulation de ces extractifs qui fait la gravité de la maladie ; il est nécessaire qu'ils soient éliminés par les principaux émonctoires : de là les décharges ou crises favorables. Il paraît surprenant, au premier abord, de voir la diminution des combustions coïncider avec l'exagération de la désintégration ; ces faits, mis en avant par Pflüger dans la théorie cellulaire de la nutrition, paraissent absolument contradictoires de la théorie classique des oxydations, établie par Liebig. Quoi qu'il en soit, on peut déduire de toutes ces données de physiologie pathologique certains principes généraux applicables à l'alimentation des fébricitants et, en particulier, des typhoïdiques. Leur alimentation doit être aqueuse, afin de faciliter l'élimination des extractifs ; elle doit être saline, car il est démontré que ces malades perdent une grande quantité d'acide phosphorique, de potasse, de soude : c'est ce que l'on a nommé l'inanition minérale ; enfin, elle doit contenir peu de substances albuminoïdes, puisque les troubles des fonctions digestives et l'engorgement des chylifères n'en permettent plus l'absorption, tandis que les solutions salines sont, au contraire, absorbées par la veine porte. Il faut, en outre, joindre à cette alimentation un élément tonique, l'alcool. Ces principes sont parfaite-

ment applicables dans la pratique, et sont du reste mis en œuvre depuis Monneret, qui conseillait de donner aux typhoïdiques 6 litres de liquide : vin, bouillon, lait et limonade. Le bouillon renferme de l'eau, des sels en notable quantité, et fort peu de matières albuminoïdes ; le lait contient également beaucoup d'eau et des sels ; le vin représente l'élément alcoolique, et la limonade est riche en sels de soude et de potasse. Cette alimentation satisfait donc aux conditions réclamées par la physiologie moderne. Il faudrait, d'autre part, peser chaque jour les malades et comparer la courbe des poids avec celles de la température et de l'excrétion de l'urée. On reconnaîtrait, sans doute, que la perte de poids journalière n'est pas constante. Il y a là d'intéressantes recherches à faire.

M. *Blachez* objecte que si le bouillon peut être regardé comme une simple tisane, il ne saurait en être de même du lait ; celui-ci est un aliment complet, qui renferme une notable proportion de graisse et d'albuminoïdes. Or, si l'absorption par les chylifères est suspendue, ces principes ne seront pas assimilés. Si l'on veut expérimenter la diète liquide, il faut supprimer le lait qui est un aliment.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense qu'en effet il vaudrait mieux expérimenter séparément le lait et le bouillon. D'ailleurs, dans le régime institué par Monneret, le lait n'entrait qu'en très faible proportion.

M. *Catillon* rappelle que des expériences physiologiques ont démontré que les chiens nourris exclusivement avec du bouillon, succombent au bout de vingt-neuf jours, et que ceux qui ne prennent que de l'eau meurent en vingt-huit jours ; le bouillon a donc un pouvoir nutritif à peu près nul. D'autre part la théorie de Liebig n'est pas constamment vraie ; dans certaines conditions expérimentales, on voit l'urée diminuer, tandis que la température augmente. Ses recherches sur l'action de la glycérine lui ont montré que l'urée peut diminuer de 7 à 8 grammes par jour chez les sujets en expérience, tandis que la température et le poids du corps augmentent.

M. *Bucquoy* a maintes fois observé l'émaciation brusque et rapide du début de la convalescence chez les typhoïdiques ; c'est un fait incontestable et qui attend son explication. Peut-être pourrait-on supposer que, pendant la fièvre typhoïde, l'autophagisme est suspendu aussi bien que l'absorption par les chylifères, tandis qu'après la chute de la fièvre, elle se manifeste de nouveau très intense, en même temps que recommence l'absorption rapide par les lymphatiques intestinaux.

M. *E. Labbée* demande si M. Dujardin-Beaumetz croit nécessaire de donner 6 litres de liquide chaque jour aux typhoïdiques ; ne risquerait-on pas ainsi d'augmenter la congestion rénale si fréquente dans la dothiénentérie ?

M. *Dujardin-Beaumetz* a simplement cité le chiffre donné par Monneret ; pour lui, il pense que 3 ou 4 litres sont suffisants.

M. *Cadet de Gassicourt* fait observer que si le lait est absorbé chez les typhoïdiques, il ne faut pas le donner aux malades qu'on veut soumettre à la simple diète liquide ; si, au contraire, il n'est pas absorbé, à quoi bon le prescrire dans la fièvre typhoïde ? c'est un aliment inutile. Cette question sera résolue par les pesées comparatives de malades auxquels on ne donnera que de l'eau et du bouillon, et de malades auxquels on donnera du lait ; si ces derniers perdent autant de leur poids que les premiers, c'est que le lait n'est pas absorbé.

M. *Bucquoy* croit qu'en effet le lait n'agit pas autrement chez les typhoïdiques que le bouillon ; tant que l'absorption n'est pas rétablie par les chylifères, ce n'est qu'une tisane, ce n'est pas un aliment. D'ailleurs, il est au moins inutile de donner, comme le font quelques-uns, des médicaments à ces malades, puisqu'ils ne les absorbent pas.

M. *Dujardin-Beaumetz* partage entièrement cette opinion. Il rappelle que M. Bouchard ne donne que de l'eau à ses typhoïdiques et affirme qu'il obtient les mêmes résultats qu'avec le bouillon et le lait. On peut se demander si, dans cette maladie, les fonctions de nutrition ne sont pas modifiées comme elles le sont chez certaines hystériques, ou chez les aliénés, qui vivent, sans prendre d'aliments et sans maigrir bien sensiblement, pendant un temps souvent fort long.

M. *Créquy* fait remarquer que, chez les enfants atteints de diarrhée, on retrouve les caillots de lait non digéré dans les déjections, mais que rien de pareil ne s'observe chez les typhoïdiques.

M. *Campardon* se demande si le lait ne peut agir comme diurétique et faciliter l'élimination des extractifs dangereux pour les malades.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'en effet le petit-lait serait fort bien indiqué comme tisane diurétique, mais il faut supprimer la graisse et la caséine du lait qui ne sont pas absorbées et, par suite, sont absolument inutiles.

— M. *Boismont* donne lecture d'une note sur l'*antifébrine* étudiée par Cahn et Heppe. C'est un phénylacétamide, se présentant sous la forme d'une poudre blanche, cristalline, inodore, un peu âcre, insoluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude et surtout dans l'alcool. Elle serait quatre fois plus active que l'antipyrine.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

(Suite. — Voy. le n° 43.)

Discussion sur la néphrotomie et la néphrectomie.

Il est certain qu'aujourd'hui la chirurgie rénale est en voie d'évolution. Le rein est un organe qu'on n'a osé aborder franchement que depuis peu de temps, et les questions qui concernent ces interventions opératoires sont loin d'être élucidées. Les matériaux abondent ; on commence à les réunir et, dans une thèse récente, Brodeur rassemble 327 opérations sur le rein. Mais tous les enseignements qu'ils comportent n'apparaissent pas encore avec toute la netteté désirable. Voilà pourquoi le dernier Congrès de chirurgie a décidé de provoquer cette année une discussion sur *la néphrotomie et la néphrectomie*. On abuse souvent des parallèles et des comparaisons, a dit M. *J. Lucas-Championnière*, mais parallèles et comparaisons sont parfaitement de mise ici et l'hésitation est souvent justifiée. C'est la conclusion à laquelle sont arrivés tous les chirurgiens ; c'est cette obscurité qu'ils tâchent de faire cesser.

Le professeur *Trélat*, dans un discours remarquable, qui nous servira de guide pour résumer les débats, a bien montré que la question comprend l'étude successive de trois points : 1° choix entre la néphrotomie et la néphrectomie ; 2° choix de la méthode de néphrectomie ; 3° choix du procédé de néphrectomie.

M. *Le Dentu* admet, dans leur ensemble, les indications générales assignées à la néphrectomie par Gross (de Philadelphie) (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 129) : il a ajouté immédiatement, d'ailleurs, qu'il y a des points susceptibles de discussion. Oui, on doit pratiquer la néphrectomie sans retard lorsque le rein est blessé, soit pendant une opération abdominale, soit par un traumatisme accidentel ; le professeur *Demons* le prouve par une observation dont il a déjà, cette année, entretenu la Société de chirurgie. Si l'on intervient contre un néoplasme (et Gross conteste qu'il faille

le faire pour le sarcome chez l'enfant et le carcinome à tout âge), la néphrectomie seule sera tentée; M. *Reliquet* a cependant calmé les douleurs d'un cancer par le simple débridement du rein, opération qu'il conseille également pour certains cas d'anurie calculeuse. Les fistules rebelles indiquent encore l'ablation du rein, et l'on doit reconnaître, avec M. *J. Lucas-Championnière*, que l'opération ne peut pas être alors rigoureusement aseptique; on a de moins belles réunions et la guérison met de trois à six mois à se faire, au lieu de trois semaines.

Certains reins flottants sont douloureux au point de condamner les malades à un décubitus dorsal à peu près éternel: ici commencent les divergences. M. *Le Dentu* conseille la néphrorrhapie de Hahn; les statistiques de Brodeur convertissent aussi M. Péan à cette opération. Mais M. *Segond* se déclare peu édifié et sur son innocuité et sur son efficacité; il a eu, au contraire, un succès rapide par l'intervention radicale et M. *Bouilly* nous a rapporté deux faits également favorables. Il faut compter cependant avec l'absence possible d'un des reins ou même son insuffisance fonctionnelle, et tous les chirurgiens n'auront pas la chance d'opérer, comme M. Segond, une malade maigre, où la palpation pourra vérifier l'existence du deuxième rein.

Ce dernier argument est de nature à augmenter encore les doutes pour une série de faits dont la thérapeutique reste parfois obscure: une néphrotomisée de M. *J. Lucas-Championnière* n'avait qu'un rein; la néphrectomie eût donc causé une mort rapide, puisque même l'urémie a vite enlevé l'opéré dans un cas où le même chirurgien, intervenant par la voie abdominale, avait trouvé l'autre rein misérable. Les faits dont nous voulons parler appartiennent à une seule et même famille: ils comprennent toutes les pylonéphrites suppurées, les hydronéphroses, les calculs rénaux et toutes leurs conséquences. Là, le professeur *Trélat* a raison de l'affirmer, il n'est pas encore possible de se prononcer d'une façon définitive.

Plusieurs observations présentées au Congrès, démontrent que l'hésitation est légitime. M. Bouilly a fait une néphrotomie et ne s'en repent pas puisque la malade a guéri; mais, s'il eût opéré il y a quelques mois et non il y a deux ans, alors que la néphrectomie était encore peu étudiée, il nous déclare qu'il eût été perplexe. M. *Malherbe* veut ouvrir un abcès du rein et finalement enlève tout l'organe; la malade a guéri malgré une plaie du péritoine. M. *Segond* propose une néphrotomie et termine par une néphrectomie, que l'hémorrhagie rend émouvante, mais que le succès couronne. Au rebours, M. *Schwartz* désire extirper un rein; il va à sa recherche, à travers le péritoine et constate qu'il est impossible de le décortiquer. Il se borne alors à la néphrotomie, en suturant à la paroi les lèvres de la poche, comme cela se fait pour les kystes du foie; pour les kystes hydatiques du rein également, ainsi que M. *J. Bœckel* en a cité des exemples. Et la tuberculose rénale au début? Gross conseille la néphrectomie et elle a donné un bon résultat à MM. *Verneuil* et *Le Dentu*, mais M. *Bouilly* a tout aussi bien réussi en évacuant par l'incision et le grattage un foyer caséeux, cautérisé ensuite au chlorure de zinc et bourré d'iodoforme.

A quoi tiennent ces incertitudes? A deux causes: aux tergiversations fréquentes du diagnostic, aux circonstances imprévues que l'opération révèle. On arrivera, sans doute, à un diagnostic précoce et précis. Un symptôme dont la valeur souvent méconnue a été mise en relief, au cours de la discussion, par MM. *Bouilly*, *Demons*, *Schwartz* est la cystalgie; vingt et un médecins avaient sondé sans résultat la vessie d'une femme, qui supplia M. Bouilly de lui épargner cette exploration. Si l'on veut saisir la maladie à son début, il faut, comme M. *Le Dentu*, suivre le conseil de Simon (de Heidelberg) et palper le rein à travers la paroi abdominale rendue souple et maniable par l'anesthésie chloroformique. Supposons la lésion rénale reconnue, sa nature exacte, calculeuse ou non, n'est pas toujours aisée à déterminer; or, quand on a enlevé un rein calculeux, l'autre côté est exposé à se prendre et la situation du malade, réduit à ce seul rein, devient singulièrement aléatoire. Autant que possible, l'accord a été complet sur ce point dans la présente discussion; on tâchera donc de se borner à la néphrotomie, mais on sera prêt à transformer l'opération en une néphrectomie si l'on trouve le rein entièrement désorganisé.

Ces considérations doivent guider le chirurgien dans le *choix de la méthode opératoire*. On peut, avec le professeur Trélat, diviser en trois les méthodes de néphrectomie: 1° trans-péritonéale; 2° para-péritonéale, où, après avoir fait une incision au flanc, on décolle le péritoine jusqu'au rein; 3° lombaire. Chacune de ces méthodes a ses indications particulières.

Il y a des cas où, de parti pris, on traverse le péritoine pour aller à la recherche du rein. A travers cette large brèche, on a l'avantage d'isoler facilement la tumeur, d'avoir ses aises pour lier le pédicule. C'est indiqué pour certaines grosses tumeurs proéminentes vers le ventre. C'est indiqué aussi, d'après M. *Segond*, pour les reins flottants extrêmement mobiles; dans un cas de ce genre tout fut terminé en quinze minutes, et au huitième jour M. Segond enlevait les points de suture. De plus, on peut être sûr, alors, d'une asepsie parfaite. En règle générale, néanmoins, les chirurgiens que le péritoine intimide le moins, et nous citerons MM. *Péan*, *J. Lucas-Championnière*, considèrent qu'ici la voie trans-péritonéale doit être exceptionnellement choisie. Plusieurs faits de ce genre ont été communiqués cependant au Congrès. Mais M. *Demons* croyait à un kyste de l'ovaire et tomba sur un sarcome du rein; M. *J. Bœckel* pensait arriver sur une tumeur de nature douteuse, peut-être un lipome du mésentère et il rencontra un kyste hydatique du rein. Ces deux opérés guérirent. Celui-là succomba, à qui M. *Jeannel* ouvrit le ventre pour lever l'agent d'une occlusion intestinale causée par un néoplasme rénal jusqu'alors ignoré.

On doit d'autant plus restreindre l'emploi de la méthode trans-péritonéale qu'on a presque autant de jour par la méthode para-péritonéale, pour user du mot dont se sert M. *Trélat*. C'est l'opération préconisée par Thornton, perfectionnée par MM. Trélat, Terrier. Une incision verticale, faite en dehors du grand droit de l'abdomen (mais non juste sur le bord de ce muscle, car là le péritoine est fort adhérent), conduit sur le péritoine qu'on décolle alors, en progressant du flanc vers la région lombaire. Pourquoi ce trajet indirect? Il est moins indirect qu'on ne le pense, car les tumeurs du rein se développent souvent vers le flanc, refoulant le péritoine qu'on n'a, dès lors, guère à décoller; c'est ce qui est arrivé à M. Trélat dans sa seconde opération. Le rein une fois mis à nu, on plonge du doigt et de l'œil vers le pédicule, dont la ligature est ainsi aisée.

Considérons maintenant les cas inflammatoires. Ce que nous avons dit des indications opératoires en ces circonstances, prouve que la méthode lombaire y est de rigueur. Elle seule répond à l'indication fondamentale: avoir la néphrotomie pour but premier, en se réservant la possibilité d'une néphrectomie. Quelques points de manuel opératoire ont été étudiés, pour la méthode lombaire, par certains orateurs. Pour leur première néphrotomie, MM. *Demons* et *Bouilly* ont tous les deux eu recours au thermocautère; tous deux ont déclaré qu'aujourd'hui ils ne s'en serviraient plus; cela va de soi d'après ce que nous avons dit sur la néphrectomie possible. M. *Malherbe*, pour éviter l'hémorrhagie, a coupé le pédicule avec le même instrument; l'élimination d'un paquet de tissu cellulaire nécrosé l'a contraint de désunir la plaie. Quant à l'incision de la néphrectomie lombaire, on arrive à cette conclusion que chacun la dispose à peu près à son gré: courbe, en T (Doyen), en L, etc.,

ayant jusqu'à 25 et 30 centimètres de long (Péan), 34 même (Ollier).

Est-il permis de réséquer la douzième côte pour se faire du jour? Sans hésiter, répond M. Ollier; s'il le faut, on en fera autant à la onzième. M. *Le Dentu* a exposé devant le Congrès le résultat des recherches de Holl, pour qui la douzième côte manque souvent, mais souvent aussi est tout près de la crête iliaque; M. Le Dentu a bien vu la plèvre, privée de son soutien, se rompre d'elle-même dans une expiration énergique; une suture au catgut a eu raison de cette complication. Mais les statistiques de Brodeur semblent prouver à M. *Péan* que cette résection n'est pas une bonne pratique; il est préférable de morceler la tumeur. Mais l'hémorrhagie? Les pinces hémostatiques nous arment contre elle. Et cependant l'écoulement de sang a forcé M. *Segond* à arracher, d'un tour de main, un rein friable qu'une pince à kyste avait dilacéré; la cavité fut bourrée de quatre serviettes et de douze éponges; le sang s'arrêta et l'hémostase définitive fut faite. Quant à la ligature du pédicule, on n'a pas, d'après M. Demons, à se préoccuper de lier l'uretère à part. Pour placer les fils, on se servira d'une aiguille mousse, à grande courbure et à chas ouvert (Le Dentu) ou muni d'un système pareil à celui de l'aiguille de Reverdin (J. Lucas-Championnière).

Quelle que soit la méthode suivie, l'isolement du rein est un temps capital et souvent très difficile, dans les cas au moins où il s'agit de poches suppurées. Le tissu périnéphrique est adhérent, lardacé; le décollement est laborieux, impossible même; les tractions, les efforts menacent le péritoine; le sang coule en abondance. Fendez donc la capsule propre du rein, déclare le professeur *Ollier*, et vos doigts extrairont la glande avec une aisance extrême. Cette néphrectomie sous-capsulaire est donc la méthode de choix pour les reins gros et anciennement suppurés. C'est par hasard que M. Ollier a imaginé ce procédé, il y a quatre ans, pour une opération qu'il ne pouvait pas terminer par le procédé habituel. Depuis, il n'a eu qu'à s'en louer. Les mêmes circonstances ont enseigné la même pratique à M. Segond. Mais examinons surtout les trois opérations que le professeur *Trélat* a faites: sa première malade a péri; la décortication extra-capsulaire avait été extrêmement laborieuse; une hémorrhagie, au fond de la cavité, avait nécessité l'emploi d'une pince à demeure et l'intestin, pris dans les mors, se sphacéla, d'où une fistule, et la mort au dix-septième jour; la seconde fois, l'atmosphère graisseuse périnéphrique n'était nullement enflammée; mais dans le troisième cas c'était une hydronéphrose suppurée, avec fistule; l'énucléation sous-capsulaire fut très facile et l'intervention eut une heureuse issue.

Pouvons-nous dégager quelques lignes précises de la discussion qui précède? La réponse semble pouvoir être affirmative, il n'y a qu'à prendre les conclusions du professeur *Trélat*: 1° pour les néoplasmes, dont le diagnostic est fait, la néphrectomie s'impose et sera alors para-péritonéale ou exceptionnellement trans-péritonéale; 2° pour les ruptures traumatiques de même, mais la voie extra-péritonéale est seule bonne; 3° pour la tuberculose, pour les lésions inflammatoires, le but doit être la néphrotomie, qui souvent suffit, quitte à se résoudre, en route, à une néphrectomie si le rein est trop altéré et si on pense que l'autre rein fonctionne bien. De là résulte qu'alors il faut passer par la région lombaire. En outre, dans ces cas, il faut recommander la néphrectomie sous-capsulaire.

Communications diverses.

M. *Lannelongue* (de Paris). *De la disjonction des sutures du crâne chez l'enfant.* — La disjonction traumatique isolée des os du crâne est fort rare et on cite comme remarquables les observations de Morgagni, de Prescott Hewett. Au contraire, cette lésion accompagne souvent les fractures graves. Mais Félizet en nie la possibilité chez l'enfant. Or il y en a un fait rapporté dans un travail important de Weinlechner sur les fêlures du crâne. M. Lannelongue en a trois observations: deux où la lésion était liée à des fractures, une où l'enfant supporta parfaitement une disjonction médio-frontale probablement isolée. Ce siège n'avait pas encore été signalé. Ces disjonctions peuvent s'oblitérer. Mais, vu le développement excentrique du cerveau, il est des cas où elles s'exagèrent à mesure que l'enfant grandit. Il en est de même, au reste, pour les fissures proprement dites. M. Lannelongue a observé le fait une fois et cite des observations semblables de Weinlechner et de Bergmann.

— M. *Lannelongue* (de Paris). *Note sur les tumeurs sanguines du crâne communiquant avec le sinus longitudinal supérieur. Hématomes communiquants ou anévrysmes veineux traumatiques et angiomes proprement dits.* — Voici les conclusions de ce mémoire, fondé sur l'analyse de 21 observations recueillies dans la littérature médicale et sur une observation personnelle.

On observe sur la voûte du crâne deux variétés de tumeurs sanguines communiquant avec le sinus longitudinal supérieur.

1° Les unes sont d'origine traumatique et consécutives à l'ouverture du sinus ou tout au moins des veines émissaires à proximité du sinus. Le défaut d'oblitération de ces vaisseaux permet à l'hématome épicrânien de rester en communication avec le sinus. Ces tumeurs, dans lesquelles existe une circulation véritable dans une poche, se rapprochent des anévrysmes, et on pourrait leur appliquer le nom d'anévrysmes veineux traumatiques.

2° La seconde variété, plus fréquente, est congénitale. C'est un angiome apparaissant sur le territoire des veines émissaires et cela explique la communication de la tumeur avec le sinus.

3° Au point de vue thérapeutique, les indications paraissent différentes. Dans l'hématome traumatique, on doit s'abstenir de toute intervention opératoire, car la ponction plusieurs fois pratiquée n'a d'utilité que pour éclairer un diagnostic douteux. La compression directe, qui n'a jamais été ni préconisée ni employée, paraît être la méthode curative à essayer: on devra l'appliquer avec précaution de manière à ne pas refouler dans le crâne un fragment osseux. On peut supposer qu'en immobilisant les fragments et surtout en s'opposant à la circulation dans l'hématome, elle favorisera l'oblitération des vaisseaux ouverts quels qu'ils soient, sinus ou veines émissaires. Les effets seront d'autant plus sûrs qu'on appliquera la compression à une époque plus rapprochée du traumatisme.

L'angiome congénital épicrânien et communiquant réclame d'autres indications. Les ponctions n'ont jamais amené la guérison, pas plus que dans le cas précédent. Plusieurs fois la tumeur a été incisée; on a eu des hémorrhagies qui, le plus souvent, ont été facilement arrêtées et ne se sont pas reproduites, mais la guérison n'a pas été obtenue. Dans une observation remarquable de Pelletan, il y eut des hémorrhagies répétées et finalement le malade mourut d'une méningite suppurée avec phlébite très probable du sinus. L'enfant dont Flint rapporte le fait périt aussi d'hémorrhagie à la suite de l'incision de la tumeur. Il ne saurait être question, pour cette variété d'angiome, d'injections irritantes ou coagulantes, car on irait au-devant d'un gros danger, l'inflammation du sinus ou la coagulation du sang qu'il contient.

L'abstention paraît être la règle à suivre pour les angiomes de petit volume, stationnaires ou très peu progressifs, qui ne déterminent ni gêne ni accidents. Mais si l'accroissement de l'angiome est continu et assez rapide; s'il menace de se rompre, comme cela a été remarqué, je crois que l'extirpa-

tion devient la méthode de choix. Elle devra comporter comme premier temps, et essentiel, la ligature en bloc du pédicule ou la ligature isolée des veines émissaires selon le cas. La méthode antiseptique ou aseptique sera suivie dans toute sa rigueur.

(*A suivre.*)

Cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886.

(Fin. — Voyez les numéros 39, 40, 41, 42 et 43.)

Section de dermatologie et syphilis.

M. *Doutrelepont* est revenu sur la communication qu'il a faite l'année dernière au Congrès, et relative aux *bacilles de la syphilis*. Il a fait en détail l'historique de la question, pour conclure à la non-identité des bacilles du segma et des bacilles spécifiques qu'on trouve dans l'épaisseur des tissus envahis par les lésions de la syphilis.

— M. *Caspary*, dans une communication sur *le traitement mercuriel chronique de la syphilis*, a dirigé quelques critiques contre les cures mercurielles prolongées suivant la pratique de Fournier. M. Caspary pense qu'il faut s'en tenir au traitement symptomatique des manifestations de la syphilis, en attendant que la statistique nous renseigne définitivement sur la valeur des cures prolongées.

— M. *Lipp* (de Graz), à propos du *traitement de la syphilis à ses débuts*, question qui avait fait l'objet d'une importante discussion au dernier Congrès de médecine interne de Wiesbaden, soutient que ni l'administration *per os*, ni l'administration endermique du mercure ne constituent des procédés sûrs pour détruire l'infection syphilitique à ses débuts. Il est indispensable de recourir à l'administration du mercure par la voie sous-cutanée, et il relate 7 observations qui montrent qu'avec ce mode d'incorporation du mercure, les résultats thérapeutiques sont bien meilleurs.

— M. *Köbner* a soumis à l'appréciation des membres de la section un modèle de questionnaire pour une *enquête collective sur la syphilis et ses diverses méthodes de traitement.*

— M. *Michelson* a fait une communication pour établir que la *méthode galvano-chirurgicale doit être préférée aux autres procédés d'épilation*, lorsqu'il s'agit de détruire les poils qui acquièrent un développement insolite dans certaines régions du visage.

— Enfin, M. *Doutrelepont* a relaté *un cas de rhinosclérome traité avec succès par des applications d'une pommade au sublimé* (1 pour 100).

Section de neurologie et de psychiatrie.

M. *Fürstner* a exposé ses recherches sur *le développement des lésions dans les centres nerveux chez des chiens soumis à des exercices rotatoires*. Les lésions consistent : en dégénérescence des cordons latéraux (faisceaux pyramidaux), quelquefois aussi d'une portion des cordons postérieurs, plus marquée d'un côté que de l'autre, suivant le sens imprimé aux mouvements rotatoires; lésions de la substance grise du cerveau, altérations du fond de l'œil, une fois atrophie commençante du nerf optique.

— M. *Adamkiewicz* est revenu sur ses recherches concernant l'*histogenèse de la sclérose multiple;* il a réédité sa théorie suivant laquelle, dans la sclérose multiple et dans le tabes, la dégénérescence part des fibres nerveuses, qu'elle est donc primitivement parenchymateuse, et que la prolifération et la condensation du tissu conjonctif interstitiel ne sont que secondaires. C'est ce que permet de constater, selon l'auteur, l'emploi de la safranine pour la coloration des coupes.

— M. *O. Rosenthal* a signalé certains *effets de la morphine* administrée pendant plusieurs semaines à la dose de 3 à 6 centigrammes. Ces effets, passés inaperçus jusqu'ici, traduisent un état d'irritation des centres nerveux, et consistent dans une humeur gaie, une grande expansivité, une activité plus grande des fonctions génitales, la surexcitation des sens, de l'exagération des réflexes tendineux. Cet état persiste assez longtemps avant de faire place aux symptômes de la phase dépressive de l'empoisonnement par la morphine, qui ne sont que trop connus. Les recherches de l'auteur semblent démontrer d'autre part, que les modifications de la pression vasculaire, qu'entraîne l'administration interne de la morphine, sont dues à une action directe de ce poison sur les centres intra-bulbaires du pneumogastrique.

— M. *Meschede* a décrit un *nouveau trouble de l'âme*, autrement dit des facultés intellectuelles, caractérisé par la perte des idées de souvenirs un peu complexes, qui fait que le patient ne reconnaît plus certains objets qui lui sont bien connus et qu'il semble voir pour la première fois. Ce trouble se montre à la suite d'une brusque émotion, d'une frayeur ; le plus souvent, il est curable et ne s'accompagne d'aucune perturbation des facultés affectives. C'est à tort qu'on l'a confondue avec l'idiotie et certaines formes de mélancolie ; il y aurait plutôt lieu, suivant l'auteur, de le mettre en parallèle avec cet état pathologique qu'on a décrit sous le nom de « cécité de l'âme ».

Dans la discussion qui a suivi, on a reconnu que l'état pathologique décrit par Meschede est d'observation relativement fréquente ; M. Arnot l'a mis en parallèle avec le shok, d'autant plus qu'on le voit quelquefois se développer à la suite d'un traumatisme.

— M. *Oppenheim*, en son nom et au nom de M. *Siemerling*, a fait une très intéressante communication sur la *paralysie pseudo-bulbaire*. Il a relaté trois faits qu'on eût pu prendre pour des exemples de paralysie pseudo-bulbaire, si un examen histologique des plus minutieux n'avait mis au jour des lésions très circonscrites de la moelle allongée et du pont de Varole, coïncidant avec des lésions en foyers des hémisphères. Or dans beaucoup de ces prétendus cas de paralysie pseudo-bulbaire, l'examen histologique n'a pas été pratiqué avec une rigueur suffisante.

M. Oppenheim a insisté ensuite sur le rôle de la compression exercée par les vaisseaux sclérosés de la base du crâne, dans le développement des lésions protubérantielles et bulbaires, et il a relaté une observation qui met ce rôle bien en évidence.

— M. *Smith* a fait une communication sur le *cocaïnisme* chez les morphinomanes. Pour l'auteur, les troubles psychiques graves qu'on observe chez les morphinomanes traités par la cocaïne résultent de l'association des effets toxiques des deux substances. Ces troubles font défaut, ou ne se produisent que dans une mesure très atténuée, lorsque la cocaïne n'est administrée qu'après suppression complète de la morphine. Il y a donc lieu de recourir à l'emploi de la première, pour prévenir et combattre les accidents graves qui se montrent chez les morphinomanes soumis à l'abstinence de la morphine.

— M. *Heimann* a employé la *cocaïne* contre une série d'*affections relevant de la psychiatrie* (mélancolie avec ou sans hallucinations, démence, hystérie, hypochondrie, neurasthénie); il conclut de ses observations que la cocaïne est sans utilité dans le traitement de ces états pathologiques.

— M. *Meyer* attribue aux *exsudats d'origine inflammatoire, déposés dans l'épaisseur des nerfs*, un rôle considérable dans la pathogénie des névroses et il déduit de cette

vue de l'esprit des indications d'une grande importance. La théorie de M. Meyer a soulevé de nombreuses objections.

— M. *Biswanger* a lu un travail sur l'*aphasie*.

— M. *E. Remak* a exposé ses idées bien connues sur la valeur clinique de la *réaction farado-musculaire de dégénérescence*.

— M. *Golscheider* a exposé sa nouvelle méthode pour l'*étude clinique de la sensibilité thermique*.

— M. *Meschede* a rapporté trois cas d'*ossification des enveloppes molles du cerveau* chez des déments. L'examen histologique a fourni la preuve que les méninges ossifiées réalisaient la structure du tissu osseux.

— M. *Salgo* a signalé une *forme nouvelle de trouble de l'innervation motrice de l'iris chez les paralytiques généraux* (changements de forme très variés de la pupille au repos).

Après avoir donné une analyse détaillée des travaux des sections de *médecine interne*, de *chirurgie*, de *gynécologie*, d'*anatomie pathologique*, de *dermatologie et syphilis*, de de *psychiatrie et de neurologie*, d'après le *Tagelblatt der* 59ten *Versammlung der Deutscher und Naturforscher* (Berlin, 1886), organe officiel des travaux du Congrès, nous ne pouvons que renvoyer à ce document ceux de nos lecteurs qui seraient désireux de prendre connaissance des communications faites dans les autres sections qui se sont occupées de questions biologiques ou médicales.

BIBLIOGRAPHIE

Étude pathologico-théologique sur sainte Therese, par le P. Louis de San, de la Compagnie de Jésus. In-8° de xi-72 pages. — Louvain, Ch. Fonteyn. Paris, Fetscherin et Chuit.

Les personnes que les rapports de la médecine et de la théologie catholique intéressent liront avec plaisir le livre du P. de San. Un autre Jésuite, le P. Hahn, avait, dans un concours ouvert à Salamanque en 1882, sur la vie et les travaux de sainte Thérèse, défendu une thèse hardie. « Selon lui, elle était atteinte d'hystéro-épilepsie, de sorte qu'il met d'un côté les apparitions diaboliques et les peines corporelles que la sainte croyait lui avoir été infligées par le démon; de l'autre, les extases, les visions et les révélations qui avaient, d'après elle, une origine manifestement divine... Pour les faits de la première catégorie, il faut y voir des désordres d'un organisme en proie aux agitations de l'hystérie. »

Le Père de San le nie. D'après lui, Satan s'est montré en personne à la Carmélite d'Avila. La congrégation de l'Index lui a donné raison, c'était à prévoir. La forme de ce petit livre est excellente, la discussion de bonne foi; on n'y trouve ni l'ardeur, ni la violence traditionnelles des polémiques qui s'engagent sur de pareils sujets. MM. les théologiens ont-ils raison d'emprunter des arguments aux études profanes? d'appliquer la critique aux biographies des bienheureux? d'appeler le déterminisme au secours de la foi? Ils sont, à cet égard, meilleurs juges que nous. Toutes les sciences humaines sont, d'après eux, les servantes de la science divine, soit; mais ce sont des servantes dangereuses et indisciplinées. Peut-être un jour ceux qui réclament leur assistance seront-ils réduits à s'écrier, comme le président du Harlay, dans un élan de désespoir tardif : « C'est grand pitié quand le valet chasse le maître. »

VARIÉTÉS

Hommage aux médecins militaires décédés au Tonkin. — Le directeur du service de santé du gouvernement de Paris et les médecins militaires et officiers d'administration placés sous ses ordres ont eu la pieuse pensée de faire célébrer au Val-de-Grâce un service funèbre pour honorer la mémoire de leurs camarades morts au Tonkin. La lettre d'invitation porte les noms de MM. Zuber, médecin principal, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Lucotte et Raynaud, médecins-majors de 2e classe; Bonnet, Gérardin et Claude, médecins aide-majors de 1re classe; Lepetit, Mathieu, Bourdier et Billon, officiers d'administration; et de Bonde, aumônier militaire.

Aujourd'hui même, à midi, se réunissaient dans la chapelle du Val-de-Grâce, décorée de faisceaux de drapeaux et d'écussons portant les initiales des officiers morts au Tonkin, tous les médecins militaires présents à Paris et de nombreux officiers détachés des corps de troupe. Après la cérémonie religieuse, M. le général Saussier, gouverneur militaire de Paris, a, dans une émouvante allocution, rendu hommage au dévouement à toute épreuve des médecins et des officiers d'administration qui, dans toutes les campagnes lointaines, ont toujours été si cruellement frappés.

Légion d'honneur. — Nous avons le plaisir d'annoncer la nomination au grade de chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur de M. le docteur Pozzi, agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux, organisateur du Congrès de chirurgie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer les décès de M. Bouis, docteur ès sciences, professeur de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie, professeur de chimie à l'Ecole centrale, essayeur à la Monnaie, membre de l'Académie de médecine depuis 1878; parmi ses travaux les plus importants, il convient de citer un travail sur l'empoisonnement par les gaz, un Cours de chimie analytique et son Traité de chimie légale pour le Manuel de Briand et Chaudé; de M. le docteur Gay, agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris; de M. le docteur Pinel, de Montélimar; de M. le docteur Brévard, de Lyon; de M. le docteur Louis, de Livarot; de M. le docteur Nier, de Privas; de M. le docteur Cuvelier, de Saint-Omer; de M. le docteur Dyce-Davidson, professeur de matière médicale à l'Université d'Aberdeen.

Mortalité a Paris (42e semaine, du 17 au 23 octobre 1886. — Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 0. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 30. — Phthisie pulmonaire, 215. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 23. — Broncho-pneumonie, 20. — Pneumonie, 37. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 67; au sein et mixte, 37; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 43; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 10. — Total : 941.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de pathologie interne, par M. le docteur A. Strümpell. Tome second. Deuxième partie : Maladies des reins et de l'appareil locomoteur. Maladies constitutionnelles. Intoxications. Formulaire. 1 vol. in-8 de 316 pages avec figures dans le texte. Paris, F. Savy. 6 fr.

— Prix de l'ouvrage complet. 2 vol. grand in-8 avec figures dans le texte. 30 fr.

Traitement chirurgical de la péritonite (thèse d'agrégation), par M. le docteur H. Truc. 1 vol. in-8. Paris, F. Alcan. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

7389. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie des sciences : La rage.

La nouvelle communication de M. Pasteur soulève deux questions intéressantes : une question de fait, une question de doctrine. Les faits étaient déjà connus. Une statistique plus complète, plus précise, les affirme aujourd'hui avec une autorité indéniable. Depuis le 26 octobre 1885, il est scientifiquement démontré que la méthode de prophylaxie due aux persévérantes recherches de M. Pasteur est tout à la fois inoffensive et efficace. Personne n'a jamais osé contester son innocuité. Il est donc inutile d'insister en rappelant que jamais aucun accident d'aucune nature n'a été constaté à la suite de ces inoculations pratiquées avec tant de soin et de prudence. Quant à son efficacité, M. Pasteur la démontre en rappelant que dans les cinq dernières années, 60 cas de morts à la suite de morsure rabique avaient été officiellement constatés par M. Dujardin-Beaumetz ; qu'il y en avait eu 21 l'année dernière et que, depuis le 1er novembre 1885, il n'est mort de la rage, dans les hôpitaux de Paris, que deux personnes *non inoculées* et une troisième qui l'avait été à un degré reconnu depuis insuffisant ; 2° que plusieurs observations d'une authenticité indiscutable prouvent qu'un même chien ayant mordu diverses personnes, celles qui se sont soumises à la vaccination antirabique ont été épargnées, tandis que celles qui ont négligé cette méthode de traitement prophylactique ont succombé ; 3° que de nouvelles expériences montrent aujourd'hui l'efficacité absolue des inoculations antirabiques, pratiquées très rapidement et avec un liquide d'une virulence suffisante, chez des chiens préalablement inoculés par trépanation.

Mais les travaux de M. Pasteur nous apprennent de plus que, pour agir avec certitude, il convient d'instituer un traitement très actif et très énergique dans les cas où les morsures sont plus profondes, dans les cas surtout où elles siègent à la face. On lira au *Bulletin de l'Académie*, dans l'exposé *in extenso* des dernières découvertes de M. Pasteur, ce qu'il dit de la nécessité d'agir de la sorte et nous ne pensons pas qu'il se trouve un médecin pour le blâmer de n'avoir pas expérimenté, dès le premier jour, dans ses inoculations sur l'homme, les liquides très virulents qu'il conseille aujourd'hui. Ce qu'il convient, au contraire, de louer sans

FEUILLETON

Lettres médicales.

Les projets de loi médicaux. — L'inspection médicale des écoles. — L'assistance médicale. — L'exercice de la médecine. — L'enseignement spécial et les études médicales. — La reconnaissance publique envers les médecins. — La future épitaphe de Ricord.

Il est bien souvent question en ce moment du corps médical dans ces fameuses sphères gouvernementales et administratives, où toutes choses ont tant de peine à suivre la ligne droite. Voici que cette semaine la nouvelle loi sur l'organisation de l'enseignement primaire a spécifié, dans son article 9, que les écoles seraient surveillées, au point de vue médical, par des médecins inspecteurs communaux ou départementaux ; au Sénat, la réforme de la législation sur le régime des aliénés va entrer dans quelques jours en discussion ; à la Chambre des députés, plusieurs propositions de loi récemment déposées ont pour but soit des modifications dans les conditions d'exercice de l'art de guérir, soit des attributions plus étendues en matière d'hygiène et de salubrité, etc., etc. On se croirait revenu aux premiers jours de l'Assemblée nationale, alors que la réunion extra-parlementaire des médecins législateurs s'efforçait d'utiliser tout au moins sa bonne volonté en faveur des revendications du corps médical depuis longtemps déjà méconnues. Ce n'est pas à dire qu'il faille attendre de tous ces projets beaucoup de résultats ; aujourd'hui comme autrefois, les médecins sont tenus à une patience toute professionnelle.

Voilà bientôt dix ans qu'elle a cessé de vivre cette réunion des médecins législateurs, dont on espéra plus de succès qu'elle n'en put obtenir. Il y avait à cette époque vingt et un médecins au Parlement ; le regretté Laussedat s'empressa de les grouper ; il ne cessait d'engager chacun d'eux à faire connaître les réformes pour lesquelles il avait bien dû faire quelque promesse au cours de la lutte électorale ; il mettait à

réserve, c'est cette prudence dans l'intervention *médicale*, qui progresse en s'appuyant sur une série d'expériences lentement mais progressivement concluantes.

Il y a près d'un siècle, lorsque Jenner inoculait comme préservatif de la variole du cowpox accidentellement inoculé à la main d'une vachère, quelques observations relativement assez vagues et cette sorte d'intuition qui engendre l'idée expérimentale l'avaient seules conduit au but. C'était là de l'empirisme. M. Pasteur a procédé tout autrement. Point ne nous est besoin de rappeler toute la série de recherches qui l'ont guidé et lui ont permis d'essayer sur l'homme une méthode qui avait, chez les animaux, donné de si remarquables résultats. En modifiant ses expériences, M. Pasteur a provoqué les observations. Il n'a pas attendu que les phénomènes se produisent sous ses yeux; il les a fait naître en variant ses procédés de recherche et les résultats qu'il livre aujourd'hui à l'appréciation des savants de tous les pays montrent bien qu'il ne s'agit plus ici d'empirisme, mais bien d'une méthode expérimentale scientifiquement et rationnellement établie.

Ce sont donc là des faits. Nous les enregistrons, mais il serait aujourd'hui bien difficile de les interpréter rationnellement. La question de doctrine est, en effet, bien plus délicate à résoudre. La tradition médicale nous apprend que, lorsqu'il s'agit de maladies virulentes, l'immunité ne s'acquiert qu'après un temps plus ou moins long; que l'on ne voit pas un virus, quelle que soit son activité, impressionner l'organisme en vingt-quatre ou trente-six heures, de façon à le rendre inapte à l'action exercée par un virus plus virulent. La clinique nous montre que, durant la période d'incubation d'une maladie virulente, c'est en vain que l'on cherche à neutraliser les germes morbides. Les faits produits par M. Pasteur vont dès lors à l'encontre des doctrines traditionnelles. Mais n'est-ce point le cas de répéter que les faits doivent précéder les doctrines et que celles-ci ne sauraient demeurer debout si des observations rigoureusement établies démontrent qu'elles sont erronées?

— Dans la même séance, l'Académie des sciences a écouté avec intérêt une communication sur l'hématoscopie (méthode nouvelle d'analyse du sang basée sur l'emploi du spectroscope. Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* connaissent déjà une partie de ce travail qu'il ne nous appartient pas de louer, et dont les conclusions théoriques et pratiques seront successivement développées, ici même, par notre collaborateur, M. Hénocque.

CLINIQUE MÉDICALE

Épidémie de famille de fièvre typhoïde (cinq malades). Considérations cliniques et recherches bactériologiques (1), par MM. L. DREYFUS-BRISAC, médecin, et F. WIDAL, interne à l'hôpital Tenon.

Le 9 octobre dernier, on amenait dans notre service, à l'hôpital Tenon quatre malades de la même famille, atteints tous de fièvre typhoïde : le père âgé de cinquante-trois ans, la mère âgée de cinquante ans, et deux fils, l'un de trente, l'autre de dix-sept ans. Trois membres de cette famille restaient encore à leur domicile commun, mais, dès le lendemain, la plus jeune fille, âgée de treize ans, tombait brusquement malade; au bout de quarante-huit heures, elle était envoyée à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. de Beurmann, où l'on constatait chez elle une dothiénentérie très nette. Il n'y a donc eu d'indemnes que deux personnes, une jeune fille de vingt ans, et la femme du fils aîné, âgée de vingt-cinq ans, qui n'ont pas, que nous sachions, subi les atteintes du mal.

L'évolution simultanée, mais différente à beaucoup d'égards de la fièvre typhoïde chez nos cinq malades — en y comprenant la fillette, dont nous devons l'observation à la complaisance de M. Hillmand, interne de l'hôpital Trousseau — a offert des particularités dignes d'être notées; en outre, l'un de nous, en collaboration avec M. le docteur Chantemesse, a pu faire à cette occasion des recherches bactériologiques qui nous paraissent avoir un intérêt de premier ordre.

C'est donc à deux points de vue — clinique et bactériologie de la fièvre typhoïde — que nous étudierons successivement cette petite épidémie de famille.

I

Et d'abord quels sont les antécédents de nos malades? Il y a deux ans seulement, cette famille a quitté la campagne pour se fixer à Paris; la santé générale avait toujours été excellente, les enfants n'avaient eu que des indispositions banales du premier âge.

Le père seul dit avoir eu, il y a vingt-cinq ans, une maladie caractérisée par de la diarrhée, de la céphalalgie et de la fièvre, qui aurait duré deux ou trois septénaires, qu'un

(1) Les recherches bactériologiques dont les résultats sont relatés dans ce travail, ont été faites par M. le docteur Chantemesse, médecin des hôpitaux, et M. Widal, et seront reprises par eux dans un mémoire en voie de publication.

---

l'étude diverses propositions de loi, et se préoccupa jusqu'au dernier jour de sa vie de l'amélioration du sort du médecin de campagne aussi bien que de la considération légitime et de la dignité de la profession du corps tout entier. Mais bientôt, par lassitude, par ignorance ou par indifférence, la réunion ne compta plus que trois membres assidus aux réunions du mercredi dans la salle des conférences du boulevard des Capucines; malgré les appels et les efforts de Laussedat, il fallut abandonner les espoirs longuement caressés, les projets soigneusement élaborés. Deux fois, à ce moment, les médecins venaient d'intervenir dans les discussions du Parlement, et l'on avait aussitôt senti l'impression d'une sorte de défiance occulte à leur égard; c'était à propos de la loi sur les hôpitaux militarisés, dans les débats de laquelle Laussedat montra tant de ténacité et de distinction, et à propos de l'assistance médicale dans les campagnes, où certains députés crurent devoir se tailler un succès en renouvelant de Molière, sinon des Grecs, les plaisanteries classiques à l'égard des médecins. Le ministre de l'intérieur, et après lui le ministre des finances, voyant à un certain moment que la loi proposée à cet effet, et dont ils redoutaient les conséquences budgétaires, allait être adoptée, vinrent aussitôt soutenir qu'en affectant comme on le demandait un centime additionnel spécial à l'organisation de l'assistance, on risquerait d'épuiser le crédit de l'Etat pour des dépenses d'une urgence plus absolue. Et depuis cette époque, faute d'une loi précise, la mortalité n'a cessé d'être en France à un taux assez élevé, d'autant plus important à considérer que notre natalité est excessivement faible. L'échec de cette loi arrêta toute nouvelle tentative des médecins députés, jusqu'au jour où M. Liouville déposa sur la vaccination obligatoire un projet qui n'a pas abouti définitivement malgré une première délibération favorable; il reste au moins la loi sur la protection des enfants du premier âge, que M. Théophile Roussel réussit, en 1874, à faire adopter, à force d'énergie, de bonne volonté et de persuasive éloquence.

médecin aurait reconnue pour un commencement de fièvre typhoïde et qui aurait été guérie par une saignée.

Pendant près de deux ans le séjour de Paris a été bien supporté par la famille, qui, grâce au travail de plusieurs de ses membres, se trouvait dans des conditions de bien-être relatif. Mais depuis le mois de juillet dernier, le travail manqua complètement et malgré des efforts désespérés que la mère nous raconte avec une profonde émotion, les plus grandes privations lui furent imposées. Tous vécurent dans des chambres étroites, mal aérées, avec une nourriture absolument insuffisante et de très mauvaise qualité et surtout ne buvant plus guère que de l'eau puisée à une borne-fontaine voisine de leur domicile.

C'est dans ces conditions que le père et la mère tombèrent malades, le même jour, 28 septembre. Le 4 octobre, le fils aîné prenait le lit; le 6, c'était le tour du cadet; le 10, enfin, de la plus jeune fille.

Voici maintenant la relation succincte de ces cinq cas où nous n'insisterons que sur les particularités qui les ont différenciés et sur les faits cliniques qui permettront au lecteur de se rendre compte, dans la mesure du possible, de la physionomie qu'a présentée la maladie chez chacun de nos typhoïdiques.

Disons aussi que nos quatre malades ont été soumis au même traitement : légers purgatifs de temps en temps, potion cordiale ou potion de Tood, suivant l'intensité des phénomènes adynamiques, boissons abondantes.

I. *Observation du père.* — Début par céphalalgie très intense, courbature, prostration des forces, douleurs abdominales, constipation opiniâtre, bourdonnements d'oreilles; pas d'épistaxis; au bout de quatre jours le malade se couche; après huit jours de lit il se décide à entrer à l'hôpital.

Le malade n'a, à notre examen, aucun signe probant de fièvre typhoïde; son aspect est celui d'un individu fatigué, mais nullement d'un typhique; décubitus latéral; pas de ballonnement du ventre, pas de gargouillement de la fosse iliaque, pas de taches rosées; constipation assez rebelle. Langue blanche étalée, saburrale, telle qu'on l'observe dans les états catarrhaux. Rien dans la poitrine, ni au cœur, ni dans les urines. Intelligence intacte.

T. 38°,6, le soir de l'entrée, 38°,7 le lendemain matin.

Les jours suivants pas de modifications appréciables; la température est le soir de 40 degrés à 39°,7; le matin, de 38°,7 à 38°,9. Le 13 seulement, les urines présentent les caractères de la dothiénentérie (indican, traces d'albumine).

A partir du 16 octobre, la température descend progressivement en escalier; le 17, on constate une diarrhée jaunâtre, qui persiste, sans devenir très abondante jusqu'au 21. A ce moment la température s'approche de la normale; la convalescence s'établit le 24 et on commence à nourrir le 26 octobre. Le 28, on donne une côtelette; le soir, fièvre à 39 degrés et depuis cette époque continue un léger mouvement fébrile sans atteinte sérieuse de l'état général.

II. *Observation de la mère.* — Comme chez son mari, début par céphalalgie, courbature, douleurs diffuses; mais de plus épistaxis continuelles, diarrhée (trois ou quatre selles par jour). Elle a traîné ainsi chez elle, fébricitante, jusqu'à son entrée au douzième jour. A ce moment elle a encore moins l'aspect typhique que son mari; elle ne se plaint que d'anorexie, de fatigue et de diarrhée (selles jaunes), dort assez bien. La langue est blanche; aucun signe net de fièvre typhoïde. Urines normales. Températures très variables, oscillant de 37 à 39 degrés. Le 17, la température est plus élevée, 38 degrés le matin, 39°,4 le soir. De plus, le 18, elle mange en cachette un biscuit et du chocolat; le soir, elle est prise d'un frisson.

A partir de ce moment, le tableau change: décubitus dorsal, avec aspect typhique, surdité, subdelirium. Diarrhée très abondante (dix à douze selles par jour). Hypertrophie de la rate. Taches rosées très nombreuses. Sibilances dans toute la hauteur des deux poumons. Température en plateau aux environs de 40 degrés. Le 25, légère épistaxis; le 26, légère hémorrhagie intestinale; le 27, petite épistaxis. Toujours le même aspect typhique. Eruption de plus en plus abondante de taches rosées. Langue sèche. Dyspnée. Pouls à 140. Température entre 39 et 40 degrés. Les accidents s'atténuent progressivement à partir du 30 et depuis le 1er novembre la température est aux environs de 38 degrés.

III. *Observation du fils aîné.* — Entré le septième jour; le lendemain on note tous les caractères d'une fièvre typhoïde adynamique, de moyenne intensité (diarrhée, taches rosées, splénomégalie, ballonnement du ventre, gargouillement de la fosse iliaque, subdelirium). Urines très albumineuses et chargées d'indican jusqu'au vingtième jour. Amélioration manifeste à partir du vingt-quatrième jour, avec grandes oscillations thermiques. A partir du 30 octobre, la température oscille entre 38°,4 et 38 degrés; l'état général est excellent.

IV. *Observation du fils cadet.* — Entré le cinquième jour. Fièvre typhoïde adynamique à caractères très nets (aspect typhique, taches rosées, ballonnement, diarrhée après constipation au cinquième jour, langue blanche au centre, rouge sur les bords, décubitus dorsal, subdelirium). Epistaxis répétées le sixième, huitième, neuvième, onzième jour. Température oscillant de 39°,5 à 40°,5 du sixième au onzième jour.

Descente légère du onzième au quinzième jour. Ce jour, défervescence brusque à 36 degrés et depuis convalescence franche, rapide.

Cette fois, c'est le gouvernement lui-même qui vient solliciter l'appui du médecin dans l'intérêt de la santé des enfants admis aux écoles primaires publiques et privées. La loi en pose le principe; c'est au Conseil supérieur de l'instruction publique qu'il appartient d'en assurer l'application. Presque tous les pays de l'Europe ont aujourd'hui organisé l'inspection médicale de leurs écoles; il aura bien fallu quarante années au moins de réclamations pour y parvenir en France, et encore, chez nous, cette inspection n'est-elle que nominale. Non pas qu'on n'en puisse trouver des rudiments dans quelques-unes de nos grandes villes; mais partout elle est exercée dans des conditions tellement insuffisantes, qu'on peut se demander si la direction que la loi vient d'en confier aux conseils départementaux de l'enseignement primaire suffira à en assurer le fonctionnement, alors que les conseils et autorités sanitaires en resteront exclus.

Il n'en serait pas de même, vous le savez, cher confrère, si tout ce qui concerne la santé publique était concentré dans les mêmes mains, et si l'on accordait aux médecins qui veulent faire de l'hygiène une étude spéciale des émoluments suffisants pour exiger d'eux un service régulier et exclusif. Il ne vous a pas échappé qu'on créait à chaque instant des places nouvelles pour surveiller la salubrité et la santé de telle ou telle catégorie sociale, tout en n'octroyant pour cette mission que des sommes assez dérisoires pour en bannir toute considération et tout attrait. Il est ainsi dépensé près de six millions chaque année, en France, sans qu'on en puisse espérer des résultats bien apparents.

La loi que M. le ministre du commerce vient de présenter à son tour à l'adoption des Chambres législatives, loi qui concerne l'exercice de la médecine, soulève une foule de questions dont il a été trop souvent parlé à l'étage supérieur de ce journal pour qu'il soit besoin d'insister de nouveau au rez-de-chaussée. Vous n'avez pas oublié qu'elle a, en particulier, pour objet de réglementer l'art de guérir, de façon à

V. *Observation de la fillette.* — Début brusque le 10 octobre par vomissements. Epistaxis le 11. Entrée à l'hôpital Trousseau le 12. Fièvre typhoïde très nette, à oscillations thermiques très accentuées, sans plateau. Apyrexie le 23, treize jours après le début. Convalescence rapide.

De la comparaison de ces cinq observations découlent quelques notions intéressantes.

Ce n'est pas cependant que tout soit clair dans cette histoire. Et, d'abord, si, comme nous le verrons, c'est à l'usage d'une eau chargée de principes morbifiques que doit être certainement imputée la maladie chez les parents, comment en faut-il expliquer la genèse chez les enfants atteints plusieurs jours après eux? Les premiers ont-ils créé un foyer d'infection, dont les seconds auraient été victimes, ou ceux-ci ont-ils été directement contaminés par l'action de l'eau typhogène? Nous ne saurions nous prononcer à cet égard; mais, quoique convaincus du peu de contagiosité de la fièvre typhoïde, nous devons reconnaître que dans cette famille, entassée dans des chambres mal aérées, tout se prêtait à une contagion directe et que la marche en quelque sorte en deux temps de cette petite épidémie plaide également en faveur de cette hypothèse. En tous cas relevons en passant un fait curieux, c'est que l'invasion a été d'autant plus tardive que les sujets étaient plus jeunes. Six jours après les parents, le fils aîné est atteint; deux jours plus tard le cadet; la fillette la dernière.

En second lieu, il est regrettable que nous n'ayons pu observer les parents qu'à une époque assez éloignée du début de leur maladie. Cependant c'est au commencement du second septénaire qu'ils nous sont arrivés, comme cela se voit bien souvent dans les affections à invasion lente, et il est peu vraisemblable, vu l'absence de tout phénomène général sérieux à ce moment, que des incidents pathologiques importants aient passé méconnus.

Sous ces réserves, quelle dissemblance dans l'évolution de la maladie suivant les âges!

Pour parler d'abord du début, autant il a été insidieux chez les parents, autant il a été rapide chez les fils, brusque, presque foudroyant chez la petite fille. Lorsque le 9 octobre nous examinâmes successivement nos quatre malades, on ne put pour le père et la mère arrivés au douzième jour que poser le diagnostic d'embarras gastrique suspect; pour le fils aîné, malade depuis sept jours, celui de fièvre typhoïde probable, tandis que pour le plus jeune, atteint depuis cinq jours seulement, le doute n'était plus possible. Quant à la petite fille, après trois jours, on était fixé sur la nature de son mal.

Les divergences ne sont pas moins accusées en ce qui concerne l'évolution générale de la maladie; chez la fillette, apparition des phénomènes caractéristiques au bout de deux jours, marche rapide, guérison complète à la fin de la seconde semaine. Chez l'adolescent, invasion un peu moins brutale, envahissement presque aussi brusque de l'économie, avec réactions plus intenses, si bien que la maladie se juge au treizième jour et que presque aussitôt s'établit la convalescence des plus franches, des plus rapides. Déjà chez le fils aîné l'évolution morbide, tout en restant bien nette, a des allures plus calmes : invasion, période d'état, défervescence, convalescence, se succèdent sans secousses, sans une atteinte en apparence aussi accentuée de l'économie, mais aussi sans un retour aussi prompt, aussi franc à l'état de santé. Enfin, chez les parents, arrivés aux confins de la vieillesse ou plutôt vieillis avant l'âge par les privations, malgré leur robuste constitution, le processus morbide se fait à bas bruit. Il semble que l'économie soit lentement envahie par le poison et son action ne s'affirme — abstraction faite de la rechute qui eut lieu chez la mère à la suite d'une imprudence — par aucun phénomène caractéristique. Toute l'évolution est extrêmement torpide; la réaction de convalescence est également faible et celle-ci ne s'établit qu'avec une grande difficulté.

Chez l'un et l'autre des parents on n'eût pu, sans les commémoratifs, établir d'une façon certaine le diagnostic, et leur observation prouve une fois de plus combien les allures de la fièvre typhoïde peuvent être insidieuses, et combien souvent, surtout aux deux extrêmes de la vie, il doit arriver qu'elle reste méconnue. C'est que nous sommes encore à trouver un phénomène pathognomonique de la maladie, sauf peut-être les taches rosées qui si souvent font défaut ou restent problématiques. Sera-t-on plus heureux en employant une méthode qui s'inspire des tendances actuelles de la science? Il est, ce semble, permis de le croire, d'après les données fournies par l'enquête bactériologique dont il nous reste à rapporter les résultats.

II

Cette épidémie locale, dont l'histoire est si précise, a pu en effet fournir des documents précieux, pour servir à des recherches entreprises par M. Chantemesse et l'un de nous sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

---

réprimer plus sérieusement que par le passé l'exercice illégal, et qu'elle maintient l'officiat, malgré les réclamations qu'on n'a cessé depuis de longues années d'adresser contre celui-ci, peut-être même à cause de l'exagération de ces réclamations. C'est qu'il en est dans cette question comme pour bien d'autres; il ne suffit pas de détruire, il faut pouvoir remplacer ce que l'on a supprimé. Mais voici qu'on parle maintenant d'une mesure qui suffirait à elle seule pour supprimer dans l'avenir, un grand nombre d'officiers de santé; il est en effet question de décider que le baccalauréat du nouvel enseignement secondaire, plus communément appelé enseignement français, puisse être assimilé aux baccalauréats anciens pour l'admission aux études médicales. Or, l'on sait que l'une des causes les plus importantes, sinon la principale de la diminution graduelle des officiers de santé, et par suite du nombre total des praticiens, provient de la nécessité d'obtenir le baccalauréat ès lettres avant toute inscription pour le doctorat, si bien que dans les départements industriels et agricoles, où l'enseignement classique est souvent abandonné par les jeunes gens, le nombre des candidats au doctorat diminue de plus en plus. Si donc le diplôme du nouvel enseignement devait être assimilé, pour l'étude de la médecine, aux autres baccalauréats, comme il l'est déjà pour un grand nombre d'emplois, pour les officiers, les ingénieurs, les fonctionnaires des différents servires administratifs, l'officiat serait facilement abandonné pour le doctorat en médecine. Comme cet enseignement diffère essentiellement de l'enseignement classique par la suppression de l'étude des langues grecque et latine et son remplacement par la connaissance des langues étrangères contemporaines, il reste à se demander s'il suffit pour préparer à la médecine. « Faut-il moins de connaissances, moins d'ouverture d'esprit, une moindre éducation intellectuelle pour diriger une armée, pour enseigner les plus hautes découvertes de la science, pour administrer, que pour soigner des malades, pour plaider devant les tribunaux ou pour rendre la justice? Est-il, dans un cas plus que dans

Dans le cas particulier, le bacille d'Eberth et de Gafky a été retrouvé avec tous ses caractères dans le sang de la rate de l'un de nos malades et dans l'eau que buvait toute la famille.

Pour trouver sur le vivant le bacille de la fièvre typhoïde, il a été procédé de la façon suivante : après avoir désinfecté avec grand soin la région splénique, suivant la méthode ordinaire, par lavage au savon, sublimé et éther, une ponction fut faite, avec un trocart de très petit calibre scrupuleusement stérilisé à la flamme, dans la rate hypertrophiée, dont la situation était facilement appréciable à la percussion.

Les quelques gouttes de sang retirées furent immédiatement inoculées suivant une strie longitudinale sur des tubes de gélatine peptone à surface inclinée. Au bout de trois jours, autour de la traînée de sang inoculée, sur cette gélatine laissée à la température ordinaire (15 à 16 degrés environ), commencèrent à apparaître de petites taches bleuâtres, nacrées, transparentes, circulaires et à bords déchiquetés. Ces petites colonies minces étaient formées de petits bacilles très mobiles, arrondis aux extrémités, trois fois plus longs que larges environ. Sur des plaques de gélatine ensemencées avec ce bacille, suivant le procédé de Koch, apparurent de petites colonies minces, pelliculaires, qui, examinées dans leur ensemble à un faible grossissement, présentaient une figure en torsade, un aspect d'intestin grêle enroulé sur lui-même, qui est déjà presque à lui seul caractéristique du bacille de la fièvre typhoïde. Les ensemencements sur la pomme de terre donnèrent des cultures à peine appréciables à l'œil nu par une traînée humide au point inoculé, mais très riches en micro-organismes, plus volumineux que sur la gélatine et dont quelques-unes seulement présentaient, après coloration au violet d'aniline, l'espace clair central décrit par Artaud. Des inoculations furent faites également sur l'agar et sur le sérum sanguin. Or, aussi bien par sa morphologie que par sa façon de coloniser sur ces différents terrains de culture, notre bâtonnet présenta tous les caractères dont l'ensemble permet de diagnostiquer sûrement le bacille de la fièvre typhoïde.

Ainsi, dès les premiers jours, grâce seulement à quelques expériences de laboratoire, il nous aurait été permis d'affirmer de la façon la plus certaine la fièvre typhoïde chez nos malades, si l'évolution clinique avait pu laisser persister le doute. Ajoutons que la ponction de la rate pratiquée à l'aide d'un trocart de très faible calibre, avec les précautions antiseptiques que nous avons indiquées, n'est ni plus douloureuse, ni plus dangereuse qu'une ponction faite dans la plèvre avec une seringue de Pravaz. M. Chantemesse a obtenu des résultats identiques aux nôtres sur un typhique de son service, à l'hôpital Saint-Antoine, à l'époque même où nous pratiquions cette ponction de rate à l'hôpital Tenon.

Nous avons dit que, dans l'eau bue par nos malades, avait été retrouvé le même bacille que dans le sang tiré de la rate de l'un d'eux. Dans la relation de leurs misères, ces malheureux insistaient, en effet, sur la privation de vin qu'ils avaient eu à subir ; ils ne prenaient plus depuis quelques semaines que de l'eau puisée à une fontaine de Ménilmontant, où la fièvre typhoïde règne depuis deux mois environ. L'eau de cette fontaine fut recueillie à plusieurs jours d'intervalle dans des vases stérilisés et ensemencée sur des plaques de gélatine. Après une série de patientes recherches, entreprises avec M. Chantemesse au laboratoire de bactériologie de la Faculté, au milieu des colonies si diverses fournies par les microbes de l'eau, une ou deux colonies caractéristiques du bacille typhique purent être découvertes sur quelques plaques. Les bacilles provenant de ces quelques colonies, examinés au microscope après coloration au violet d'aniline, ensemencés d'autre part sur bouillon simple, gélatine, agar et pomme de terre, firent leur preuve aussi bien par leur morphologie que par leur façon de cultiver. Nous étions donc bien en droit d'affirmer que le micro-organisme trouvé dans le sang de la rate de l'un de nos malades vivants était le même que celui trouvé dans l'eau bue par toute la famille; nous pourrions affirmer aussi que ce même micro-organisme possédait tous les caractères attribués par Eberth et Gafky au bacille pathogène de la fièvre typhoïde.

Nous nous contentons aujourd'hui de signaler cette double constatation, dont l'importance peut être si grande pour l'étiologie de la fièvre typhoïde, M. Chantemesse et l'un de nous se réservant de revenir sur cette question longuement et avec des documents nouveaux dans un prochain travail.

---

l'autre, indispensable de savoir le grec et le latin?... Si l'on prétend que l'on ne peut, sans savoir ces langues, faire de bonnes études médicales, puisque la plupart des maladies portent des noms dérivés du grec, alors bien peu des étudiants en médecine seraient capables aujourd'hui de faire des études médicales sérieuses; il importe beaucoup plus de connaître les symptômes et la marche d'une maladie et les remèdes par lesquels il faut la traiter ; ces étymologies, si l'on est curieux de les connaître, se trouvent dans quantité de dictionnaires; enfin, la langue grecque joue un rôle pour le moins aussi considérable dans la chimie que dans la médecine, et cependant on peut être un excellent chimiste sans savoir le grec, et tout le monde en convient, puisqu'un bachelier de l'enseignement spécial peut se présenter à la licence ès sciences. »

C'est en ces termes qu'un brillant polémiste, qui n'est ni médecin ni homme de science, mais littérateur et même excellent pédagogue, M. Charles Bigot, tient à prendre fait et cause pour cette nouvelle réforme. « Etudiants en médecine, ajoute-t-il, c'est la science moderne qu'ils ont besoin de connaître et de s'assimiler. C'est là ce qui leur sert directement pour l'exercice de leur profession ; c'est dans le degré où ils possèdent cette science qu'ils sont des hommes utiles. Ils le savent si bien qu'ils n'ont, en général, rien de plus pressé que d'oublier de leur mieux ce qu'ils ont pu, au collège, apprendre de grec et de latin. Une bonne culture, tout à la fois littéraire et scientifique, qui développe en tous sens leur intelligence, qui les prépare à recevoir avec profit l'instruction supérieure et professionnelle, qui les mette en état de lire les publications, non seulement françaises, mais encore anglaises et allemandes et de se tenir au courant de toutes les découvertes et de tous les progrès ; voilà ce que doit leur offrir l'enseignement secondaire, et ils trouveront cette préparation dans l'enseignement nouveau, qu'on l'appelle spécial ou non, au moins aussi bien que dans le vieil enseignement classique. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

NOTE SUR LE FACIES MYOPATHIQUE ET SA VALEUR DANS LA SÉMIOTIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE; à propos de la présentation faite de malades et de photographies (Société des hôpitaux, séance du 22 octobre), par M. LANDOUZY, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Je mets sous les yeux des membres de la Société médicale des hôpitaux un groupe de malades et une série de photographies que les hasards de la clinique m'ont, en ces derniers temps, permis de réunir. Les six malades que je présente (aussi bien les trois que j'ai pu amener que ceux dont je communique d'excellentes photographies) (1), sont, à des degrés divers, atteints d'atrophie musculaire progressive avec atrophie des muscles de la face. Cette dernière particularité donne à tous ces malades un air de famille et de ressemblance appréciable même à un premier et rapide examen.

Cet air de famille, mes malades le doivent à un masque spécial, à un ensemble de traits singuliers, à une physionomie toute particulière qui méritent d'être décrits et connus sous le nom de *facies myopathique*.

Ce facies n'a ni dans la séméiotique de l'enfant, ni dans la séméiotique de l'adulte, la place importante qu'il mérite, et cela en dépit de la valeur que lui avait donnée Duchenne (de Boulogne), qui l'a, en partie au moins, décrit et figuré il y a longtemps déjà (2).

Le facies myopathique doit avoir sa place marquée en séméiologie, non seulement comme caractérisant l'atrophie des muscles de l'expression, mais encore comme dénonçant, dans le passé, dans le présent ou dans l'avenir, une affection musculaire diffusante et progressive, existant déjà ou à la veille de se déclarer.

Ce facies assez spécial pour être vu, compris et interprété par tout médecin averti — qui a regardé, soit des myopathiques, soit des portraits de myopathiques, — n'est pourtant pas assez éclatant pour *crever les yeux*, pour s'imposer, pour fixer et retenir d'emblée l'attention. J'ai pu souvent me convaincre de cela, tant à Tenon qu'actuellement dans le service de clinique de la Charité, où j'ai maintes fois montré, soit à de mes collègues, soit à des candidats au Bureau central, les malades que je présente aujourd'hui.

Si originale qu'elle soit, la physionomie des myopathiques, ignorée le plus souvent des malades et de leur famille, reste lettre morte pour le médecin; et pourtant, elle devient toute une révélation pour qui en a bien saisi et reconnu les caractères une fois pour toutes.

Prise dans son ensemble, la physionomie des myopathiques paraît étrange, bizarre, inerte, froide, chagrine et un peu niaise.

La bouche est élargie; les lèvres, légèrement écartées, presque toujours asymétriques, paraissent grosses, saillantes. Parfois la lèvre inférieure (tantôt dans sa totalité, tantôt dans une moitié seulement, comme c'est le cas de G...) paraît tombante, abaissée, presque retournée, mettant à découvert une partie de la muqueuse, et cela sans que pourtant il s'agisse d'un état hypertrophique, car le compas d'épaisseur ne trahit pas d'augmentation de volume.

Le front, d'un poli d'ivoire, est remarquablement lisse; c'est à peine, même chez G..., qui a trente-cinq ans, si quelques rides s'y dessinent.

Les yeux grands ouverts, autant que l'occlusion incomplète des paupières pendant le sommeil, prêtent aux malades quelque chose de la physionomie des exophthalmiques; le regard, qui paraît déjà un peu singulier par le fait de la grande ouverture palpébrale, le paraît encore plus par ce détail — c'est très appréciable chez quatre de mes malades, — que presque toujours la fente palpébrale est asymétrique.

Déjà reconnaissable, dans l'état de repos et d'immobilité du visage, à l'ensemble des caractères que je viens de dire, le facies myopathique apparaît bien autrement saisissant, original et personnel dans les jeux de physionomie; il revêt, pour le coup, une manière d'être tellement spéciale et typique, que le diagnostic ne saurait plus demeurer hésitant pour tout médecin un tant soit peu observateur.

C'est ainsi que, s'il a fallu quelque attention pour surprendre, au calme et au repos, la singularité, l'asymétrie et l'atonie des traits des malades, on ne peut vraiment plus, dès qu'on sollicite ou provoque des efforts de mimique, s'empêcher d'être frappé de l'éclatante bizarrerie de la physionomie.

La bouche, déjà étrange au repos, le devient tout à fait dès que le malade parle. La fente buccale s'élargit alors démesurément plutôt qu'elle ne s'ouvre: en même temps la lèvre inférieure, en retrait, se met sur un plan postérieur par rapport à la lèvre supérieure proéminente. Cette étrangeté de la bouche, qui s'accentue quand le malade prononce des consonnes, surtout des labiales, lui donne un parler triste et *bébête*. C'est bien autre chose encore quand l'atrophique essaye en vain de siffler, de faire la moue, de cracher, de souffler une bougie, de rire ou de faire le simulacre de baiser; c'est alors qu'apparaît dans toute son intensité l'altération de l'orbiculaire des lèvres. La manière de rire, surtout, en dit assez long sur ce point; au lieu de rire fran-

(1) Ces photographies ont été faites au laboratoire des cliniques de la Charité par M. Fouchel, dont l'habileté n'a d'égale que la complaisance.

(2) Duchenne, *De l'électrisation localisée*, 3e édition, 1872.

J'extrais cette citation d'une revue littéraire très répandue, où j'ai été quelque peu étonné de la trouver, alors que nos journaux de médecine n'ont pas encore eu le loisir de s'occuper de la question très importante qu'elle soulève. Elle mériterait d'y être examinée avec soin, car elle touche à l'une des difficultés les plus graves qu'ait à subir aujourd'hui la profession médicale. L'un des collaborateurs de la *Gazette* a en effet signalé, ici même, il y a quelque mois, d'après des relevés statistiques qu'il venait de présenter avec M. Brouardel au Comité consultatif d'hygiène publique de France, la pénurie de plus en plus grande des praticiens en France, surtout dans les campagnes. Il n'est donc pas indifférent de rechercher tous les moyens de rendre les études médicales de plus en plus accessibles. Voici un nouvel enseignement organisé; il confère un diplôme de baccalauréat spécial; toute la question est de savoir si ses programmes répondent aux exigences qu'on est en droit de réclamer pour l'inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine. Pareille alternative s'est déjà présentée lorsque la bifurcation a été établie entre les études littéraires et les études scientifiques dans les collèges et qu'on a été amené à délivrer des diplômes de baccalauréat ès lettres, de baccalauréat ès sciences et même de baccalauréat ès sciences restreint; l'on a sagement pensé à cette époque que le docteur en médecine devait avoir des connaissances littéraires suffisantes et que l'enseignement purement scientifique ne pouvait, dans la très grande majorité des cas, constituer la seule préparation à ses études d'ordres si divers. La question est un peu différente aujourd'hui; l'enseignement nouveau constitue une sorte de compromis entre l'enseignement classique ancien et les exigences actuelles. Au lieu de passer plusieurs années à examiner le mécanisme des langues anciennes, en ne parvenant à le rendre pratique que pour une faible minorité des écoliers, on prétendrait initier ceux-ci à la littérature ancienne aussi bien qu'à la littérature contemporaine et utiliser le temps ainsi économisé pour apprendre les langues étrangères modernes et

chement, toutes lèvres déployées et toutes dents dehors, au lieu de rire *en haut* et gaiement, le malade rit en long, *en travers* et en bas, il rit *triste*, par élargissement de la fente buccale, par ses buccinateurs et non par ses muscles élévateurs. Le rire apparaît d'autant plus triste et bêta que les parties hautes du visage ne participent pas à l'égayement de la physionomie.

C'est encore une bien autre affaire quand on demande aux malades de fermer les yeux ; l'occlusion palpébrale n'est pas possible, et au summum des efforts, les paupières laissent toujours apercevoir entre leurs bords une bande de sclérotique de plusieurs millimètres.

Le plus souvent (comme on le voit nettement chez L..., chez H... et chez G...) l'inocclusion est asymétrique, au prorata de l'atrophie inégalement répartie sur les orbiculaires palpébraux. Mêmes étrangetés quand on prie le malade de froncer le sourcil et de rider le front; c'est à peine, en dépit des efforts commandés, si la tête des sourcils peut se rapprocher et si l'aspect lisse et poli du front disparaît.

Ces particularités du *visage supérieur* non décrites par Duchenne ont une importance (1) au moins égale à celle que présentent les singularités du visage *inférieur*, si l'on songe que l'inocclusion palpébrale, pendant la veille et le sommeil, est un fait brut plus facile à constater d'emblée et à mettre en valeur que les modifications snbies par la bouche étudiée inerte ou animée.

Donc la difficulté ou l'impossibilité de se livrer à des jeux de physionomie ou à des efforts de mimique (non par défaut d'innervation des muscles de l'expression, mais par disparition de faisceaux musculaires), en dit long sur l'état des malades et change en absolue certitude ce que l'étrangeté de leur figure avait provoqué de suspicions. Immobile, le masque des malades éveillait par son étrangeté et son atonie l'idée de quelque état morbide ; animé, ce masque, comme par un changement de décors, dénonce avec éclat l'atrophie des muscles faciaux, prélude ou compagne d'une atrophie musculaire diffusante et progressive.

Cette atrophie présente, en son expression symptomatique et dans son évolution, des manières d'être qui sont celles des observations d'atrophie musculaire progressive de l'enfance dont Duchenne (de Boulogne) nous a révélé et le début dans l'enfance par les muscles inférieurs de l'enfance et le caractère héréditaire De cette atrophie nous avons pu, mon collègue Dejerine et moi, déterminer la nature, l'anatomie pathologique nous ayant montré (2) qu'il s'agissait d'une dystrophie essentiellement, primitivement myopathique C'est pourquoi nous donnons au facies de nos malades l'épithète de myopathique, et non celle d'atrophique.

Par le qualicatif myopathique nous disons plus et mieux que par celui d'atrophique, puisque, de la seule constatation de ce facies, nous tirons cette double conclusion : que nos malades sont atrophiques d'abord, que leur atrophie, ensuite, est d'essence et de nature myopathique, la myélopathie n'ayant rien à voir dans leur affaire.

Le facies myopathique est donc de première importance sémiologique; par lui on connaît deux choses : d'abord, l'amyotrophie faciale, ensuite la maladie en train ou à la veille de s'attaquer à tout ou à partie du système musculaire de la vie de relation.

Cela est si vrai, que :

Chez M..., frère de myopathique, dont on voit aujourd'hui l'atrophie étendue au dos, aux épaules et aux bras, le facies myopathique m'a permis d'annoncer la diffusion de l'atrophie six ans à l'avance; chez L... (Julie), dix ans, fille, petite-fille, arrière-petite-fille et sœur de myopathiques atrophiques, le facies m'a fait, dès 1881, annoncer la diffusion atrophique en train, depuis l'an dernier, de gagner les épaules; chez L... (Eugénie), vingt-neuf ans (venue me consulter, non pour elle, mais pour sa mère, dont le système musculaire paraît indemne) le facies m'a dénoncé une atrophie dont le diagnostic a été une révélation pour la malade qui se croyait « les épaules bien faites » et un étonnement pour ses sœurs qui lui avaient toujours « vu la figure comme celle de tout le monde ». L'étonnement n'a pas été moins grand quand j'ai dit à la famille (le père, la mère, trois filles paraissent indemnes d'atrophie) que la figure devait être atteinte depuis l'enfance. Mon diagnostic respectif a été démontré vrai par l'étude d'une photographie de famille dans laquelle Eugénie L... est représentée enfant, avec tous les traits du facies myopathique; chez H... (Auguste), vingt-sept ans, fils et frère de myopathiques, le facies m'a permis d'annoncer d'emblée, dès l'entrée à la Charité, les particularités de nature, d'évolution et de diffusion d'une atrophie dont j'ai pu retrouver les débuts dans une observation et une planche de Duchenne de Boulogne; chez G..., fils et frère de myopathiques, âgé de trente-cinq ans (venu de la Charité consulter pour des palpitations et des douleurs péricardiaques), le facies a permis, non seulement de dénoncer une atrophie déjà étendue au dos, aux épaules, aux bras et aux cuisses, mais encore de dire, par avance, que cette atrophie devait avoir, par son caractère héréditaire, par son début facial, par ses modalités symptomatiques, les allures de la myopathie atrophique progressive. C'est ce qu'a révélé une enquête que je puis dire rigoureuse, car ce

(1) L. Landouzy, *Note sur deux cas d'atrophie musculaire progressive de l'enfance* (Société de biologie, 1875). — L. Landouzy et Dejerine, *De la myopathie atrophique progressive* (Académie des sciences, janvier 1884, et *Revue de médecine*, février, avril 1885).

(2) Académie des sciences, janvier 1884 et *Revue de médecine*, février, avril 1885.

---

augmenter les connaissances scientifiques et techniques.

Aussi ne saurait-on s'étonner qu'on ait pu songer que cet enseignement offrirait de sérieuses garanties pour l'éducation médicale, tout aussi bien que pour les diverses professions dont elle ouvre la porte. Mais la culture intellectuelle et littéraire qui sera la conséquence du nouvel enseignement secondaire spécial offrira-t-elle ces garanties? C'est là ce qui m'inquiète bien un peu. Aussi ne fais-je aujourd'hui que poser la question. L'étude du latin et du grec a pour objet d'habituer l'esprit à modifier, suivant les nécessités d'une traduction souvent difficile, les tours de phrase dont on se sert. Arrivera-t-on à rendre cet exercice intellectuel aussi utile en insistant sur les traductions d'ouvrages anglais et allemands? Les maîtres de l'enseignement spécial seront-ils assez bons pédagogues pour développer l'intelligence de nos futurs confrères aussi bien que le feraient les vieux maîtres de l'enseignement classique? Il importe de le savoir avant de conclure.

Tandis qu'on s'occupe ainsi de nous de divers côtés et que nous paraissons tenir une si grande place dans les préoccupations publiques, l'on se plaît à espérer que notre belle profession mérite quelque reconnaissance et que les hommes n'ont garde d'oublier d'en témoigner publiquement. Quelle place tenons-nous donc dans leur mémoire? Une bien faible à la vérité, si l'on en juge par les pieuses manifestations auxquelles les tristes fêtes de ces derniers jours donnent lieu dans les cimetières parisiens. La foule, en visitant ces cimetières, accourt auprès des tombes des poètes, des artistes, des littérateurs, des grands capitaines et surtout des hommes politiques, qui ont su flatter ses passions; mais presque personne ne s'arrête près de celles des illustres médecins auxquels n'ont pourtant pas manqué, de leur vivant, les protestations d'affection et les remerciements les plus empressés. C'est à peine si leur nom éveille quelque souvenir et tel qui doit la vie au praticien dont il aperçoit la modeste tombe la regarde à peine, tandis que sa curiosité reste longtemps éveillée auprès des fastueux monuments des politiciens, dont il a pu

sont des photographies (1) de famille qui en ont fait les frais.

Toute cette série de photographies se rapportant à la mère et à un jeune frère de G..., aussi bien que des photographies de lui-même faites dans sa jeunesse, dans son adolescence (alors qu'il était enfant de troupe et voltigeur de la garde) et dans son âge d'homme, montrent :

1° Que la mère et le jeune frère, morts aujourd'hui, avaient le facies myopathique ;

2° Que G..., dès son enfance, avait le facies myopathique, et, avant vingt ans, présentait déjà de l'atrophie de l'épaule.

Chez L... (Arthur), dix-sept ans, fils, petit-fils, arrière-petit-fils, frère de sœurs et de frère myopathiques, le facies m'a permis d'annoncer trois années à l'avance une atrophie qu'on voit actuellement gagner les muscles des épaules et du dos.

Je n'exagère donc rien quand, d'après l'étude de ces malades et de ces photographies, je demande que la sémiologie

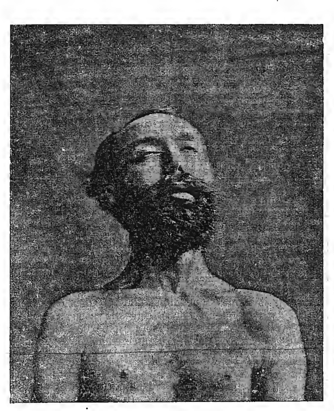


Fig. 1. — G..., trente-cinq ans.

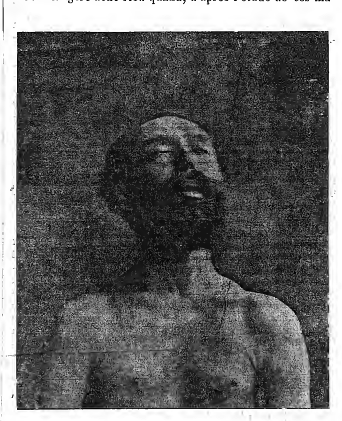


Fig. 2. — G..., trente-cinq ans.

(1) L'intérêt majeur de ces renseignements *écrits* me fait répéter ici ce que je dis souvent à l'hôpital, c'est que nous avons eu tort de ne pas recourir communément, en matière d'enquête d'hérédité, aux albums de famille qui peuvent nous être communiqués. Il y a là pour le médecin qui veut être renseigné sur le caractère, sur le tempérament, sur la constitution, sur la santé et la maladie d'ascendants et de collatéraux, toute une mine d'informations qui n'est pas suffisamment exploitée, d'autant que je n'étonnerai personne en disant, que, plus d'une fois, j'ai surpris dans une photographie des détails et des renseignements que je n'avais pas su voir à l'examen direct des parties. J'estime que la photographie est appelée à rendre en clinique plus de services que nous ne lui en avons encore demandé : la photographie devra être d'un fort appoint dans la constitution des dossiers des familles sans lesquels ne peuvent être faites d'études sérieuses sur l'hérédité physique et psychique.

---

apprécier à leur juste valeur les retentissantes promesses. Ces réflexions nous venaient à l'esprit en parcourant ces jours-ci les récits des journaux politiques sur les visites de la population parisienne dans les grands cimetières de la capitale; nous y voyions noter avec soin les noms des tombes les plus fréquentées; jamais le nom d'un médecin célèbre ne venait sous leur plume. Exception toutefois doit être faite pour le spirituel fondateur de la syphiliographie française. Il nous en voudrait, et avec raison, de prétendre que la nature de ses recherches lui a permis de rendre des services dont la popularité s'impose. Cette attention du public s'explique plutôt par l'ingénieuse précaution qu'il a prise de se rappeler dès maintenant au souvenir de ses contemporains par l'épitaphe que nous reproduisons ci-après. Cette épitaphe que connaissent déjà un grand nombre de médecins a été composée par Ricord lui-même et en la voyant gravée au fronton de son futur monument funéraire au Père-Lachaise, les reporters parisiens n'ont pas manqué de la signaler. Faisons comme eux; une fois n'est pas coutume.

Aux portes de l'éternité,
Quand j'aurai fini ma carrière,
S'il me reste un peu de poussière
De cette triste humanité,
Que le tombeau seul s'en empare
Et que de mon âme il sépare
Cette cause de nos douleurs ;
Car l'âme pure et sans matière
Doit être un rayon de lumière
Que ne troubleront plus les pleurs. (Ricord.)

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 12 novembre). — *Ordre du jour :* M. Albert Robin : Des oxydations organiques et de leur importance au point de vue thérapeutique. — M. Millard : Kyste hydatique du foie guéri par la ponction simple. — M. Roques : Observation de grippe suivie d'épanchement pleural.

de l'enfance et de l'adulte compte avec le facies myopathique : non seulement, le facies myopathique permet de dépister une affection qui, sans sa reconnaissance, menace de passer inaperçue (la chose est arrivée maintes fois, précisément pour les malades mis ici en question) ; non seulement il permet d'annoncer, à plus ou moins brève échéance, une maladie insidieuse, sourde et latente, mais encore il permet



Fig. 3. — H..., vingt-sept ans.

de dire que cette atrophie promet d'être une atrophie d'une nature spéciale, qu'elle sera une myopathie progressivement atrophique.

C'est, comme nous l'avons dit ailleurs déjà, Dejerine et moi (1), faute d'avoir reconnu et accordé au facies chez les atrophiques toute l'importance qu'il mérite, qu'on a cru les observations du type facio-scapulo-huméral des exceptions ou des raretés et qu'on en était arrivé en Allemagne presque à douter de l'existence de l'atrophie musculaire progressive héréditaire de Duchenne!

Il y a, j'en suis convaincu, dans cette rareté des observations une apparence plutôt qu'une réalité : je suis convaincu que la méconnaissance du facies myopathique de l'enfance est pour beaucoup dans la rareté des cas connus. Je crois que plus d'une fois on a dû passer à côté du diagnostic faute d'avoir été averti et prévenu, faute d'avoir pensé à rechercher ou d'avoir su voir les modifications subies par le facies des malades petits ou grands, tant au repos que dans les efforts de mimique. C'est ce qui aurait très bien pu m'arriver, il y a cinq ans, chez L... (Julie), si en présence de l'atrophie musculaire installée dans la famille, je n'avais pas été sollicité à pousser très avant et très soigneusement mon examen. — La preuve que la rareté des atrophies progressives, *avec participation de la face*, doit en partie tenir à la méconnaissance du facies myopathique, c'est que, depuis peu de temps en somme que l'attention a été rappelée et ravivée sur ce point; c'est que, depuis qu'on y regarde mieux et de plus près, les cas d'atrophie du type facio-scapulo-huméral cessent d'être des exceptions. Nous en avons publié l'an dernier six observations Dejerine et moi, en même temps que M. Charcot (1), à la Salpêtrière, en montrait un exemple rapporté et figuré dans le mémoire de MM. Marie et Guinon (2); M. Damaschino (3) possède actuellement deux myopathiques à l'hôpital Laennec, j'en connais trois autres chez de mes collègues; je viens, en moins de deux mois, d'observer trois nouveaux cas que je présente aujourd'hui, ce qui fait au bas mot une quinzaine d'observations relevées en deux ans à Paris, dans onze familles, sans compter le fait publié l'an dernier (4) par Cénas et Douillet, sans compter les faits tout récents étudiés en Allemagne (5) et en Suisse (6).

Je ne doute pas que la connaissance plus complète du facies myopathique permette de continuer à dépister demain des faits qui hier restaient lettre morte. J'estime, si les faits publiés demain sont conformes à tous ceux que nous étudions depuis peu, que le type facio-scapulo-huméral de l'atrophie musculaire progressive, considéré jusqu'à hier comme exceptionnel, sera accepté comme représentant peut-être la forme clinique la moins rare de la dystrophie musculaire. Si les faits à venir confirment, comme je n'en doute pas, cette manière de voir, la myopathie atrophique progressive telle que nous l'avons décrite Dejerine et moi, prendra en clinique, dans la grande famille des atrophies musculaires idiopathiques, tant par sa fréquence relative que par son importance, la première place, celle qu'hier encore accaparaient les atrophies myélopathiques. On peut dire que les amyotrophies neuropathiques n'occuperont plus dans la nosographie qu'une place secondaire, puisqu'elles y tiendront le rôle subalterne d'affections symptomatiques. La clinique et l'anatomie pathologique ne représentent-elles pas désormais les atrophies neuropathiques comme autant d'éléments contingents et accessoires, subordonnés en leurs expressions symptomatologiques et leur évolution, à des adultérations névritiques ou myélitiques (atrophies musculaires diffusantes et progressives, d'infections, de saturnisme, de scléroses combinées, de la maladie de Charcot, etc., etc.)?

(1) *De la myopathie atrophique progressive* (*Revue de médecine*, 1885).

(1) Charcot, *Leçon sur la revision nosographique des atrophies musculaires progressives*, 20 février 1885 (*Progrès médical*, 7 mars 1885, n° 10, p. 180).

(2) Marie et Guinon, *Contribution à l'étude de quelques-unes des formes cliniques de la myopathie progressive primitive* (*Revue de médecine*, octobre 1885).

(3) Communication orale.

(4) *Deux cas de myopathie atrophique type Landouzy-Dejerine, et un cas d'atrophie musculaire type Aran-Duchenne* (*Loire médicale*, nos 7 et 8, 1885).

(5) *Westphal. Ueber einige Falle von progressiven Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskeln* (Berlin, extrait de *Charité-Annalen*).

(6) Ladame, *Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive* (*Revue de médecine*, octobre 1886).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

L'HÉMATOSCOPIE. MÉTHODE NOUVELLE D'ANALYSE DU SANG BASÉE SUR L'EMPLOI DU SPECTROSCOPE. Note de M. *Albert Hénocque*. — L'hématoscopie est une méthode d'analyse spectrale du sang pur, non dilué, tel qu'il est extrait d'une piqûre au doigt, et du sang renfermé dans les tissus; elle comporte deux modes d'examen.

Le premier consiste à déterminer, avec l'hématoscope d'Hénocque, la *quantité d'oxyhémoglobine* contenue dans le sang; le second consiste à examiner avec le spectroscope à vision directe le sang à travers l'ongle du pouce et à compter le temps de la *durée de réduction* de l'oxyhémoglobine.

L'*activité de la réduction* est le rapport qui existe entre la quantité d'oxyhémoglobine et la durée de réduction; on l'évalue en unités d'activité, en calculant le quotient de la quantité d'oxyhémoglobine par la durée de la réduction et le multipliant par 5.

L'unité d'activité est la quantité d'oxyhémoglobine réduite normalement en une seconde dans le pouce.

L'activité de réduction varie indépendamment de la quantité d'oxyhémoglobine; elle est augmentée en général chez les individus à constitution sanguine, les arthritiques, les herpétiques, les rhumatisants, etc.; elle est diminuée en général dans les anémies, la chlorose, l'épilepsie, les états bilieux, les troubles de la croissance, de la menstruation, certaines phases de la phthisie.

L'activité de réduction est influencée par les médications générales et locales dont les effets immédiats ou éloignés sont mesurés et démontrés par l'hématoscopie.

Les instruments nécessaires à ces observations sont l'hématoscope et les hématospectroscopes de M. Hénocque, construits par M. Lutz, opticien à Paris.

NERFS SENSITIFS, NERFS MOTEURS ET CENTRES NERVEUX. Note de M. *Brown-Sequard*. — Il s'agit aujourd'hui de recherches expérimentales montrant combien sont variés et nombreux les effets purement dynamiques provenant d'influences exercées sur l'encéphale par les nerfs sensitifs et sur les nerfs moteurs par les centres nerveux. La conclusion du travail de l'auteur est que tous les nerfs moteurs et presque toutes les parties excitables des centres nerveux peuvent avoir des modifications très notables de leur excitabilité sous l'influence d'irritations même peu considérables de la plupart des parties du système nerveux.

PROPHYLAXIE DE LA RAGE. — Le défaut d'espace nous empêche de reproduire *in extenso* la communication de M. Pasteur; nous n'en donnerons donc ici que les principaux passages, renvoyant le lecteur au *Bulletin de l'Académie de médecine*.

Après avoir rappelé que 2190 personnes ont déjà été inoculées depuis le 1er novembre 1885, M. Pasteur s'occupe surtout des malades de France.

« Sur les 1700 Français traités, dit-il, il en est 10 pour lesquels le traitement a été inefficace.

« 10 morts sur 1700, 1 pour 170, tel est pour la France et l'Algérie le résultat de la méthode dans sa première année d'application.

« Prise en bloc, cette statistique démontre l'efficacité de la méthode, efficacité démontrée également par les morts relativement très nombreuses des personnes non vaccinées. On peut certes affirmer que, parmi les Français mordus pendant cette année 1885-1886, bien peu ne sont pas venus au laboratoire de l'Ecole normale. Eh bien, sur cette faible minorité, il y a, à ma connaissance, 17 cas de morts par rage. (Suivent une série de notes indiquant les noms des mordus et quelques détails de leur observation.)

« A tous les faits de notre statistique s'ajoute le document suivant:

« Le nombre des personnes qui meurent de la rage, à Paris, est très rigoureusement connu pour les hôpitaux, surtout depuis cinq ans. On sait ainsi que, dans ces cinq dernières années, 60 personnes sont mortes de la rage dans les hôpitaux de Paris; en moyenne 12 par an. Aucune année, d'ailleurs, n'a été exempte de morts plus ou moins nombreuses. L'an dernier il y en a eu 21; or, depuis le 1er novembre 1885 que fonctionne la méthode préventive de la rage à mon laboratoire, il n'est mort de rage dans les hôpitaux de Paris que deux personnes, toutes deux non inoculées, et une troisième qui l'avait été, mais non par les traitements intensifs répétés dont je vais parler dans un moment.

« Si l'on étudie les faits qui précèdent, on voit que le plus grand nombre de ceux qui ont succombé malgré le traitement sont des enfants, et ont été mordus à la face. Ces enfants ont subi le traitement simple. Or j'ai la conviction que ce traitement, surtout pour des morsures de ce genre, risque d'être insuffisant. »

M. Pasteur rappelle ensuite ce qu'il a essayé le jour où il a été appelé à traiter des Russes mordus par un loup enragé. Après avoir vu succomber trois de ses malades, il a eu l'idée d'augmenter l'activité du traitement. Le succès lui a permis de formuler ainsi qu'il suit le traitement de la rage:

« Aujourd'hui, dans le cas de blessures au visage et à la tête, et pour les blessures profondes aux membres, nous précipitons les inoculations afin d'arriver promptement aux moelles les plus fraîches.

« Le premier jour on inocule, par exemple, les moelles de douze, de dix, de huit jours à onze heures, à quatre heures et à neuf heures; le deuxième jour, les moelles de six, de quatre et de deux jours aux mêmes heures; le troisième jour, la moelle d'un jour. Puis le traitement est repris: le quatrième jour, par moelles de huit, de six, de quatre jours; le cinquième jour, par moelles de trois et de deux jours; le sixième jour, par moelle d'un jour, le septième jour, par moelle de quatre jours; le huitième jour, par moelle de trois jours; le neuvième, par moelle de deux jours; le dixième jour, par moelle d'un jour.

« On fait ainsi trois traitements en dix jours, et en conduisant chacun aux moelles les plus fraîches.

« Si les morsures ne sont pas cicatrisées, si les personnes mordues ont tardé de venir au traitement, il nous arrive, après des intervalles de repos de deux à quelques jours, de reprendre de nouveau ces mêmes traitements, et d'atteindre les périodes de quatre à cinq semaines, qui sont les périodes dangereuses pour les enfants mordus à la face.

« Ce mode de vaccination fonctionne pour les grièvement mordus depuis deux mois, et les résultats sont jusqu'ici très favorables. »

M. Pasteur termine en réfutant les objections faites à sa méthode par le docteur Frisch (de Vienne).

« Si celui-ci a échoué dans ses expériences, cet échec est dû à la méthode de vaccination lente qu'il a adoptée. Pour réussir, il faut, je le répète, procéder rapidement, vacciner les animaux en peu d'heures, puis les revacciner. On pourrait formuler ainsi les conditions de réussite ou d'échec de ces expériences: le succès de la vaccination des animaux après leur infection par trépanation dépend de la rapidité et de l'intensité de la vaccination.

« L'immunité conférée dans de telles conditions est la meilleure preuve de l'excellence de la méthode. »

SUR LES CONTRACTIONS DÉTERMINÉES PAR LES COURANTS DE POLARISATION DES TISSUS VIVANTS. Note de MM. *Onimus* et *Larat*. — Les deux auteurs sont parvenus à enregistrer

des contractions qu'ils ont provoquées en mettant en rapport les muscles gastro-cnémiens d'une grenouille avec des tissus vivants préalablement électrisés.

L'importance de ces résultats tient surtout à ce qu'ils démontrent d'une façon indiscutable l'existence et l'énergie des courants de polarisation dans nos tissus, et, par conséquent, les conditions d'erreurs des expériences fondamentales de Dubois-Reymond et de la plupart des physiologistes allemands.

On sait que cette école a soutenu qu'il existait une orientation polaire des molécules organiques et que les modifications de cette orientation étaient la cause de tous les phénomènes électrophysiologiques.

Becquerel, Matteucci, Legros et Onimus, etc., ont fait à cette théorie des objections sérieuses et ont soutenu que cet ensemble de faits sur lesquels est édifiée la conception de l'électrotonus n'a pas d'autre origine que les phénomènes électrochimiques d'électrocapillaires.

Il résulte de ces premières expériences qu'avec les courants journellement employés en électrothérapie on emmagasine dans les membres électrisés assez d'énergie électrique pour déterminer des contractions apparentes plusieurs minutes après le passage du courant, et dont l'action suffit parfaitement à expliquer la plupart des phénomènes physiologiques constatés par les expérimentateurs. Ainsi se trouvent confirmées les objections faites à la théorie de l'électrotonus.

Sur la physiologie pathologique des capsules surrénales. Note de M. *Guido Tizzoni*. — Dans des notes communiquées à l'Académie *dei Lincei* (1er juin et 14 décembre 1884), l'auteur a étudié la physiologie des capsules surrénales, leur régénération et la pigmentation qui suit leur ablation. Il présente aujourd'hui à l'Académie ses recherches sur les altérations fonctionnelles et matérielles des systèmes nerveux, consécutives à l'extirpation de ces organes.

Les troubles fonctionnels ont été observés sur cinq lapins opérés comme suit : un des deux côtés depuis quinze mois ; un depuis vingt-huit jours à droite, et depuis six jours à gauche ; les trois autres à droite seulement depuis neuf, dix-huit et vingt-deux mois. Les lésions ont été constatées sur sept animaux, les cinq précédents et deux autres tués au bout de neuf ou douze mois sans avoir présenté le moindre désordre fonctionnel.

Les *symptômes* accusent une origine cérébro-bulbaire. Quant aux *lésions*, elles sont les suivantes : *Si la mort a suivi de près l'opération*, forte injection dans le système nerveux central ; foyers hémorrhagiques, surtout dans la substance grise de la moelle au niveau des cornes antérieures et au voisinage du canal central. *Si la mort a été tardive*, la lésion siège dans la pie-mère et l'espace sous-arachnoïdiens, dans les cavités et les parois ventriculaires.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. les docteurs *Frémy* (de Nice) et *Queirel* (de Marseille) se portent candidats au titre de correspondant national.

M. le docteur *Rolland* (de Mont-de-Marsan) envoie une brochure sur *la panophthalmie*, pour le concours du prix Godard en 1887. (Inscrite sous le n° 1.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *Boyer*, une brochure ayant pour titre : *Suggestions philologiques, l'audition colorée* ; 2° de la part de M. le docteur *Roberts* (de New-York), un mémoire imprimé, intitulé : *The exploration, excavation and illumination of the interior of bones in any part of the body*.

M. *Proust* présente une brochure de M. le docteur *Sirus-Pirondi* (de Marseille), ayant pour titre : *Considérations sommaires tendant à faciliter la revision du régime quarantenaire*, et en son propre nom, un *Rapport sur la prophylaxie sanitaire maritime et les maladies pestilentielles exotiques*.

M. *Leblanc* dépose un *Précis de chirurgie vétérinaire*, en deux volumes, par MM. *Puech* et *Toussaint*.

M. *Théophile Roussel* présente un ouvrage publié par M. le docteur *Raudnitz* (de Prague) sous le titre suivant : *Die Findelpflege*.

M. *Verneuil* dépose : 1° un ouvrage sur *la prostitution*, par M. le docteur *Thiry* (de Bruxelles) ; 2° un mémoire imprimé de M. le docteur *Corradi* (de Pavie), ayant pour titre : *Degli experimenti tossicologici in anima nobili nel cinquecento*.

M. *Trasbot* présente un mémoire imprimé de M. *Nocard* sur *l'avortement épizootique des vaches*.

Décès de M. Mialhe. — M. *le Président* annonce le décès de M. *Mialhe*, pharmacien très estimé, qui appartenait à l'Académie en qualité de membre titulaire dans la XIe section depuis 1867.

Rage. — M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture, en l'absence de M. *Pasteur*, d'une communication sur la rage, dont on trouvera le compte rendu à la séance de l'Académie des sciences (voy. p. 734).

M. *Verneuil* se félicite d'apprendre les excellents résultats obtenus par M. Pasteur, à l'aide de sa méthode et les heureux perfectionnements qu'il vient de lui apporter ; c'est la meilleure réponse qu'il pouvait faire à cette campagne insidieuse de dénigrement qu'on ne craignait pas depuis quelque temps de poursuivre dans certains milieux.

Injections gazeuses rectales et maladies respiratoires. — Il y a quinze jours M. Cornil avait communiqué à l'Académie les résultats obtenus par M. *Bergeon* par l'emploi des injections rectales gazeuses dans le traitement des maladies respiratoires. M. Bergeon vient lui-même confirmer ces résultats et présenter une malade dont voici l'observation en résumé :

Cette malade est aphone par suite de la destruction de ses cordes vocales. Cette destruction avait déjà eu lieu en janvier dernier, lorsqu'elle est venue demander des soins à la dernière période d'une phthisie héréditaire. Les douleurs de gorge étaient tellement violentes à cette époque, qu'elle restait quelquefois jusqu'à trois jours de suite sans manger, pour éviter les douleurs de la déglutition. Dès les premiers jours du traitement par les lavements gazeux, les douleurs de gorge ont diminué et en deux ou trois semaines on obtint le commencement de la cicatrisation de ces ulcères, cicatrisation qui s'est parfaitement maintenue depuis huit mois, malgré l'état de ses poumons qui sont le siège d'énormes excavations. Malgré cette déperdition considérable de substance organique que l'on peut évaluer à la moitié du parenchyme pulmonaire, cette femme vient de faire le voyage de Lyon ; elle a passé huit jours à Paris, s'est soumise très souvent à l'examen médical et elle affirme qu'elle ne s'est jamais sentie mieux portante. — (Le mémoire de M. Bergeon est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Hérard*, *Constantin Paul* et *Cornil*.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Cette séance n'a pas eu lieu. La Société de chirurgie a été renvoyée à quinzaine à l'occasion du Congrès de chirurgie.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Résection du coude ; traumatismes multiples ; résection de l'astragale ; réveil de paludisme : M. Houzel (M. Richelot, rapporteur). — Section de l'artère axillaire par balle de revolver ; mort d'hémorrhagies secondaires : M. A. Poncet (de Lyon). — Uréthrotomie externe pour extraction d'un corps étranger, suture de l'urèthre : M. Terrier. (Discussion.) — Ablation d'un polype utérin : M. Monod. (Discussion.) — Appareil prothétique pour rhinoplastie : M. A. Poncet (de Lyon). — Résection du maxillaire supérieur : M. Routier.

M. *Richelot* lit un rapport sur deux observations de M. *Houzel* (de Boulogne-sur-Mer). 1° Une tumeur blanche du coude avait engendré des fistules intarissables ; M. Houzel réunit les fistules, et par cette incision réséqua le radius et

l'humérus, gratta l'olécrâne. Malgré le pansement ouaté, il y eut fièvre et suppuration; tout cessa après lavages au sublimé à l'aide d'un appareil aspirateur spécial. Tarir la suppuration est bien, a dit M. Richelot; l'éviter est mieux. Or cette rétention du pus vient du procédé. Pour réséquer le coude, M. *Richelot* fait l'incision de Parke; mais, comme elle n'est pas déclive, il la suture ensuite et draine par une contre-ouverture postéro-interne.

M. *Chauvel* a fait remarquer qu'un appareil aspirateur semblable a été présenté il y a dix ans par M. Perrin au nom de M. Tachard, médecin-major.

2° Pris sous un éboulement, un homme de vingt-huit ans eut une fracture de cuisse, une luxation de l'épaule, une luxation de l'astragale. La luxation de l'épaule fut réduite. Mais la fracture, non soignée, dégénéra en pseudarthrose; le pied resta déboîté et s'enflamma. Le malade, paludique, eut des accès intermittents intenses et présenta des eschares au sacrum. Appelé au bout de six semaines, M. Houzel fit de l'extension continue sur la cuisse et réséqua l'astragale. Le malade guérit avec un raccourcissement à peu près égal des deux membres. Après l'opération il eut encore un réveil de paludisme pendant lequel les eschares s'étendirent.

— M. *A. Poncet* (de Lyon). Une balle de revolver pénétra dans l'aisselle; le sang jaillit abondamment par la plaie, mais s'arrêta par la compression à l'amadou. M. Poncet vit l'entrée de la balle à 1 centimètre en avant de l'incision de ligature: pas d'orifice de sortie; anévrysme diffus de l'aisselle; absence de pouls radial; paralysie complète du médian et incomplète du cubital. Immédiatement, M. Poncet découvrit l'axillaire, tandis qu'un aide faisait, sur la première côte, la compression digitale de la sous-clavière. Les deux bouts de l'axillaire furent liés; le supérieur s'était rétracté à 6 centimètres. La compression fut levée : le sang repartit. On vit que la ligature ne tenait pas sur les parois contuses du bout supérieur, qui fut alors saisi plus haut. Puis vinrent de la fièvre, de la septicémie locale, deux hémorrhagies secondaires. La ligature secondaire dans la plaie eût certes été une mauvaise opération. Fallait-il donc désarticuler l'épaule ou lier la sous-clavière en dehors des scalènes? Le second parti fut adopté et le sang cessa de couler; mais pour quinze heures seulement. La transfusion d'eau salée fut faite, trois fois de suite, avec l'appareil de Bouveret; ses résultats immédiats furent satisfaisants et le blessé se ranima. Mais la fièvre continua, et il succomba six jours après l'accident. L'autopsie montra un caillot solide dans le bout inférieur, mais un liquide puriforme dans le bord supérieur, sur lequel le fil était libre.

— M. *Terrier* fut consulté par un vieillard de soixante-deux ans, qui pissait mal et avait une tumeur douloureuse à la partie antérieure du périnée. Il racontait s'être introduit dans l'urèthre, quelques jours auparavant, un cordon de soulier « pour faciliter la miction ». Aucune sonde ne put passer. M. Terrier incisa sur la tumeur et enleva, en plusieurs morceaux, le lacet qui avait ulcéré le canal et en était en partie sorti. L'incision avait 7 à 8 centimètres de long; l'orifice ulcéré fut avivé et toute la plaie du canal fut suturée; la peau resta désunie. Sonde à demeure; pansement à l'ouate iodoformée. Le malade prit du borate de soude qu'il élimina fort bien par l'urine. Tout se réunit sauf le point ulcéré, sur une longueur de 1 centimètre; au vingtième jour tout était terminé. Quoique paludique, le blessé n'eut pas de fièvre.

M. *Le Dentu* a suturé l'urèthre il y a quelques mois, après une incision faite pour compléter une uréthrotomie externe. Il communiquera l'observation dans la prochaine séance.

M. *Just Championnière* a communiqué, il y a environ un an, à la Société, un cas où il a suturé avec succès le périné rompu, ainsi que l'urèthre, par une contusion; mais le canal n'a pas été suturé. C'est donc l'inverse de ce qu'a fait M. Terrier. Tout était réuni au bout de dix-sept jours; le malade n'a aujourd'hui aucun rétrécissement. M. Championnière pense donc qu'on peut se dispenser de la petite complication créée par la suture de l'urèthre seul au catgut. Il dit à ce propos que M. D. Mollière (de Lyon) lui a adressé une réclamation de priorité pour avoir suturé l'urèthre après extirpation de rétrécissements : cela ne ressemble guère à cette suture pour rupture de l'urèthre.

M. *Th. Anger* a enlevé cette année deux calculs par l'uréthrotomie externe au thermocautère, avec la simple sonde à demeure. Le malade guérit à six semaines et il n'a pas de rétrécissement. Pourquoi donc suturer? C'est également ce que se demande M. *Horteloup*, d'autant qu'il vient de voir une rupture de l'urèthre ainsi traitée causer une infiltration d'urine : le malade en eut pour six mois de lit.

M. *Verneuil* admet très bien, en principe, la suture sur les voies urinaires; celle des tailles périnéales remonte à Guy de Chauliac. Mais au périné les plaies guérissent très facilement sans cela. La suture est formellement indiquée pour les incisions de la partie pénienne du canal.

M. *Terrier* ne voulait pas soulever une discussion sur la suture de l'urèthre en général; il n'a jamais dit que les malades ne guérissaient pas sans la suture. Mais, en présence d'un cas semblable à celui qu'il vient d'opérer, il ferait certainement encore la suture et même réunirait la peau, en mettant, pour quelques heures, un drain entre les deux sutures.

— M. *Monod* présente un *polype utérin* gros comme une orange, qui causait des hémorrhagies abondantes. Le col fut incisé au thermocautère et la tumeur fut alors accessible au doigt qui explora la cavité utérine. Le polype résista aux tractions par le pince de Museux; son pédicule fut sectionné en deux ou trois coups avec la serpette de Courty. Tout cela est beaucoup plus simple que d'enlever ces polypes avec le serre-nœud de Maisonneuve, comme l'a recommandé M. Guéniot.

Discussion : M. *Pozzi*. On peut parfaitement diviser le col aux ciseaux; cela ne donne pas d'hémorrhagie; les ciseaux ne doivent pas être trop tranchants. Quant à la section du pédicule, elle doit se faire à l'instrument tranchant, aujourd'hui que le tamponnement antiseptique nous met à l'abri des hémorrhagies.

C'est également ce que pense M. *Just Championnière*, qui a enlevé récemment deux polypes dont un adhérent par toute sa surface à la cavité utérine; l'autre en pleine hémorrhagie. Pour les myomes sessiles, on incise la muqueuse; on énuclée la tumeur avec le doigt. Une injection phéniquée forte, un tamponnement iodoformé, et tout se passe de la façon la plus simple du monde.

M. *Le Dentu* défend aussi l'instrument tranchant, et même le grattage à la curette guidée par l'index gauche si le polype s'effrite. Si le col a encore une grande longueur, on le dilate avec les mandrins d'Hégar.

M. *Guéniot* ne conteste pas qu'aujourd'hui on peut agir à l'instrument tranchant bien mieux qu'autrefois; il a seulement la prétention d'enlever un polype avec le serre-nœud sans savoir où il s'implante et sans avoir besoin d'abaisser l'utérus. Si le col conserve sa longueur, il faut l'inciser au thermocautère.

M. *Pozzi* reconnaît qu'on ne doit couper aux ciseaux qu'un col effacé et raccourci. S'il n'est pas ainsi modifié, il faut d'abord le dilater avec des tiges de laminaire, puis on l'incise.

— M. *A. Poncet* (de Lyon) montre un appareil prothétique destiné à supporter le lambeau de rhinoplastie « pour ne

pas remplacer une infirmité dégoûtante par une infirmité ridicule ». Une malade porte depuis quinze mois, sans aucun inconvénient, cet appareil fiché par une pointe supérieure dans le frontal par deux pointes latérales et inférieures dans les maxillaires supérieurs.

— M. *Routier* présente une jeune fille de quinze ans, à laquelle en juillet dernier il a enlevé le maxillaire supérieur pour un sarcome vasculaire, déjà récidivé deux fois. Il reste une brèche notable, mais il n'y a pas de récidive.

M. *Poulet*. Si l'on veut que l'autoplastie réussisse, il faut soutenir les lambeaux par un appareil prothétique intrabuccal.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Sur la septicémie chez le lapin : M. Daremberg. — Inhibition dépendant d'excitations du cerveau ou du cervelet : M. Brown-Sequard. — De la coordination des mouvements consécutifs à diverses excitations de la moelle : M. Brown-Sequard. — Sur l'évolution des péridiniens : M. Danisz.

M. *G. Daremberg*. Cette septicémie a été déterminée par l'inoculation de produits tuberculeux pris sur des cadavres humains légèrement putréfiés, au moment des grandes chaleurs. Cette maladie tue les lapins en vingt-quatre à quarante heures. Elle est inoculable par les voies sous-cutanée, péritonéale, veineuse et crânienne. Quelques heures avant la mort, l'animal perd l'appétit, est anhélant, abattu, il a de la diarrhée, puis des convulsions ; il pousse de petits cris, est paralysé d'un ou plusieurs membres, une spume sanglante sort de ses narines. A l'autopsie on trouve une infiltration séro-sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané autour et même loin du point d'inoculation; des ecchymoses musculaires, de petites hémorrhagies capillaires sur la surface des intestins, des foyers apoplectiques pulmonaires, des infarctus du foie, une rate grosse et noire; quelquefois des épanchements ou des grumeaux fibrineux dans le péritoine et la plèvre; toujours de grosses coagulations veineuses, surtout dans les sinus de la dure-mère, les veines de la pie-mère, souvent des pachyméningites encéphaliques et médullaires.

Les moelles de ces lapins tuent les lapins en vingt-quatre à quarante heures, qu'elles soient fraîches ou desséchées depuis un à vingt jours. Du vingtième au vingt-cinquième jour la toxicité diminue, puis elle cesse. Deux fois nous avons vu qu'au dix-huitième jour l'extrémité caudale n'était plus toxique. Les moelles séchées dans l'oxygène augmentent leur virulence jusqu'au douzième jour, puis la diminuent. Les moelles séchées dans l'azote, l'acide carbonique, l'air à 55 degrés, les vapeurs de mercure à 15 et à 55 degrés, celles d'acides osmique et cyanhydrique, des iodures d'éthyle et d'amyle, de pyridine, benzine, térébenthine, sulfure de carbone, thymol, paraldéhyde, alcool méthylique, éther acétique, ne modifient en rien la toxicité des moelles. L'iodoforme, le phénol, l'ammoniaque retardent d'un ou deux jours la mort de l'animal. Le chloral, le chloroforme, les acides sulfureux et sulfhydrique, l'aldéhyde, l'alcool amylique, l'éther sulfurique enlèvent tout pouvoir toxique aux moelles. Il en est de même des vapeurs nitreuses, de celles d'acide azotique et du bioxyde d'azote qui réduisent les moelles en bouillie.

Les cobayes sont rarement attaquables par le virus (3 sur 24). La moelle des cobayes attaqués a une toxicité normale pour les cobayes, mais atténuée pour les lapins. Elle reprend sa virulence ordinaire pour le lapin après trois passages. Quand le virus a passé par une dizaine de lapins, il les tue en cinq heures. Alors la maladie devient épidémique et tue tous les animaux voisins, sains ou en expérience.

Le microbe de cette septicémie est un microbe ovoïde cultivable dans le bouillon de veau et la gélatine sans la liquéfier. Les cultures ont la même toxicité que les moelles fraîches, même à 55 degrés. Le dix-septième jour elles deviennent moins toxiques. Elles sont rapidement acides et coagulent le lait. Les deuxièmes cultures sont moins virulentes que les premières.

Essais de vaccination. — Un lapin inoculé avec des moelles des cinquante-deuxième, quarante-neuvième, vingt-septième, vingt-sixième, vingtième, dixième, neuvième, sixième, cinquième, troisième, premier jours, a résisté à trois inoculations de virus frais normal. Il en a été de même de 3 lapins inoculés avec une culture ayant soixante-sept jours, et de 1 lapin inoculé avec une moelle séchée dans les vapeurs de chloral. Mais ces cinq lapins sont morts en vingt à vingt-huit heures après inoculation d'un virus exalté tuant les témoins en cinq heures.

Ce travail a été fait au laboratoire de M. Grancher et au laboratoire municipal de chimie.

— M. *Brown-Sequard* rappelle qu'il a montré autrefois que des irritations d'une partie quelconque de l'encéphale peuvent amener l'arrêt des mouvements qui constituent la déglutition; des irritations semblables peuvent déterminer la perte de la puissance des centres réflexes de la moelle qui président à l'occlusion des sphincters. M. Brown-Sequard a reconnu aussi que des irritations, partant de l'un quelconque des lobes du cerveau et de quelque point que ce soit de la substance grise ou blanche, produisent un affaiblissement des contractions du cœur. Il en est de même à la suite des irritations du cervelet. Et, si les influences de ce genre sont persistantes comme dans un certain nombre d'affections du cervelet, l'affaiblissement des contractions cardiaques est durable. Fait qui suffirait à prouver que les actions inhibitoires peuvent durer très longtemps.

— M. *Brown-Sequard*, rappelant les mouvements parfaitement coordonnés qu'il a observés chez le lapin à la suite d'hémisections de la moelle, mouvements qu'il a qualifiés de mouvements de ruade, essaye d'expliquer le fait même de la coordination. Le phénomène, d'après lui, est général et peut se produire sous l'influence d'une irritation d'une partie quelconque du système nerveux.

— M. *Danisz*, qui a pu étudier l'évolution des Péridiniens, rend compte de ses recherches sur ce point, jusqu'alors inexploré, de la morphologie de ces êtres.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

(Suite. — Voy. les nos 43 et 44.)

Communications sur le traitement des calculs vésicaux.

Nous aurions à rendre compte ici des communications suivantes :

Professeur *Guyon*. *Des indications et des contre-indications de la lithrotritie rapide.*

Professeur *Gross* (de Nancy). *Sur la cystotomie chez les jeunes sujets.*

M. *Bazy* (de Paris). *Les limites de la lithotritie.*

M. *Reliquet* (de Paris). *Indications et contre-indications de la lithotritie.*

Nous ne faisons, pour le moment, que cette énumération, car nous nous proposons de publier sous peu, dans la *Gazette*, un article où nous comparerons les travaux dont il pourrait être ici question à ceux qui ont été discutés cette année en Allemagne.

Gynécologie.

MM. Terrillon (Paris) : De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Conséquences anatomiques et opératoires. — Richelot (Paris) : De l'hystérectomie vaginale ; indications et manuel opératoire. — Professeur Vuillet (Genève) : Des avantages de la dilatation dans le traitement curatif du cancer de l'utérus. — Apostoli (Paris) : Note complémentaire sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité. — Marchand (Paris) : Traitement chirurgical du prolapsus utérin.

I. Le pédicule des kystes ovariques est ordinairement formé par le ligament ovarique et par la trompe, avec de gros vaisseaux qui sont surtout des veines hypertrophiées, situées à la périphérie, tandis que les artères sont au centre. Pour peu que ce pédicule soit long, il peut se tordre et cette torsion a, depuis assez longtemps déjà, été étudiée par Rokitansky, Lawson Tait. Légère, elle n'est qu'une curiosité anatomique ; complète, elle a des conséquences très importantes. Lente, elle comprime d'abord les veines, situées plus superficiellement ; de là, l'œdème des parois du kyste, des hémorrhagies intra-pariétales et intra-kystiques. Quelques tours de plus et les artères s'oblitèrent à leur tour ; par cette torsion lente, aucun symptôme ne peut se manifester et peu à peu la tumeur, mal nourrie, diminue de volume. Quelques tours de plus encore, et le pédicule se rompt. Mais, tout ce que nous venons de décrire s'accompagne toujours de péritonite subaiguë ; de là des adhérences, souvent généralisées, pouvant permettre au kyste de vivre après rupture de son pédicule. Il n'en est pas de même pour les torsions brusques et complètes. Les hémorrhagies intra-kystiques et même intra-péritonéales sont alors inquiétantes, mortelles même ; ailleurs, il y aura rupture partielle de la paroi ; la péritonite est plus sérieuse. Dans des cas plus graves encore, le kyste se mortifie. M. *Terrillon*, sur une centaine d'observations, a observé quatre torsions, dont une avec rupture. Trois fois il y avait eu des poussées alarmantes de péritonite. Les quatre malades furent opérées avec succès. Chez toutes il y avait des adhérences très étendues, si bien même que chez la dernière l'ablation fut impossible : il fallut se borner à la résection de la paroi kystique, suturée ensuite à la paroi abdominale. Tout cela prouve que, lorsqu'on soupçonne la torsion, on doit intervenir aussi vite que possible ; pour parer aux accidents graves si la torsion est brusque ; si elle est lente, pour ne point laisser aux adhérences le temps de devenir indestructibles.

II. Il y a trois actes dans l'hystérectomie vaginale : 1° isoler l'utérus ; 2° traiter les ligaments larges ; 3° traiter la plaie. Le second est le principal ; c'est une source d'accidents sérieux, car souvent les ligatures tiennent mal et l'hémorrhagie est une des causes fréquentes de décès. On évite cela en ne faisant pas de ligatures, mais en laissant sur chaque ligament large une pince à mors longs et à pression continue. C'est donc une simple application de la forcipressure, et M. Richelot « n'a inventé ni les pinces, ni la manière de s'en servir ». Il a même trouvé le procédé employé, à titre d'expédient, par MM. Péan, J. Bœckel, Spencer Wells, quand la ligature était trop pénible : il prétend seulement que c'est la méthode de choix. Toutefois, M. *Péan* a réclamé la priorité ; pourquoi parler de la *forcipressure* quand il a inventé le *pincement préventif des artères ;* pourquoi dire les pinces de M. Mariaud et non les pinces que M. Péan a fait construire par M. Mariaud ? Le professeur *Verneuil* s'est empressé d'ajouter qu'il a proposé un nom : *forcipressure*, utile par sa brièveté ; il n'a jamais dit avoir rien inventé de l'idée, qui remonte, d'ailleurs, au commencement de ce siècle.

Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, qu'à l'avance M. Richelot avait déclarée fastidieuse, il n'en subsiste pas moins que la forcipressure permanente appliquée à l'hystérectomie vaginale rend de signalés services. Sur dix opérations, M. Richelot a eu trois morts ; il se refuse pourtant à la statistique : 30 pour 100 de mortalité. Déjà le premier décès appartient à l'ancien procédé et relève de l'hémorrhagie, une ligature ayant cédé. Les deux autres sont relatifs à des cancéreuses opérées *in extremis*. Mais trois femmes non cancéreuses ont toutes trois guéri. Aussi M. Richelot est-il hardi pour les indications opératoires. Tout cancer opérable doit être enlevé, et cela par l'hystérectomie vaginale. Pour l'amputation du col, quand on croit le mal tout à fait limité, « les histologistes n'en sont plus à compter les boyaux épithéliaux laissés dans le moignon cru sain. » Le professeur *Tedenat* (de Montpellier) est bien venu, avec trois observations, nous parler de deux ablations totales suivies de récidive, tandis qu'une amputation du col reste à l'abri de la repullulation ; mais le professeur *Demons* (de Bordeaux) n'en a pas moins persisté à considérer l'ablation totale comme une excellente opération.

Hors du cancer, l'hystérectomie vaginale rendue bénigne voit aussi étendre le champ de son action. Elle peut être commandée par certains fibromes auxquels on ne doit pas laisser le temps de s'enclaver ; par certaines rétroflexions, par certains prolapsus rebelles aux opérations anaplastiques.

Les orateurs qui ont pris part à la discussion ont, pour la plupart, reconnu l'avantage des pinces à demeure. M. *J. Bœckel* (de Cherbourg) n'a-t-il pas eu, sur quatre cas, deux morts, dont une d'hémorrhagie ? M. *Duplouy* (de Rochefort) a pu aider M. Baudet à enlever, grâce à ce procédé, un utérus cancéreux impossible à abaisser. Mais, la malade étant morte en quarante-huit heures, dans le collapsus, on a trouvé un début de mortification au point de la paroi rectale où appuyait la pince Aussi, pour les cas simples, la ligature serait toujours le procédé de choix. C'est aussi ce que pense M. *Péan*, pour qui cependant l'eschare est facile à éviter ; il suffit de mettre sous la pince une éponge iodoformée, et, à tout prendre, s'il y avait une légère eschare, il paraît « qu'elle peut se résorber ».

III. M. *Vuillet* (de Genève) est moins partisan que M. Richelot de l'hystérectomie vaginale contre le cancer. Grâce à ses procédés de dilatation, que nous ne décrirons pas, car notre collaborateur Auvard les a déjà exposés dans la *Gazette* (voy. *Gazette*, 1886, p. 119), on peut constater *de visu* les lésions cancéreuses de la cavité utérine, les attaquer directement et surveiller les récidives. Par le raclage avec la curette, et surtout avec l'ongle ; par les applications ultérieures de fer rouge et de caustiques chimiques, parmi lesquels le chlorure de zinc en solution concentrée serait le meilleur ; on obtient quelques cicatrices durables. Sur dix-sept malades soignées par M. Vuillet, cinq ont eu ce bonheur. Pour les autres, le traitement n'est pas *curatif*, mais *palliatif*. Quand les lésions sont avancées, la dilatation sera modérée, et on se contentera de panser les surfaces malades à l'iodoforme et au térébène. Les patients en retirent un grand soulagement.

IV. Pour le prolapsus utérin, M. *Marchand* (de Paris) trouve que l'hystérectomie est l'*ultima ratio*. Le raccourcissement des ligaments ronds ne donne pas de bons résultats. Mais la colpo-périnéorrhaphie postérieure est une excellente opération, à condition toutefois d'avoir de la patience ; de diriger d'abord des opérations contre l'hypertrophie du col, moins fréquente, il est vrai, qu'on ne le croit souvent, contre la rectocèle et surtout contre la cystocèle. Au besoin, on ajoutera l'épisiorrhaphie à la colporrhaphie. Tout cela est grave, dit-on : sur cent soixante cas, Hegar n'a eu que deux décès par septicémie ; M. Marchand n'en a pas eu un seul sur douze cas. Deux malades ont été revues depuis et n'ont pas de récidive.

V. S'il faut en croire M. *Apostoli*, on n'a jamais besoin d'enlever un myome utérin. Tous guérissent par l'application de courants continus. Seuls les fibromes ascitiques sont réfractaires, mais ils sont fort rares. M. Apostoli n'a pas décrit sa méthode, déjà connue par d'autres publications, et il

n'a pas apporté d'observations ni de statistique, mais il a lu la traduction d'un discours d'Engelmann à la Société gynécologique de New-York et d'un article de l'*American Journal*. Ces documents sont en faveur du traitement des myomes par le procédé de M. Apostoli.

Communications diverses.

M. *Chénieux* (de Limoges). *Le drainage et la réunion primitive.*— Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

« Cette association est un non-sens chirurgical. L'un exclut l'autre. Le drainage est une prévention contre la réunion par première intention.

« 1° Toutes les plaies, si larges soient-elles, dont les surfaces sont exactement affrontées, doivent, si elles ont été rendues aseptiques par des agents non irritants, se réunir *per primam*.

« 2° Dans les opérations telles que : ovariotomie, hystérectomie, où l'on a dû laisser des ligatures perdues, et où il existe de larges surfaces cruentées, le drainage me paraît plus nuisible qu'utile. Il vaut mieux que les liquides exsudés, quels qu'ils soient, pourvu toutefois qu'ils soient aseptiques, soient gardés en vase clos. Leur condition est analogue, dès lors, aux liquides des foyers de fracture, que l'on ne s'avise pas de soustraire par le drainage, et qui disparaissent par résorption ou concourent à l'organisation du cal.

« Je serais même tenté de croire que, chez les opérées d'ovariotomie ou d'hystérectomie, sur celles chez qui l'opération est pratiquée au milieu d'un complet épuisement, ces liquides constituent un fonds de réserve dont l'économie s'empare utilement par la résorption, alors que l'alimentation est à peu près nulle pendant les premiers jours.

« 3° Même dans l'opération de l'empyème, le drainage est inutile et peut être nuisible par l'irritation qu'il détermine. »

M. *Mollière* (de Lyon) trouve que M. Chénieux est absolument dans le vrai si l'opération est rigoureusement aseptique, sans cela il faut laisser le drain comme porte de sortie. M. Mollière réunit sans drainage les amputations de sein avec évidement de l'aisselle; sur ses onze derniers amputés de cuisse, réunis sans drainage, on a pris mesure pour l'appareil du neuvième au douzième jour. — M. *Poncet* (de Lyon) opère également à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et, contrairement à M. Mollière, pense que, dans ce milieu au moins, le drainage est indispensable. — M. *Plum* (de Copenhague) est partisan de la suture sans drainage quand l'asepsie est parfaite; pour les plaies excavées, il emploie la méthode de Schede, et laisse la cavité se remplir de caillots sanguins qui s'organisent ensuite. Il n'use que de pansements secs.

— M. *Chaumier* (de Grand-Pressigny) fait une communication sur « La pseudo-scrofule au point de vue chirurgical, maladie inoculable dont les principales manifestations seraient l'impétigo, la pustule de la conjonctive et de la cornée, l'ecthyma, l'anthrax, la tourniole, le panaris, les abcès du sein chez les nourrices, les abcès des membres et du tronc, l'ostéomyélite, etc. »

— M. *Rohmer* (de Nancy). *La question de la greffe oculaire.* — Outre une observation humaine qu'il a déjà communiquée à la Société de chirurgie, M. Rohmer a fait des expérimentations, en commun avec M. Baraban. De lapin à lapin, il a transplanté des yeux dans l'orbite ou dans la cavité péritonéale et il conclut : « La question peut être définitivement jugée par deux ordres de faits : 1° les faits cliniques, qui contre-indiquent la transplantation oculaire, en raison de l'ophthalmie sympathique possible et d'ailleurs nettement observée dans un cas ; 2° les faits expérimentaux, qui montrent que l'atrophie du globe est une conséquence inévitable de la trans- et de la réimplantation, même si le sphacèle de la cornée a pu être évité, et si la greffe oculaire a réussi en totalité. On peut donc conclure : 1° que la greffe oculaire ne peut réussir actuellement, et que la tenter est une illusion qui fait courir au-devant d'un échec à peu près certain ; 2° la greffe de la totalité de l'œil fût-elle même possible, comme on l'a prétendu, que l'observation clinique montrant l'ophthalmie sympathique à chaque instant menaçante, serait là pour détruire l'illusion d'un succès tant soit peu durable. »

— M. *Abadie* (de Paris). *Des procédés actuels de l'opération de la cataracte.* — Il est incontestable que le procédé de de Græfe, avec iridectomie, fut, pour l'époque, un progrès notable sur le procédé de Daviel. Aujourd'hui on tend cependant à l'abandonner pour revenir à la méthode ancienne, et on a raison, car aujourd'hui on est armé par l'antisepsie contre la suppuration du lambeau, le plus grave des accidents inhérents à cette opération, tandis que l'ésérine et la cocaïne mettent à l'abri des prolapsus de l'iris. Mais, probablement, il va falloir revenir aussi à l'instrumentation de Daviel et prendre le couteau triangulaire, car, avec ce couteau, la forme de la plaie est déjà un obstacle au prolapsus. Il faudra maintenant réserver l'iridectomie aux cataractes adhérentes. Ce progrès est dû aux efforts persistants de MM. Panas, de Wecker, Galezowski.

— M. *Galezowski* (de Paris). *De l'ophthalmotomie postérieure dans les épanchements sanguins et séreux intra-oculaires.* — Jusqu'ici la perte de l'œil était à peu près constante dans les épanchements sanguins; l'énucléation seule était appliquée aux corps étrangers de la rétine et du vitreum, à certains mélano-sarcomes de la rétine. Mais, quoi qu'on ait dit, le segment postérieur de l'œil est parfaitement accessible aux opérations; 14 fois M. Galezowski a fait ainsi l'*ophthalmotomie postérieure* et n'a eu que deux insuccès. La plaie, faite en un point variable suivant les cas, est suturée au catgut.

M. *Vacher* fait remarquer qu'Hippocrate parle de la sclérotomie postérieure. Cette opération rend de grands services dans le glaucome.

A. BROCA.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1879 et 1880, par M. le docteur PÉAN. — Paris, 1886.

Cet énorme volume, qui ne comprend pas moins de 1250 pages, est le tome IVe des *Leçons de clinique* de M. Péan. Disons tout de suite que les observations recueillies dans le service de notre collègue, pendant deux années, occupent près des trois quarts de cette publication. Elles en forment, au reste, la partie la plus importante, sinon la plus intéressante pour le lecteur, et, n'étaient les frais énormes d'impression, nous engagerions tous les chirurgiens des hôpitaux à faire ainsi le compte rendu annuel des affections soignées dans leurs salles. A ces mines abondamment fournies de faits recueillis sans parti pris, chacun de nous peut aller puiser.

La partie clinique comprend quatorze leçons. La première est consacrée aux *tumeurs du calcanéum*, à propos d'une exostose ostéo-cartilagineuse de la partie antéro-inférieure de cet os, affection très rare. L'ablation fut suivie d'un succès complet. Dans le chapitre suivant, M. Péan aborde l'étude des *petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus.* Partisan de l'extirpation des ovaires atteints d'inflammation chronique, de kystes, de fibromes, etc., quand il existe des névralgies atroces rebelles, des troubles intellectuels manifestement dus à l'altération de ces organes, il rejette l'opération dans

les hémorrhagies provenant de tumeurs utérines comme trop aléatoire. C'est par les voies hypogastriques que le chirurgien doit aborder les ovaires. Pour les tumeurs utérines, au contraire, le praticien de Saint-Louis, sauf volume trop considérable, préfère la voie vaginale et l'intervention limitée. Alors même qu'il s'agit de néoplasmes malins, de l'épithélioma du col et de la muqueuse utérine, il préconise l'ablation partielle, l'extirpation totale de l'utérus étant à la fois trop dangereuse et trop souvent insuffisante. Cette opinion est loin d'être partagée par tous les chirurgiens, et les faits recueillis dans les dernières années par Trélat, Terrier, etc., plaident en faveur de l'opération radicale quand le mal n'est pas trop étendu.

Des *abcès froids* de la langue, habituellement tuberculeux, de l'*angiome de la mamelle,* tumeur excessivement rare, l'auteur rapporte de remarquables exemples. Par quelle voie enlever les reins atteints de tumeurs d'un certain volume? Péan se prononce nettement en faveur de la gastrotomie, qui lui paraît plus aisée, plus sûre, moins dangereuse que la néphrectomie lombaire. Il faut bien avouer que par la région postérieure la voie est des plus étroites, ce qui rend l'opération excessivement laborieuse pour peu que la tumeur soit volumineuse. Les difficultés opératoires compensent largement l'avantage, fort minime du reste, aujourd'hui, de pouvoir quelquefois épargner le péritoine.

A propos d'un cas de *maladie kystique de l'épiploon,* du mésentère, du péritoine viscéral de l'abdomen et du bassin, notre collègue montre ce que peut le sang-froid du chirurgien joint à une grande expérience des opérations abdominales. Malgré son remarquable succès, nous pensons qu'une telle audace ne convient pas à tous, et si de telles affections pouvaient être soupçonnées ou reconnues, l'abstention serait, pour les praticiens ordinaires, la meilleure règle de conduite. Nous en dirions volontiers autant pour les *tumeurs végétantes du péritoine pelvien,* malgré les beaux résultats obtenus par Péan. La leçon qu'il consacre à l'étude de ces singulières lésions est des plus intéressantes.

Les chapitres consacrés à la grenouillette sus-hyoïdienne, au pincement préventif et définitif des vaisseaux dans les opérations, au morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses, etc., ne nous arrêteront pas. Signalons cependant l'intéressante leçon sur les lymphangiomes, pour la variété *caverneuse intra-dermique* desquels, l'auteur conseille l'extirpation rapide quand ils sont assez limités.

La seconde partie du volume comprend la statistique avec observations et remarques, par nature et par région, des affections chirurgicales soignées dans le service : plaies et cicatrices; fractures, inflammations et tumeurs des os; maladies des articulations et de leurs annexes; maladies du système nerveux, des vaisseaux, du tube digestif et de ses annexes, des organes génito-urinaires, etc.

Un appendice donne le résumé des 229 gastrotomies pratiquées par le docteur Péan de juillet 1881 à décembre 1884. Cette quatrième série, qui porte à 674 le total des opérations de cette nature exécutées par lui, montre la grande expérience qu'il possède, et l'importance que l'on doit attacher aux considérations pratiques dont il fait suivre ce relevé. Sur 116 kystes de l'ovaire, la mortalité n'est que de 5, soit 4,3 pour 100.

En terminant cette rapide analyse, nous devons remercier M. Péan de donner l'exemple de ces comptes rendus de service, qui restent pour les travailleurs une source inépuisable de matériaux, en même temps qu'ils nous font connaître la pratique hospitalière de l'un des chirurgiens les plus en renom.

J. CHAUVEL.

VARIÉTÉS

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — L'Ecole d'anthropologie, qui entre dans sa onzième année d'existence, ouvrira ses cours le mercredi 3 novembre 1886, à cinq heures, dans son local habituel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi, à quatre heures. — M. Letourneau : Histoire des civilisations.

Lundi, à huit heures et demie du soir, avec projections. — M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique.

Mardi, à quatre heures. — M. Topinard : Anthropologie générale.

Mercredi, à cinq heures. — M. Hervé : Anthropologie anatomique.

Vendredi, à quatre heures et demie. — M. Manouvrier suppléant M. Dally : Ethnologie.

Samedi, à quatre heures et demie. — M. Bordier : Géographie médicale.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale le lundi 8 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera tous les lundis et vendredis, à la même heure. — Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude physiologique et thérapeutique des médicaments, et celles du vendredi au diagnostic.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 7 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours public sur les maladies mentales.* — M. le docteur Jules Falret commencera ce cours le dimanche 7 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure. Les jeudis, à neuf heures, examen clinique des malades.

ÉCOLE PRATIQUE. — Le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, commencera son cours d'accouchements, à l'Ecole pratique de médecine, amphithéâtre n° 3, le mardi 16 novembre, à trois heures et demie du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Le président de l'Académie de médecine annonçait mardi dernier la mort de M. le docteur Mialhe, doyen de la section de pharmacie, ancien professeur agrégé de la Faculté, mort à l'âge de soixante-dix-neuf ans. On doit à ce savant pharmacien un *Traité de l'art de formuler*, un *Traité de chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, et divers mémoires relatifs à l'action des purgatifs, aux propriétés des matières albuminoïdes, de la pepsine, etc.

Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Fontaine (de Paris); Nier (de Privas); Pinel (de Montélimart); Bozonet (de Montrevel); Morel (de Trouville); Foissac, ancien rédacteur de l'*Union médicale;* Alexandre Dyce Davidson, professeur de matière médicale à l'Université d'Aberdeen.

MORTALITÉ A PARIS (43e semaine, du 24 au 30 octobre 1886. — Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 1. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 23. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 31. — Broncho-pneumonie, 14. — Pneumonie, 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 24; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 60; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 22. — Total : 911.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7511. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 46 — 12 NOVEMBRE 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Les vaccinations anti-rabiques : M. Colin (d'Alfort).

Les arguments opposés par M. Colin (d'Alfort) aux chiffres statistiques fournis par M. Pasteur ont une valeur qu'on ne saurait contester. Personne ne niera que les 1700 Français qui se sont présentés au laboratoire de la rue d'Ulm n'étaient point tous exposés à mourir de la rage. Comme l'a dit M. Colin, les éléments d'une statistique de ce genre ne sont pas susceptibles de contrôle. La certitude ne peut être acquise que dans les cas où l'on a vu l'animal malade mourir paralysé après avoir présenté les symptômes rabiques, ou encore — il nous sera permis de l'ajouter — lorsque, parmi les individus mordus par cet animal, il en est qui ont succombé à la maladie confirmée par l'examen clinique et vérifiée par l'autopsie. Des faits de ce genre ont été, on s'en souvient, cités par M. Pasteur. Nous n'y insisterons pas et nous reconnaîtrons volontiers que la statistique dont les chiffres ont été donnés en tête de sa dernière communication suggère des interprétations diverses.

Mais n'en peut-on dire autant de la statistique qui nous est apportée par M. Colin? Les chiffres que fournit le ministère de l'agriculture sont-ils bien probants? Ne peut-on soutenir que tous les individus mordus par des animaux enragés n'ont pas été officiellement déclarer leurs morsures au maire de leur commune et que beaucoup d'entre eux n'ont pas été l'occasion d'un procès-verbal officiel transmis par les préfets au ministère compétent? Ce qui semble prouver qu'il en est bien ainsi, c'est que le nombre des animaux enragés est *officiellement* beaucoup plus élevé que celui des personnes mordues. Le contraire paraît plus vraisemblable, et l'on n'hésitera pas à croire que si les personnes atteintes de morsures rabiques se sont empressées de se présenter au laboratoire de M. Pasteur, c'est qu'elles étaient assurées d'y être immédiatement soumises à un traitement inoffensif.

Ce qu'il convient donc de retenir surtout de la dernière communication de M. Pasteur, ce que nous avons cherché à en faire ressortir, ce sont les faits qui prouvent cette innocuité et cette efficacité de la méthode de vaccination anti-rabique. Or ces faits, M. Colin les admet lui-même puisqu'il admet que, durant l'année dernière, le traitement institué par M. Pasteur a sauvé dix-huit ou vingt sujets qui, sans lui, auraient succombé aux blessures qu'ils avaient reçues. Il convient donc d'enregistrer, comme un précieux hommage rendu aux travaux de M. Pasteur, cette déclaration d'un savant qui n'affirme, en pareille matière, que ce qu'il reconnaît comme incontestable. Nous ajouterons que nul n'est en droit de blâmer M. Pasteur d'avoir accueilli et traité tous ceux qui venaient à lui, affirmant qu'ils avaient reçu des morsures rabiques et produisant à l'appui de cette affirmation des documents ou des allégations dont la sincérité ne pouvait être suspectée. Les repousser, sous prétexte que la nature de leurs blessures n'était pas démontrée ; les faire attendre jusqu'à ce qu'une enquête ait prouvé l'exactitude de leurs dires, eût été tout à la fois ridicule et inhumain.

Avec M. Colin nous reconnaissons donc que de nombreuses expériences pourront encore être faites pour rendre plus précis les résultats de la méthode de vaccination anti-rabique ; avec lui, nous affirmons que cette méthode a déjà sauvé plusieurs sujets manifestement rabiques. Cela ne suffit-il pas pour permettre, dès aujourd'hui, d'en proclamer la valeur?

CLINIQUE MÉDICALE

De la spléno-pneumonie.

Un homme de vingt à quarante ans ressent tout à coup, d'ordinaire à la suite d'un refroidissement, un grand malaise avec frissonnements, fièvre plus ou moins vive, dyspnée intense, point de côté. Ces phénomènes, auxquels se joint une toux quinteuse, pénible, sèche ou s'accompagnant d'une expectoration gommeuse, appellent l'attention du côté des voies respiratoires, et l'examen direct révèle un ensemble de signes physiques qui paraissent des plus significatifs ; c'est, parfois à la vue déjà, une certaine ampliation d'une moitié

de thorax; c'est surtout de la matité dans une région plus ou moins étendue de la poitrine en arrière; c'est encore dans la partie inférieure la suppression presque complète du murmure respiratoire, et, au-dessus, une zone où se perçoit un souffle expiratif avec égophonie ou broncho-égophonie; c'est enfin la diminution très notable, sinon l'abolition des vibrations thoraciques au même niveau. Tous ces signes sont localisés à un côté, le gauche dans la grande majorité des cas. Que, convaincu de l'existence d'un épanchement abondant et pour s'édifier sur la nature du liquide, plutôt que sur la réalité de la pleurésie, le médecin fasse une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, il ne retire, à son grand étonnement, et malgré des tentatives répétées en plusieurs points différents, que quelques gouttelettes de sang, mêlées à des bulles d'air. L'aiguille est entrée directement dans le poumon et l'on peut affirmer qu'il s'agit d'une lésion pulmonaire et non pleurale.

C'est cette forme d'affection aiguë du poumon, revêtant d'une manière si frappante les apparences de la pleurésie franche, que M. le professeur Grancher a le premier décrite sous le nom de *spléno-pneumonie* dans une importante communication à la Société médicale des hôpitaux en 1883: « Entre la congestion pulmonaire, et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-pneumonie, il existe un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination propres. »

Les faits de cet ordre sont loin, croyons-nous, d'être exceptionnels, et si l'on n'en a jusqu'ici publié qu'un petit nombre, cela tient sans doute à ce que, la ponction exploratrice n'étant pas encore entrée complètement dans nos mœurs, bien des cas de spléno-pneumonie sont restés méconnus, mis au passif de la pleurésie. Cependant, trois ans seulement après la communication de M. Grancher, Bourdel avait pu en recueillir douze observations fort concluantes, qui lui ont permis de faire de sa thèse une monographie des plus instructives sur la *spléno-pneumonie* (Paris, 1886). Plusieurs d'entre elles sont empruntées tant à l'intéressant mémoire de Queyrat, sur la *congestion pulmonaire* (*Rev. de méd.*, 1885), qu'à la note « sur deux faits de spléno-pneumonie », tout récemment publiée par cet auteur (mars 1886), dans le même recueil. Aujourd'hui, grâce à ces divers travaux, l'histoire clinique de ce syndrôme morbide ne présente plus guère d'obscurités; il n'en est pas de même de ses caractères anatomiques qui restent toujours, faute d'autopsies, lettre close pour nous.

I

A ne considérer que le tableau séméiologique que nous venons de tracer à grands traits, il serait impossible de différencier la spléno-pneumonie de la pleurésie aiguë *a frigore*. L'erreur serait d'autant plus excusable, qu'il peut arriver, comme deux faits de Queyrat le prouvent, que l'on note la disparition du choc de la pointe. Cependant un examen minutieux fournit des indices qui mettent sur la voie du diagnostic exact.

Sans parler de nuances cliniques d'appréciation trop délicate pour avoir une réelle valeur diagnostique, comme la tonalité du souffle ou de la matité, comme le timbre de l'égophonie, il est des signes « de probabilité » qu'on doit rechercher avec soin.

C'est ainsi que Grancher a signalé l'existence dans la zone mate de crépitations fines, discrètes, perçues dans l'inspiration seulement. Ce phénomène d'auscultation n'a peut-être pas, d'ailleurs, l'importance que cet auteur paraît lui assigner; car, rien n'est plus fréquent, on le sait, que de le percevoir dans les pleurésies peu abondantes avec congestion pulmonaire superficielle. Mais il prouve, pour le moins, que le poumon n'est pas loin de la paroi, et, par suite, lorsque tous les autres signes plaident en faveur d'un épanchement considérable, il doit éveiller des doutes dans l'esprit du clinicien.

Plus importantes sont les données fournies par la palpation. Tandis que dans la pleurésie on trouve, au-dessus du niveau de l'épanchement, une zone où, par suite de la condensation du parenchyme pulmonaire, les vibrations sont très exagérées, dans la spléno-pneumonie, au contraire, c'est graduellement qu'elles réapparaissent, en allant de bas en haut.

L'absence de déviation sternale constatée par le procédé du cordeau et, si la lésion est à gauche, la persistance de la sonorité dans l'espace de Traube sont aussi des indices utiles et constituent des présomptions de plus contre la pleurésie et en faveur de la spléno-pneumonie. Présomptions et non davantage, comme pour tous les signes que nous venons d'énumérer. Le critère, au point de vue diagnostique, c'est la ponction exploratrice qui seule peut nous le donner.

Est-ce à dire que lorsque la ponction ou plutôt des ponctions successives restent blanches ou ne ramènent qu'une sérosité sanguinolente et spumeuse, provenant évidemment du poumon, on soit en droit d'affirmer que la plèvre est absolument vide? Sur ce point nous serions moins affirmatif que les auteurs qui se sont occupés de la spléno-pneumonie; d'après plusieurs faits pour nous des plus concluants, il nous semble avéré qu'on peut avoir une ponction blanche, alors même qu'il y a un peu de liquide dans la plèvre, et cela en enfonçant l'aiguille lentement, comme il convient, dans l'espace intercostal. Mais il n'en est ainsi qu'au cas où, derrière un épanchement très peu considérable, existe une congestion pulmonaire intense et alors, il faut le reconnaître, la pleurite n'est en quelque sorte qu'une quantité négligeable dans le processus.

D'autre part l'issue d'une petite quantité de sérosité par l'aiguille exploratrice n'est pas incompatible avec la spléno-pneumonie, car il n'est point rare qu'au cours de cette affection il se fasse une réaction du côté de la plèvre, dont la production de frottements est la preuve irrécusable.

A ce titre, comme à tous les autres, la spléno-pneumonie se rapproche des processus congestifs, et s'il fallait lui donner une place dans la nosographie, c'est dans le cadre des hypérémies plutôt que dans celui des phlegmasies que nous la classerions. La dénomination de « congestion pulmonaire à forme de pleurésie », employée par Queyrat, nous semble préférable à celle de spléno-pneumonie, qui suppose l'existence d'un processus inflammatoire franc dont rien ne prouve la réalité.

Congestion pulmonaire et suffusion séreuse dans la plèvre sont toujours en clinique choses connexes. Dans la pleurésie aiguë classique, l'hypérémie du poumon, bien que la première en date, est parfois peu intense et reste au dernier plan. Dans la spléno-pneumonie, au contraire, il s'agirait, suivant nous, d'une congestion massive du parenchyme avec participation minima de la plèvre à l'acte pathologique. Mais on conçoit qu'à la suite d'un semblable afflux de sang dans le tissu pulmonaire, il se produise des altérations, au moins superficielles, de structure; c'est ce qui explique l'é-

volution lente de la lésion locale, fait dominant dans la marche générale de la maladie.

II

La marche de la spléno-pneumonie est, en effet, plus caractéristique que son mode de début et ses symptômes physiques. Elle est remarquable par le contraste qui ne tarde pas à se produire entre les phénomènes généraux et les signes locaux.

Au bout de quelques jours la fièvre qui, au début, est parfois très vive, 40 degrés et plus, descend graduellement; l'état général s'améliore, l'appétit renaît; le point de côté, la dyspnée s'atténuent rapidement. Dès la fin du premier septénaire, quelque fois même plus tôt, il ne reste plus que la lésion locale qui, elle, ne se résout qu'avec une grande lenteur. Il faut un, deux, trois mois pour que la sonorité à la percussion se rétablisse, pour que le souffle fasse place à des râles, fins et secs, puis gros et humides, pour qu'enfin l'égophonie ou la broncho-égophonie disparaissent. Et encore, alors que lemalade se croit parfaitement guéri, et qu'il a repris ses occupations, peut-on constater pendant longtemps un certain degré de submatité dans la région inférieure du thorax avec faiblesse de la respiration et des vibrations.

On doit donc admettre, en dehors de la forme subaiguë habituelle, des formes prolongées. Mais la guérison n'en est pas moins la règle, car le fait unique de mort par gangrène pulmonaire, signalé par Queyrat, ne peut être mis au passif de la spléno-pneumonie, le malade en question ayant été diabétique.

Le pronostic serait donc, au premier abord, absolument favorable; cependant, dans deux cas, les malades ont présenté ultérieurement des accidents de tuberculose. Faut-il, par suite, voir dans la spléno-pneumonie une des premières manifestations de cette maladie, comme il en va si souvent pour la congestion pulmonaire et pour la pleurésie, ou, pour le moins, admettre qu'elle fournit un terrain à la pullulation du bacille pathogène? Peut-être en est-il ainsi, surtout dans les milieux hospitaliers. Le pronostic éloigné de la spléno-pneumonie doit donc être réservé, comme celui d'ailleurs des affections similaires. Mais, suivant la très judicieuse remarque de Bourdel, que maints cliniciens feraient bien de méditer, ce n'est pas la pratique hospitalière qui peut nous fournir des données précises à ce sujet. Qu'on se tuberculise dans les hôpitaux, alors surtout qu'on vient s'y faire soigner pour telle ou telle affection pulmonaire ou pleurale, on ne saurait en douter. Mais soutenir que ces affections soient toujours d'essence tuberculeuse, suivant la doctrine qui paraît actuellement en faveur, c'est méconnaître les enseignements journaliers, bien plus probants, de la pratique civile.

D'ailleurs l'influence pathogénique, habituellement très manifeste, d'un refroidissement, plaide aussi contre l'origine spécifique de la spléno-pneumonie. Et puisque nous en sommes aux données étiologiques, signalons une particularité curieuse, inexpliquée: il n'a encore été publié aucune observation de spléno-pneumonie chez la femme. C'est surtout une maladie de l'âge adulte; ainsi Bourdel l'a observée six fois de dix-neuf à trente ans, quatre fois de trente à quarante et un ans, contre un seul cas à quinze ans. Se rencontre-t-elle également dans l'enfance où la congestion pulmonaire est si fréquente et révèle des formes cliniques si dissemblables? La chose est probable à priori, mais les faits que rapporte Bourdel en faveur de l'affirmative ne sont pas des plus concluants.

Quant au traitement de la spléno-pneumonie, il peut se résumer en quelques mots: il faut combattre la congestion, au début, par des applications répétées de ventouses, et au besoin par des vomitifs; dans la période d'état, les badigeonnages de teinture d'iode seraient plus efficaces, au dire de Bourdel, que les vésicatoires. Enfin, et surtout, il importe de soutenir les forces du malade, particulièrement à l'hôpital, où la contamination tuberculeuse est si fort à redouter.

L. Dreyfus-Brisac.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Un point de la thérapeutique de l'avortement.

Une femme enceinte de deux, trois, quatre, cinq mois vient d'expulser un embryon ou un fœtus, mais les annexes (placenta, membranes, une portion du cordon) sont restées dans l'intérieur de la cavité utérine. Un jour, deux jours, une semaine, un mois se passent, la rétention des annexes persiste, la délivrance ne se fait pas. Quelle doit être la conduite du médecin en pareille circonstance?

Il n'est pas de point de la pratique obstétricale plus difficile à résoudre que celui-ci. Ce qui tient à la diversité des cas cliniques, aux variations dans le tempérament de la femme et aussi dans celui de l'accoucheur.

Tel cas abandonné à la nature se termine favorablement en quelques jours; la délivrance retardée se fait au bout de vingt-quatre, quarante-huit, soixante-douze heures, et on ne peut que se louer de la méthode expectante. Dans tel autre, au contraire, le contenu utérin se putréfie, des accidents septicémiques surviennent et emportent la femme; l'expectation ici a été déplorable.

Telle femme acceptera volontiers de rester au lit pendant le temps nécessaire pour la production spontanée de la délivrance, voire même deux mois au besoin. Telle autre veut à tout prix être guérie promptement et préférera à l'inaction une opération qu'on lui représentera devoir être sérieuse.

Parmi les accoucheurs enfin il en est qui sont plus volontiers médecins et aiment mieux laisser agir la nature en l'aidant plus ou moins, d'autres au contraire qui de tempérament chirurgical préféreront intervenir promptement. Analyser le sujet qui nous occupe est le seul moyen d'arriver à quelque conclusion pratique. Les différentes méthodes suivies peuvent se ranger sous trois chefs : expectation, intervention, éclectisme, que nous allons étudier successivement.

Expectation. — C'est la méthode préférée par la majorité des accoucheurs français. La délivrance n'est pas faite après l'avortement, inutile de la tenter avec la main ou des instruments spéciaux; il faut la confier à la nature. La femme non délivrée est exposée à deux variétés d'accidents : hémorrhagie et septicémie; c'est contre ces deux complications que la thérapeutique doit être dirigée et non contre la cause elle-même.

Pour lutter contre l'hémorrhagie, on a les injections d'eau chaude dans les cas bénins, et le tamponnement dans les cas graves.

Quant à la septicémie habituellement précédée par un écoulement lochial fétide, des injections vaginales antisep-

tiques suffisent le plus souvent à la conjurer. Si les injections vaginales ne sont pas suffisantes, on peut avoir recours aux injections intra-utérines soit intermittentes, soit même continues.

Les avantages de cette méthode sont d'éviter toute espèce d'intervention grave et d'opération. L'inconvénient est l'attente parfois longue à laquelle on est exposé avant la guérison complète. Quant aux résultats, *sauf quelques cas exceptionnels*, ils sont favorables à l'expectation; aucune statistique n'a été faite qui permette d'exprimer en chiffres la sécurité qu'elle donne; toutefois, en disant que, bien appliquée, elle doit sauver 49 malades sur 50, nous croyons ne pas nous éloigner de la vérité.

Intervention. — L'intervention, fort en honneur en Allemagne, consiste à dilater mécaniquement l'orifice utérin et à aller cueillir le contenu de la matrice soit avec les doigts, soit avec un instrument spécial: tels la curette du professeur Pajot, divers autres modèles de curette, les pinces à polypes, l'écouvillon récemment proposé par M. Doleris.

Voici en quelques mots comment on procède à l'opération: la femme étant placée dans la position obstétricale, on abaisse l'utérus à l'aide de pinces érignes qu'on enfonce dans les lèvres du col. L'orifice externe de l'utérus est ainsi amené au voisinage de la vulve. On dilate alors l'orifice utérin soit à l'aide du doigt progressivement enfoncé, soit à l'aide d'un dilatateur métallique; dans les cas de rigidité trop marquée on applique six heures environ avant l'opération un cône d'éponge préparée antiseptique, qu'on retire au moment de pratiquer le curage. L'orifice utérin étant ouvert, à l'aide d'une curette quelconque, autant que possible large et mousse, on racle les parois utérines, en promenant l'instrument dans tous les sens, de manière que le nettoyage soit aussi complet que possible. Après quoi on fait une injection intra-utérine abondante et prolongée pour bien enlever tous les débris créés et laissés par la curette. Pour parfaire cette toilette, M. Doleris a récemment préconisé une sorte de petite brosse formée de crins implantés circulairement autour d'une tige solide, que par analogie avec l'instrument dont on se sert pour rincer les bouteilles ou avec celui qu'on employait autrefois pour nettoyer l'âme des canons, il a appelé écouvillon. Avec cette brosse, la toilette utérine serait, au dire de l'inventeur, aussi complète que possible.

L'opération terminée, la femme est surveillée attentivement et gardée au lit pendant quelque temps comme après des suites de couches normales. La guérison demande donc un maximum de quinze jours.

M. Doleris, qui, dans ces derniers temps, s'est montré chaud partisan de cette méthode, vient de publier 9 cas dans lesquels toutes les malades se sont rétablies sans accidents d'aucune sorte. L'auteur est absolument muet sur les statistiques étrangères, qu'il aurait été cependant du plus haut intérêt de connaître ici, car ce n'est pas sur 9 cas qu'on peut baser l'efficacité et l'innocuité d'une méthode, accusée de produire des accidents traumatiques variés, une réaction inflammatoire utérine et péri-utérine plus ou moins vive, et même parfois la perforation de l'utérus.

ÉCLECTISME. — Tantôt attendre, tantôt intervenir, tel est l'éclectisme. Mais parmi les éclectiques les nuances sont nombreuses. Celui-ci se décide assez rapidement à opérer, alors que celui-là attend la dernière extrémité. C'est aussi en éclectique que nous conclurons ces quelques considérations.

Pourquoi ne peut-on pas se ranger exclusivement dans l'un ou l'autre camp de l'expectation ou de l'intervention? Parce que dans certains cas l'expectation est mauvaise, et, si l'on n'intervient pas, la femme succombe de septicémie. Parce que dans d'autres l'intervention est pour le moins inutile, témoin l'observation suivante recueillie par M. Lepage à la maternité de Lariboisière où je remplaçais M. Pinard.

Avortement de cinq mois. Rétention du placenta. Expulsion spontanée six jours après l'avortement. — C... (Sophie), âgée de vingt-neuf ans, française, entre le 14 septembre 1886, à huit heures du soir, à l'hôpital Lariboisière.

Réglée à quinze ans, mariée à vingt-deux ans, cette femme est devenue enceinte pour la première fois en 1883; elle est accouchée le 7 février d'une fille à terme, en présentation du sommet.

Dernières règles le 28 février 1886; elle n'a de rapports sexuels qu'à partir du 26 mars et n'a pas ses règles à la fin de mars. Cette femme éprouve différents symptômes de grossesse: vomissements, augmentation du volume du ventre, augmentation du volume des seins qui laissent sourdre du lait. Toutefois elle ne sent jamais remuer l'enfant.

Le 11 septembre, cette femme fait un effort violent; elle soulève un fardeau pesant dans un lavoir. Elle n'éprouve aucune douleur, mais se sent souffrante dans la soirée; vers onze heures du soir, une heure après être couchée et sans avoir eu de rapport sexuel, cette femme se réveille en sursaut et constate qu'elle est très mouillée; le mari se lève et voit que le sang a traversé les matelas et a coulé par terre. On ne fait prévenir ni sage-femme ni médecin; la malade reste au lit, mais continue à perdre du sang le 12, le 13 et le 14 septembre. Une sage-femme est appelée le 13 septembre et ne prescrit aucun traitement; elle examine rapidement quelques caillots, mais ne constate pas la présence d'un fœtus.

Continuant à perdre du sang, la malade se décide à venir à l'hôpital à huit heures du soir le 14 septembre; elle a eu des contractions utérines toutes les demi-heures, mais peu intenses; l'utérus n'est pas volumineux et remonte à environ trois travers de doigt au-dessus du pubis. Pas de bruit du cœur fœtal. Pas de souffle placentaire. Au toucher, col ramolli, non effacé, orifice externe perméable. Les douleurs se calment dans la nuit. La femme perd peu de sang. Injections vaginales toutes les quatre heures avec une solution de biiodure de mercure à 1/4000e.

Le 15 septembre, on examine la femme; en raison du petit volume de l'utérus, on élimine la possibilité d'un fœtus contenu dans la cavité utérine et l'on pense qu'il s'agit d'un avortement avec rétention du placenta. La malade perd peu de sang; elle a quelques contractions utérines peu fréquentes et peu intenses. Des injections vaginales antiseptiques sont faites toutes les deux heures.

Le 16 septembre, la femme perd un peu de sang; légère odeur de l'écoulement sanguin. Température: matin, 37°,2; température: soir, 37°,4.

Le 17 septembre, l'odeur de l'écoulement a augmenté.

Le 18 septembre, la fétidité de l'écoulement est très accusée; la femme n'a pas de fièvre, mais éprouve quelques coliques dans le ventre. On fait dans l'après-midi, sans grande difficulté, une injection intra-utérine d'une demi-heure.

Le 19 septembre, à quatre heures de l'après-midi, la patiente est prise de douleurs très vives qui ont lieu toutes les cinq minutes; on lui fait toutes les heures une injection vaginale. A six heures du soir, on la transporte dans une chambre d'isolement à cause de la fétidité très grande de l'écoulement: on lui fait une irrigation intra-utérine chaude à 40 degrés d'eau phéniquée pendant une demi-heure. L'orifice externe de l'utérus distendu par la masse placentaire atteint presque en ce moment les di-

mensions d'une pièce de cinq francs. A huit heures et demie, la femme a cessé d'éprouver des douleurs depuis dix minutes. On trouve dans le vagin un débris placentaire qu'on extrait facilement. Ce placenta présente les dimensions d'un gros œuf; son odeur est extrêmement repoussante. Irrigation intra-utérine phéniquée d'une demi-heure. L'utérus est petit et se contracte bien.

La température ne dépasse pas 37 degrés les jours suivants; on fait des injections vaginales toutes les quatre heures avec la solution de biiodure au 1/4000°. Aucune odeur des lochies.

La femme se trouve très bien et malgré tous les conseils qu'on lui donne, sort le 23 septembre bien portante. Aucune odeur des lochies à la sortie.

Voici un cas où les partisans de l'intervention et même beaucoup d'éclectiques n'auraient pas hésité à opérer le curage de la cavité utérine, et cependant on aurait fait une opération complètement inutile, et dont les résultats n'auraient certainement pas été meilleurs que ceux produits par l'expulsion spontanée. Il n'est question ici que de l'inutilité de l'opération, mais il ne serait que juste de mentionner ses dangers, quelque minimes que veuillent les dire certains auteurs.

Il est donc mauvais dans certains cas d'attendre, mauvais également dans d'autres d'intervenir, il faut être éclectique, et la ligne de conduite à suivre pourrait être formulée de la façon suivante :

a. Quand après l'expulsion de l'embryon ou du fœtus les annexes sont retenues dans la cavité utérine, il ne survient aucun accident, la méthode d'expectation est la meilleure. Expectation avec précautions antiseptiques rigoureuses.

b. S'il surgit des accidents (hémorrhagie, septicémie), on se comportera différemment dans l'un et l'autre cas.

Contre l'*hémorrhagie :* injections chaudes et au besoin tamponnement.

Contre la *septicémie :* 1° dès que l'écoulement génital devient fétide, ou mieux avant l'apparition de la fétidité, comme mesure préventive, faire des injections vaginales fréquentes avec un liquide antiseptique (injection de liqueur de Van Swieten pure ou dédoublée toutes les deux heures); 2° si les injections vaginales ne suffisent pas, avoir recours aux injections intra-utérines ; 3° si enfin malgré les moyens précédents la fétidité persistait, et si surtout il y avait une élévation de température, avoir recours comme dernière ressource au curage de la cavité utérine.

Auvard.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Sur les anévrysmes de l'aorte abdominale, par M. le docteur Servier, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole du Val-de-Grâce (1).

Les anévrysmes de l'aorte abdominale sont assez rares, plus rares certainement que ceux de l'aorte pectorale. Dans les ouvrages classiques ces anévrysmes sont cités, mais sans que rien de spécial soit dit à leur égard. Ainsi, à l'article Aorte du *Dictionnaire en trente volumes*, les auteurs, Dalmas et Chomel, s'occupent longuement des anévrysmes de l'aorte pectorale, et ne consacrent guère que quelques courts passages de cinq à six lignes aux anévrysmes de l'aorte abdominale.

Le docteur Woirhaye a écrit sa thèse inaugurale sur le traitement des anévrysmes intra-abdominaux par la compression, à l'aide de l'anesthésie (Thèse de Paris, 1876).

(1) Observation et leçon recueillies par M. le docteur Doublet, médecin stagiaire.

Leur histoire n'est pas faite; nous allons essayer de l'ébaucher.

J'ai trouvé dix-sept observations d'anévrysmes de cette sorte, dont seize dans la *Revue des sciences médicales*, les unes assez complètes, d'autres fort écourtées, et quelques-uncs n'étant que des citations. Toutes ces observations sont fournies par la littérature médicale anglaise. Il en existe d'autres, quelques-unes, en particulier, publiées par des chirurgiens italiens. Le temps m'a manqué pour faire des recherches minutieuses.

Nous avons l'occasion d'en observer un exemple en ce moment chez un jeune soldat entré récemment dans notre service.

Obs. -- Le nommé C... (Louis) est couché au n° 19 de la salle Larrey. Il est entré au Val-de-Grâce le 2 décembre 1885. Ce jeune garçon, âgé de vingt et un ans, a été incorporé au 14° régiment de dragons; il est né à Soulages (Aveyron). Le médecin du corps, à sa visite d'arrivée, a constaté chez lui une lésion abdominale, et l'a envoyé à l'hôpital pour qu'il soit statué sur son sort après observation et traitement.

C..., cultivateur à gages, a toujours vécu à la campagne. Comme antécédents héréditaires, son grand-père et sa mère ont eu des douleurs de rhumatisme. Comme antécédents personnels, il a eu la variole à l'âge de douze ans; sa vie a toujours été rangée; il ne s'est livré à aucun excès d'aucun genre; il n'a jamais eu d'habitudes alcooliques.

Il s'est toujours bien porté jusqu'au printemps de l'année 1882, époque à laquelle il éprouva au creux épigastrique une violente douleur, presque subite, qui le rendit incapable de tout travail. Pendant trois mois le malade ne quitta pas son lit; il endura de pénibles souffrances. Depuis il a mené une existence difficile, traversée par des crises de douleurs, tantôt terrassé par son mal, tantôt relevé par des accalmies.

Aujourd'hui son état général est médiocre. Ce jeune homme est assez maigre, paraît faible, mais il se nourrit, et a conservé un assez bon appétit. L'abdomen, siège de son mal, est soulevé dans la région épigastrique par des battements isochrones à ceux du pouls. Les doigts appliqués à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic, reconnaissent une tumeur assez résistante, ferme, presque dure, animée de larges mouvements d'expansion. On a la perception très nette de battements se produisant au sein de la tumeur. C'est donc bien là une poche renfermant du sang, et non un néoplasme reposant sur une artère et soulevée par elle. Le volume de la tumeur est environ celui d'un œuf de poule, dont elle affecte aussi la forme en quenouille, mais en supposant un œuf un peu aplati et légèrement élargi.

On porte le diagnostic d'anévrysme de l'aorte abdominale à quelques centimètres au-dessous du tronc cœliaque.

Ce n'est pas tout. Notre malade présente aussi une hypertrophie du cœur assez considérable. Un bruit de souffle étendu s'entend au niveau de l'orifice aortique. Les battements ne sont pas réguliers. On constate un dédoublement du premier temps à la pointe. Celle-ci bat dans le sixième espace intercostal, à 2 centimètres du bord gauche du sternum.

L'auscultation de la tumeur ne nous a révélé d'abord aucun bruit de souffle, mais une sorte de claquement assez fort. Cependant, quelques jours après notre premier examen, nous avons entendu un léger bruit de souffle, mais nous ne l'avons pas constamment retrouvé.

L'auscultation pratiquée en arrière, le malade étant assis, laisse entendre au niveau de la tumeur abdominale un double battement. Ces deux battements ne sont pas la propagation à distance des bruits du cœur, car l'examen des parties voisines ne permet pas de découvrir des bruits analogues.

Le tracé sphygmographique de l'artère radiale est normal.

Les urines, examinées plusieurs jours de suite, ne présentent pas de trace d'albumine.

Pendant un mois environ, le seul traitement institué s'adresse à l'état général du malade, dont on cherche à relever les forces par des toniques, un bon régime et un repos calmant.

Le 7 janvier, l'état du malade paraît amélioré; lui-même se félicite de se sentir plus vigoureux et de ne pas éprouver de douleurs. Ce jour-là, on commence un traitement par l'iodure de potassium, administré à la dose de 1 gramme.

Le 18 janvier, nous appliquons sur la tumeur, ou plutôt, autant que possible, un peu au-dessus d'elle, la pelote d'un appareil à compression. C'est l'appareil dit : « mât de fortune. » Le malade apprend facilement à l'appliquer lui-même, et dès le premier jour il le place deux fois, faisant ainsi des séances de compression de huit à dix minutes.

On remarque que, pendant la compression, le pouls est à peine sensible dans les artères fémorales, et le bruit de souffle produit normalement dans ces artères par la compression du stéthoscope ne s'entend plus.

Il serait oiseux de suivre ce malade jour par jour. L'iodure de potassium a été administré de la façon suivante : du 7 au 12 janvier, 1 gramme; du 12 au 15 janvier, 2 grammes; du 15 au 25 janvier, 3 grammes; du 25 janvier au 15 février, 4 grammes; puis, à partir du 15 février, la dose quotidienne a été de 5 grammes.

En même temps, les séances de compression sont plus nombreuses et plus prolongées. Le malade, au moins quatre fois par jour, applique son appareil pendant quinze à vingt minutes. La pression de la pelote, assez pénible, même douloureuse les premiers jours, est devenue facilement supportable.

Après un mois de traitement, nous avons constaté une amélioration très sensible de l'état général, mais l'état local avait peu changé. Cependant la tumeur était devenue un peu plus dure, et l'expansion des battements était moindre.

J'abrège la suite de l'observation. Notre malade a fidèlement suivi le traitement indiqué jusqu'au mois d'août, et les choses sont restées dans le même état. Il ne souffre plus; il a largement recouvré le sommeil et l'appétit; il est suffisamment vigoureux; mais la tumeur anévrysmale n'a pas été vraiment modifiée. Il demande un congé de réforme et sa sortie de l'hôpital, et il nous quitte le 18 août 1886.

Ce qui doit nous intéresser le plus dans l'étude de ces anévrysmes, c'est leur cause, leur mode de développement, les troubles physiologiques qu'ils provoquent, les accidents qu'ils déterminent, leur terminaison, et surtout leur traitement.

Causes. — Dans les dix-huit observations réunies, le sexe est indiqué douze fois; nous trouvons une seule femme et onze hommes. L'âge est indiqué neuf fois. Nous remarquons une assez grande variété, depuis vingt et un ans jusqu'à cinquante-quatre ans. Voici les chiffres des âges : 21, 27, 28, 29, 30, 34, 42, 49, 54. J'ajoute que ces chiffres marquent l'âge des malades au moment où ils ont été observés, où ils sont venus réclamer des soins, mais chez tous le mal avait débuté depuis un temps plus ou moins long, d'un mois à une et plusieurs années.

Ces anévrysmes n'ont donc pas été observés chez des enfants et des vieillards, mais surtout à l'âge adulte, à l'âge de la virilité.

Quant au sexe, la prédominance des hommes sur les femmes doit être notée; elle a peut-être une certaine importance au point de vue de la cause déterminante de cette lésion. Cette cause est très difficile à préciser. La plupart des observations sont absolument muettes à son sujet. Dans trois cas, les malades ont raconté qu'à la suite d'un violent effort ils ont éprouvé une brusque et vive douleur dans l'abdomen, à l'épigastre; dans deux autres cas, il est dit que les sujets avaient supporté de longues fatigues.

Nous restons donc assez mal renseignés sur la nature des faits mécaniques qui ont déterminé la production de ces anévrysmes. Je serais, pour ma part, très disposé à incriminer les efforts : d'abord parce qu'on les trouve indiqués dans trois cas, et puis parce que nous savons que, dans la formation de certains autres anévrysmes, tels que ceux de la fessière, leur influence est parfois très nettement accusée. De plus, ces anévrysmes de l'aorte abdominale ont été observés surtout chez des hommes, hommes à l'âge de l'activité, lesquels se livrent à des travaux plus ou moins pénibles. Mais l'effort ou les fatigues ne suffisent pas à la formation de l'anévrysme d'une artère saine, évidemment. Voici comment les choses doivent se passer : d'abord maladie des tuniques artérielles, puis un jour, par le fait d'une violence quelconque, rupture d'une tunique affaiblie, et développement, à chaque ondée sanguine, de la poche ou tumeur anévrysmale.

Le début de la maladie n'a pas eu la même forme chez tous. La plupart ont raconté qu'ils avaient ressenti d'abord une vive douleur, laquelle se calmait par le repos, mais se reproduisait violente à chaque effort tenté, à chaque mouvement. Quelques autres, moins nombreux, ont éprouvé d'abord une douleur sourde, à peu près continue, mais exagérée aussi par la marche et les exercices du corps. En même temps l'état général est devenu mauvais, languissant; les sujets ont perdu leur force et leur embonpoint, ils se sont sentis peu à peu dépérir, sans accuser pourtant de graves troubles gastriques ou intestinaux.

Je n'ai pas trouvé dans les observations que j'ai lues, peu détaillées à vrai dire, et je ne trouve pas chez le malade que j'observe en ce moment, des accidents généraux quelconques particuliers au mal qui nous occupe. Dans un cas seulement on cite des vomissements, des accidents de gastralgie; mais le symptôme constant c'est la douleur; celui-là on le retrouve dans presque toutes les observations. Dans un cas cependant, signalé par Irvine, le patient, homme de quarante-neuf ans, ne s'était jamais plaint de douleurs lombaires, avait vécu, paraît-il, en assez bon état, et l'anévrysme qu'il portait, anévrysme du tronc cœliaque, fut découvert à l'autopsie sans avoir été soupçonné pendant la vie.

Quant à l'anatomie pathologique de ces anévrysmes, je ne dirai rien de la texture de la tumeur; les enveloppes, les tuniques artérielles, dans les autopsies pratiquées, n'ont rien présenté de particulier, rien qu'on ne remarque habituellement dans les anévrysmes des autres artères. Mais le développement de l'anévrysme doit être étudié. Généralement les progrès de la tumeur se font sur le côté gauche, quelquefois en avant, d'autres fois en arrière. Ces progrès peuvent être tels que la tumeur fasse saillie à l'extérieur. L'anévrysme a quelquefois usé, détruit les vertèbres contre lesquelles il était appuyé. Dans l'observation de Bloxmann se trouve cette mention : vertèbres usées par la tumeur; dans celle de Coupland : les vertèbres présentaient comme un commencement d'usure; dans celle de Cooke : la tumeur, qui avait usé plusieurs corps vertébraux, s'ouvrait dans la plèvre droite; dans celle de Finny : la tumeur avait décollé le péritoine depuis le diaphragme jusqu'au ligament de Fallope; l'anévrysme, qui appuyait sur les piliers du médiastin, avait complètement détruit le pilier gauche; la vertèbre correspondante était érodée; dans celle de Robert-Samuel Archer : la tumeur anévrysmale, du volume d'une grosse orange, avait érodé les vertèbres à son niveau.

Dans quelques cas, on signale la présence de deux tumeurs anévrysmales sur l'aorte, à quelque distance l'une de l'autre, tumeurs contemporaines ou apparaissant l'une après l'autre. William Murray traita et guérit un anévrysme de l'aorte abdominale par la compression; six ans après, le malade eut un autre anévrysme de l'aorte et mourut subitement. L'autopsie permit de vérifier la guérison du premier anévrysme. Bristowe a constaté à l'autopsie deux anévrysmes de l'aorte abdominale d'un sujet : l'un immédiatement au-dessous du diaphragme, l'autre au niveau de l'artère mésentérique supérieure. Nixon a trouvé aussi sur son malade un volumineux anévrysme fusiforme de l'aorte et un autre du tronc cœliaque. Dans le cas de Finny, on reconnut la formation de plusieurs anévrysmes faux consécutifs, au-dessus de la principale tumeur anévrysmale.

Le volume de l'anévrysme est variable, mais toujours assez considérable, vu le calibre du vaisseau. Indiqué par comparaison, on l'a vu représenté par celui d'un œuf de poule, d'une orange, de deux oranges. Compland dit que le sac anévrysmal de son sujet s'étendait du diaphragme aux artères rénales. Le malade de Finny présenta un énorme anévrysme qui avait décollé le péritoine depuis le diaphragme jusqu'au ligament de Fallope.

On a observé plusieurs fois la rupture de ces anévrysmes de l'aorte abdominale. Le fait le plus singulier, je crois, a été vu par Laennec, c'est la rupture d'un de ces anévrysmes dans le canal rachidien. Dalmas et Chomel ont écrit (*Dictionnaire en 30 volumes*) que ces anévrysmes peuvent s'ouvrir, soit dans l'estomac, soit dans les intestins, soit dans la cavité du péritoine, ou sous cette membrane, dans le tissu sous-séreux. Morgagni cite un cas dans lequel le sang a été versé de l'abdomen dans la poitrine. Chez le sujet de Cooks, la tumeur s'était ouverte dans la plèvre droite. Chez la femme observée par Redmont, on reconnut que l'aorte abdominale était perforée par un anévrysme disséquant à 1 pouce au-dessus de la bifurcation. La tumeur s'était ainsi ouverte dans le péritoine.

Richard Schulz a vu un anévrysme de l'aorte se rompre dans l'abdomen; toute la moitié gauche de la cavité abdominale était remplie d'énormes caillots. Une communication s'était établie avec la plèvre gauche, laquelle aussi était pleine de sang. Dans le cas relaté par Berjaud, la poche anévrysmale s'était ouverte peu à peu à travers le diaphragme, et le sang s'épanchait dans la cavité thoracique; une ouverture récente s'était faite dans l'abdomen.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Sur un procédé technique de diagnose des « Gonococci ». Note de M. *Gabriel Roux*. — Le *Gonococcus* de Neisser, dans la grande majorité des cas, par son habitat particulier, son séjour intracellulatre fréquent, se distingue suffisamment d'avec les autres *Cocci*, mais non sûrement. Cependant il est des cas douteux où l'affirmation sans restriction est nécessaire et pourtant difficile; et, pour ces cas rares, mais possibles, l'auteur propose le procédé de technique suivant, dont il se croit en droit de garantir l'exactitude.

Lorsque dans un liquide organique quelconque renfermant des micro organismes on veut, dit-il, déceler la présence de ces derniers par l'élégante méthode dite « de double coloration », on a ordinairement recours au procédé de Gram.

Or l'expérience maintes fois répétée a démontré que ce procédé, applicable aux examens de pus quelconque, aux sécrétions buccales, pharyngiennes, bronchiques, etc., ne l'est absolument pas au *pus blennorrhagique;* ce dernier, traité de cette façon, donne constamment un résultat négatif, si le *Gonococcus* seul y préexiste.

En d'autres termes et pour conclure, le liquide de Gram ne fixe pas les couleurs basiques d'aniline sur les *Gonococci* qui, soumis à l'alcool, se décolorent en même temps que les éléments anatomiques et ne sont plus que très difficilement reconnaissables à l'examen microscopique. Tel n'est pas le cas pour les autres *Cocci*, tels que les *Micrococci* normaux de la bouche, du pharynx, des bronches, etc., le *Micrococcus ureæ*, les *Diplococci* de la pneumonie et des selles normales, les *Streptococci* et les *Staphylococci* de divers ordres.

Il est donc *toujours possible*, dans les *cas douteux*, après avoir constaté la présence des *Gonococci* par la coloration au violet de gentiane ou autre, employé seul et sans addition d'alcool, de reconnaître la véritable nature de ces derniers en faisant agir sur la même préparation (examinée d'abord dans l'eau) successivement le liquide de Gram et l'alcool.

S'il y a disparition absolue des Cocci, *ce sont bien ceux de Neisser;* s'ils persistent, au contraire, avec leur coloration violette, il y a lieu d'émettre des doutes sur la nature blennorrhagique de l'affection en cause et de rechercher sa véritable nature.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. les docteurs *Demange* (de Nancy) et *Chassinat* (d'Hyères) demandent à être portés sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *Hirtz* (de Colmar) envoie une *Note* manuscrite sur *la révulsion sur les voies génito-urinaires par les méloé dans les rhumatismes articulaires aigus et les bronchites chroniques.* — (Renvoi à l'examen de MM. *Constantin Paul* et *Dujardin-Beaumetz.*)

M. *Proust* présente, au nom de M. le docteur *Layet*, une brochure sur *le service municipal et la préservation de la variole à Bordeaux*, et l'article Hygiène des Écoles, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Féréol* dépose une *Étude* de MM. *A. Durand-Claye* et *Pestché sur l'assainissement de Berlin.*

M. *Dujardin-Beaumetz* offre un nouveau fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique* et présente, au nom de MM. *Porée* et *Livache*, un *Traité des établissements insalubres.*

M. *de Quatrefages* fait hommage de la 8e édition de son livre sur l'*espèce humaine* et de son *Introduction à l'étude des races humaines.*

M. *Roger* dépose une brochure de M. le docteur *Marquez* sur *Hyères.*

M. *Villemin* présente la 2e édition du *Traité des maladies de l'enfance* de M. *Cadet de Gassicourt.*

M. *Germain Sée* dépose un ouvrage intitulé : *Clinique interne de l'Université de Liège*, par M. le docteur *Masoin.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un *gazo-injecteur* pour injections rectales gazeuses, imaginé par M. le docteur *G. Bardel.*

Déclaration de vacance. — Conformément à l'avis exprimé par le Conseil d'administration, l'Académie déclare les vacances d'une place d'associé libre, en remplacement de M. Milne-Edwards, décédé, et d'une place de membre titulaire dans la XIe section (*Pharmacie*), par suite du décès de M. Bouchardat père.

Vaccination rabique. — M. *Colin* (d'Alfort) n'estime pas que les résultats indiqués mardi dernier par M. Pasteur donnent la valeur exacte des inoculations rabiques dites préventives; tout en faisant des vœux pour le succès de cette méthode, il tient à en peser et à en discuter les résultats.

Il lui paraît tout d'abord impossible que les 1726 Français qui sont venus depuis une année se faire soigner au laboratoire de M. Pasteur, aient été tous mordus par des chiens enragés. Les éléments de la statistique présentée sont recueillis par des gens incompétents, ils ne sont pas contrôlés ni même très souvent susceptibles de contrôle, en raison de la difficulté qu'on éprouve à s'assurer si un animal, abattu dès qu'on le voit mordre, était réellement atteint de rage; aussi faut-il, tout en commençant, déduire des animaux donnés comme enragés, un nombre considérable, mais non déterminé, de non-enragés; il faut aussi déduire du nombre des personnes mordues un chiffre considérable représentant les mordus pour le compte desquels les résultats du traitement antirabique ne prouvent rien. D'ailleurs, la statistique officielle récente du ministère de l'agriculture donne 351 personnes mordues depuis un an, et l'on a dans le même temps abattu 1697 chiens et 16 chats, de sorte qu'il a fallu 4,8 chiens pour mordre une personne; d'où il résulte qu'un grand nombre des animaux occis ne devaient pas être enragés, car, s'ils l'eussent été tous, ils auraient mordu un plus grand nombre de victimes. En tout cas, il y a loin de ce nombre 351 à celui de 1726 que donne la statistique de M. Pasteur.

Il importe, d'autre part, de remarquer que tous les individus mordus par des chiens enragés ne contractent pas la rage, quand bien même ils ne seraient soumis à aucun traitement; de nombreuses expériences ont confirmé ce fait d'observation. Puis il faut tenir compte du nombre des sujets assez bien cautérisés pour éviter les suites des morsures; on

ne tient pas assez compte aujourd'hui des excellents résultats de cette pratique, qui n'a pas besoin d'être appliquée immédiatement pour être efficace, la salive rabique étant peu diffusible, peu nuisible à l'eau, à la sérosité et au sang, peu apte à pénétrer les tissus et à former des courants osmotiques. Il est à peu près certain que la cautérisation préviendrait la rage, sur tous les sujets, si elle était appliquée exactement dans de courts délais et qu'elle pourrait ainsi rendre les autres traitements superflus. Il faut, en tout cas, lui rapporter une grande partie des cas de préservation mis à l'actif de la vaccination rabique.

Ainsi, de la somme totale des sujets traités, il convient de défalquer: 1° les mordus par animaux non enragés; 2° ceux sur lesquels les morsures ne devaient pas avoir de suites fâcheuses; 3° ceux qu'une cautérisation efficace a préservés; il reste les sujets pour lesquels la vaccination ou un autre traitement pouvait être utile. Or, avant le traitement de M. Pasteur, trente personnes succombaient en moyenne chaque année à la rage; il faudrait augmenter ce nombre si celui des animaux enragés s'était accru et le réduire si, ce qui est très probable, le traitement par la cautérisation est mieux appliqué et dans une plus forte proportion qu'autrefois. M. Colin arrive ainsi à porter à dix-huit ou à vingt seulement le nombre des sujets que la vaccination a guéris.

Il ajoute qu'au dire même de M. Pasteur, la vaccination rabique a échoué un certain nombre de fois. Il eût fallu, dès le début, s'entourer de plus de garanties expérimentales, rechercher dans quelle proportion les animaux non traités contractaient la rage, dans quelle autre les cautérisés et les vaccinés échappaient à la maladie. C'est pourquoi M. Colin n'a jamais cru à l'infaillibilité du traitement antirabique, d'autant que les inoculations charbonneuses n'ont pas été sans danger et n'ont donné que des résultats très infidèles. Enfin, il est à craindre que, comme pour ces dernières, les vaccinations rabiques ne puissent déterminer par elles-mêmes la maladie, si les morsures n'étaient pas rabiques ou bien si la cautérisation préalable avait complètement détruit la matière virulente.

Syphilis. — M. *Cornil* lit un rapport sur le concours pour le prix Herpin en 1886. Un seul mémoire, auquel le prix est décerné, a été envoyé à ce concours; il avait pour sujet la question suivante: Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée.

Eaux minérales. — Le rapport général sur le service médical des eaux minérales en France est lu par M. *Vidal*. Il débute par un intéressant exposé des doléances des médecins des eaux en ce qui concerne la situation de nos stations thermales. Cette situation, qui était devenue florissante après la guerre de 1870, périclite depuis quelques années; est-ce uniquement à la crise économique qu'il faut rapporter cette décadence si marquée? Ne doit-on pas plutôt l'expliquer par la mauvaise gestion des propriétaires ou des concessionnaires de ces eaux? La plupart des médecins inspecteurs se plaignent du retard apporté aux améliorations sans cesse promises et sans cesse reculées par les Compagnies fermières. Ils signalent la tendance funeste de ces Compagnies à se soustraire à la surveillance de l'Etat, compromettant ainsi une des richesses de la France. L'exemple de l'Angleterre devrait pourtant leur servir. Les eaux de la Grande-Bretagne sont tombées en discrédit depuis le jour où le gouvernement a déclaré la liberté d'exploitation et supprimé les inspecteurs. Livrées au mercantilisme de l'exploitation privée, elles sont réduites aujourd'hui à l'état le plus précaire. Nos stations thermales sont-elles menacées d'un sort pareil? M. Vidal termine son rapport par l'analyse de trente rapports envoyés par les médecins inspecteurs et conclut par un certain nombre de propositions de récompenses, destinées à être lues en comité secret.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Ossification tardive d'un cal fibreux de la rotule : M. Pamard. — Suite de la discussion sur la suture de l'urèthre : MM. Le Dentu, Terrier, Th. Anger, Just Championnière. — Névralgie du nerf dentaire inférieur; élongation : obs. de M. Jeannel, rapport de M. Monod. — Morsure de vipère : obs. de M. Pluyette, rapport de M. Terrier. — Cure radicale d'une épiplocèle para-ombilicale irréductible: M. Routier.

M. *Chauvel* donne lecture d'une note de M. *Pamard*. Deux fractures successives des rotules s'étaient d'abord consolidées par un cal fibreux. Quelques années après les fonctions du membre étaient parfaites et aucune mobilité n'existait entre les fragments osseux.

— M. *Le Dentu* lit l'observation dont il a parlé dans la dernière séance. Après une uréthrotomie externe faite par M. Horteloup, il était resté une fistule. Le cathétérisme étant devenu difficile, M. Le Dentu incisa de nouveau le canal, puis le sutura après avoir mis une sonde. Il conseille la suture après l'extraction de corps étrangers; mais ce n'est pas une opération banale. Quant aux ruptures de l'urèthre dans sa portion périnéale, on doit y proscrire la suture. La vulgariser serait exposer à des infiltrations d'urine très fréquentes, entre les mains de bien des praticiens.

M. *Terrier* soutient que la suture de l'urèthre, quoique délicate, est une opération banale si l'on prend des précautions antiseptiques. Pour les ruptures, il ferait comme M. Championnière. Quant à la suture dans l'uréthrotomie externe, il ne la comprend pas. Il ne peut admettre que, par la suture, on détruise ce qu'on vient de gagner.

M. *Th. Anger* montre les calculs auxquels il a fait allusion dans la dernière séance.

M. *Championnière* ne parle que de la chirurgie faite par des chirurgiens qui savent opérer. Dans ces conditions, la contusion des tissus n'a jamais été un obstacle à la réunion immédiate. C'est un principe, et, avec quelques précautions prises contre l'urine, on doit l'appliquer au périnée.

M. *Le Dentu* persiste à redouter l'urine Pour l'uréthrotomie externe il est, en principe, parfaitement d'accord avec M. Terrier, mais le cas dont il a parlé était spécial. Il n'y avait plus qu'une bride étroite dans ce canal, déjà dilaté auparavant. La suture n'a donc pas fait perdre ce que l'uréthrotomie avait fait gagner.

— M. *Monod* fait un rapport sur deux observations de M. *Jeannel* (de Toulouse), concernant des *névralgies faciales traitées par l'élongation du nerf dentaire inférieur*. M. Jeannel a eu recours au procédé de M. Monod (Soc. chir., 1884; voy. *Gaz. heb.*, p. 488) et a, lui aussi, observé un succès durable, maintenu depuis un an, et un insuccès complet. La première malade avait cependant une affection centrale (sclérose en plaques). Le second ne paraissait pas en souffrir; c'est cependant l'hypothèse à laquelle s'arrête M. Monod. Pour le rapporteur, l'élongation du dentaire inférieur et la destruction de son extrémité périphérique sont indiquées dans les névralgies faciales à point de départ mentonnier évident. En cas d'insuccès, on peut poursuivre le mal à l'aide de la polynévrotomie de Letiévant.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une observation de M. *Pluyette* (de Marseille): *morsure de vipère ayant déterminé des phénomènes graves, guérison*. La vipère était une vipère africaine, d'espèce particulière, déjà connue pour n'être pas des plus dangereuses et pour causer des accidents locaux surtout et des troubles généraux plus tardifs et moins graves (Viaud-Grand-Marais). C'est ce qui eut lieu sur le blessé de M. Pluyette. Cet homme, en outre, avait eu la précaution de serrer le poignet au-dessus de la plaie avec

un fort lien et de cautériser la morsure avec de l'ammoniaque. Les accidents locaux (œdème, menace de phlegmon et de gangrène) ont été sérieux ; M. Pluyette les a combattus par des débridements au thermocautère que M. Terrier trouve rationnels ; par des injections locales de teinture d'iode qui ne sont en tout cas pas nuisibles. M. Terrier approuve moins l'administration d'éther phosphoré à l'intérieur. Enfin, M. Pluyette pense que les bains antiseptiques, auxquels le malade a refusé de se soumettre, ont été plus nuisibles qu'utiles. M. Terrier est d'un avis radicalement opposé.

— M. *Routier* a pratiqué une *cure radicale d'une épiplocèle para-ombilicale irréductible*, causant des douleurs et des troubles digestifs persistants. Le repos au lit, les bains avaient été insuffisants et le taxis modéré, sans chloroforme, avait échoué. Un nouvel essai fut fait sous le chloroforme, mais M. Routier s'était fait autoriser, avant l'anesthésie, à faire la cure radicale si la tentative de réduction échouait encore. C'est ce qui eut lieu. L'épiploon et le sac furent réséqués ; l'anneau, puis les plans superficiels furent suturés. La guérison fut rapide, sans suppuration aucune. (M. *Terrier* rapporteur.)

— *Commission des prix*. — *Prix Duval* : MM. Marjolin, Th. Anger, Monod, Humbert, Peyrot.

Prix Laborie : MM. Guéniot, Nepveu, Lucas-Championnière, Richelot, Kirmisson.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Action physiologique de la pipéridine : M. Œschner de Coninck. — Sur une maladie des langoustes : M. Pouchet. — Action des courants électriques sur les tissus vivants : MM. Larat et Onimus. — Perte de la sensibilité consécutive à l'ablation des centres moteurs : M. Dupuy.

M. *Gréhant* lit une Note de M. *Œschner de Coninck* sur l'action physiologique de la pipéridine chez les animaux à sang chaud ; ces effets ont été identiques à ceux que M. Œschner de Coninck avait déjà obtenus avec la pipéridine de synthèse.

— M. *Pouchet* a commencé d'étudier une maladie qui s'est développée depuis quelque temps sur les langoustes placées dans les viviers de Concarneau. Ces animaux présentent des troubles de la sensibilité générale, puis de la paralysie et enfin ils meurent ; jusqu'à présent l'étiologie de l'affection n'a pu être déterminée.

— M. *Larat* communique les résultats des recherches qu'il a faites en commun avec M. *Onimus* sur le mode d'action de l'électricité sur les tissus vivants. Il insiste particulièrement sur une série d'expériences qui consistaient à faire passer un courant de pile dans les muscles de l'un des expérimentateurs, puis à recueillir le courant de polarisation produit ainsi dans ce tissu, courant qui pouvait alors donner lieu à des contractions musculaires chez une grenouille préparée à cet effet. De ces expériences MM. Larat et Onimus croient pouvoir conclure à l'inexactitude de la théorie de Dubois-Reymond et de « l'école allemande » sur la nature des courants électriques propres aux tissus vivants.

— M. *Dupuy* rappelle qu'il a toujours signalé la perte de la sensibilité générale comme résultant de l'ablation des centres dits psycho-moteurs, chez plusieurs chiens qu'il a eu l'occasion de présenter à la Société et sur lesquels il avait pratiqué cette opération. Or un chirurgien anglais, M. V. Horsley, vient de constater les mêmes phénomènes chez l'homme, sur trois malades chez lesquels il a enlevé tout ou partie des centres moteurs corticaux, pour des attaques épileptiformes symptomatiques de lésions cérébrales : après l'opération la sensibilité générale a été abolie ou altérée.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Phénomènes de transfert sous l'influence de l'aimant : M. Babinski. — Action de la lumière sur les spores du bacillus anthracis : M. Straus. — Myopathie atrophique progressive à type scapulo-huméral : MM. Déjerine et Landouzy. — Action des différents sels de soude sur les poissons : M. Ch. Richet. — De la vie des poissons dans un milieu acide : M. Ch. Richet. — Sur une balance enregistrante : M. Ch. Richet. — Quantité normale d'oxyhémoglobine contenue dans le sang : M. Hénocque. — Des intoxications par le sublimé : M. Butte. — Action thérapeutique du tanin dans la tuberculose : MM. Artaud et Raymond.

M. *Babinski* a vu se produire, sous l'influence de l'aimant, le transfert d'un sujet à un autre de divers phénomènes nerveux, tels que paraplégie, hémianesthésie, coxalgie, mutisme hystériques, etc. Les premières expériences ont été faites sur deux sujets hystéro-épileptiques, se comportant l'un à l'égard de l'autre comme un membre par rapport au membre symétrique, chez le même sujet, dans les expériences de transfert connues jusqu'ici. En poursuivant ses recherches, M. Babinski a observé ce phénomène entre une hystérique, atteinte de paralysie spontanée, et un sujet hypnotique ; après plusieurs transferts successifs, l'état de la malade s'est amélioré. Enfin il a même pu obtenir, dans les mêmes conditions, le transfert des différents symptômes de la sclérose en plaques.

— M. *Straus* rappelle les expériences de M. Arloing sur l'action de la lumière sur les spores du *Bacillus anthracis*, expériences dans lesquelles M. Arloing a constaté que des spores placées dans un ballon Pasteur sont tuées à la suite d'une exposition au soleil de deux heures, alors que le mycélium végétant résiste pendant trente heures. Or, c'est là un fait contraire à tout ce que nous savons de la grande résistance de la spore à tous les agents naturels. Aussi M. Nocard et M. Duclaux avaient-ils supposé que le phénomène n'avait lieu que pour des spores commençant à végéter, mais qu'il ne s'observait pas pour les spores proprement dites. Des recherches, instituées par M. Straus pour vérifier cette hypothèse, lui ont démontré que les choses se passent réellement ainsi et qu'en plaçant des spores de *Bacillus anthracis* dans un ballon Pasteur, dans un milieu non nutritif, où elles ne peuvent se développer, où nécessairement elles restent à l'état de spores, ces spores résistent à l'exposition au soleil bien plus longtemps que le mycélium.

M. *Duclaux* confirme l'exactitude des faits énoncés par M. Straus en disant qu'il a obtenu des résultats analogues avec des spores autres que celles du *Bacillus anthracis*.

— M. *Déjerine* communique, au nom de M. *Landouzy* et en son nom, une observation de myopathie atrophique progressive à type scapulo-huméral. C'est là, comme on le sait, une affection primitive de la fibre musculaire, une myopathie et non une myélopathie, ainsi d'ailleurs que MM. Déjerine et Landouzy ont déjà eu l'occasion de le démontrer, en s'appuyant, pour établir ce diagnostic, sur l'absence des contractions fibrillaires et de la réaction de dégénérescence et sur la conservation des réflexes tendineux. Aussi bien, dans le cas dont il s'agit présentement, le système nerveux périphérique et central a été trouvé, à l'autopsie, absolument intact. Au contraire, la fibre musculaire présente une altération caractéristique, qui est l'atrophie simple, la diminution de volume. Tous les muscles sont atteints. Cette myopathie est donc une affection de tout le système musculaire ; mais néanmoins, au point de vue clinique, le type scapulo-huméral doit être conservé.

— M. *Charles Richet* a déterminé le degré de toxicité des différents sels de soude pour divers poissons de mer. Pour établir ce degré de toxicité, il faut avoir égard, non au poids absolu, mais au poids moléculaire des sels expérimentés. En opérant de cette façon, M. Richet, entre autres résultats, a trouvé que le sel de sodium le moins toxique pour les poissons est le chlorure. Pour tous les sels organiques la quantité toxique de sodium par litre est à peu près la même.

— M. *Charles Richet* a déterminé le degré d'acidité ou de basicité du milieu dans lequel peuvent vivre les poissons de mer. Toutes les fois que l'eau contenait 10 centigrammes d'acide sulfurique par litre, les poissons sur lesquels il expérimentait mouraient beaucoup plus vite que par l'asphyxie simple.

— M. *Charles Richet* a fait construire par MM. Richard frères une balance enregistrante, sensible jusqu'à 10 kilogrammes et qui, pour un poids de 5 centigrammes, subit un déplacement de 1 millimètre. M. Richet présente des tracés qui montrent la perte de poids subie à chaque instant par divers animaux (lapins, cobayes, pigeons, etc.), par le fait seul de l'exhalation de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau. Ainsi peut être établi ce que M. Richet appelle le coefficient de dénutrition pour les différents animaux, et dans des conditions variées.

— Les observations de M. *Hénocque* sur la quantité normale d'oxyhémoglobine constituent la statistique personnelle la plus étendue qui ait été publiée sur le sujet. Pour l'homme, sur 208 individus différents, la quantité normale entre 13 et 14,5 pour 100 a été rencontrée 50 fois. Le chiffre 13 pour 100 est plus fréquent chez les habitants des villes.

Le singe (à Paris) a une normale un peu inférieure, entre 10 et 14 pour 100. Le chien présente 14 pour 100; le cobaye, 14 pour 100; le lapin domestique, 10 pour 100; les pigeons, 10 pour 100; les lézards, 3 à 13 pour 100; les poissons (goujons), 3 à 4 pour 100.

— M. *Gréhant* lit les conclusions d'une Note de M. *Butte* sur l'intoxication produite par l'usage thérapeutique du sublimé (lavages au sublimé, etc.).

— M. *Gréhant* présente une Note de MM. *Artaud* et *Raymond* sur l'action thérapeutique du tannin dans la tuberculose.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Compte rendu annuel des travaux de la Société : M. C. Paul. — De l'antifébrine : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. C. Paul, Boismont, Cadet de Gassicourt).

M. *C. Paul*, secrétaire général, donne lecture de son rapport annuel sur les travaux de la Société.

— M. *Dujardin-Beaumetz*, à propos de la note lue à la dernière séance par M. Boismont sur l'antifébrine, communique à la Société le résultat de ses expériences relatives à l'action antithermique de cette substance, ainsi qu'à ses propriétés physiologiques et toxiques. L'antifébrine est un corps cristallisé, blanc, que l'on peut se procurer à bas prix ; elle est peu soluble dans l'eau, mais facilement soluble dans l'alcool et dans le vin, et ne présente pas de goût bien appréciable. C'est un antithermique à la dose de 25 à 50 centigrammes ; elle abaisse la température au même titre que la plupart des autres antipyrétiques, en provoquant des sueurs assez abondantes. Elle paraît même avoir une grande analogie d'action avec l'acide phénique, car elle détermine comme lui, la cyanose lorsqu'elle est administrée à dose un peu élevée; M. Dujardin-Beaumetz a vu ce petit accident se produire chez un typhoïdique auquel il avait prescrit 50 centigrammes d'antifébrine. On obtient assez souvent, à cette dose, un abaissement très marqué de la température, qui tombe, par exemple de 40 à 36 degrés; mais les effets de ce médicament sont très irréguliers et inconstants : c'est ce que l'on observe également avec l'acide phénique. Chez les phthisiques, l'antifébrine n'a donné jusqu'ici aucun résultat favorable. D'autre part, c'est une substance toxique, à dose très élevée il est vrai : ainsi, un lapin du poids de $1^{kg},500$ succombe avec un abaissement thermique inférieur à 26 degrés lorsqu'on lui fait ingérer $1^{gr},50$ d'antifébrine. On voit par suite que, en évaluant le poids d'un homme en kilogrammes de lapin, il faudrait 60 grammes d'antifébrine pour faire périr un homme adulte. Les médicaments antithermiques peuvent être actuellement classés en deux groupes : 1° les antithermiques *sanguins*, qui agissent en altérant la composition des globules du sang; ce sont l'acide phénique, la kairine, la thalline ; 2° les antithermiques *nervins*, dont l'action porte directement sur les centres médullaires thermogènes : par exemple, l'antipyrine qui peut être considérée comme le moins dangereux de tous. L'antifébrine doit être rangée dans la classe des antithermiques sanguins. En ce moment, M. Dujardin-Beaumetz a entrepris des recherches relatives à son action sur les globules et à la formation de la méthémoglobine. Il serait heureux de connaître un réactif permettant de déceler la présence de l'antifébrine dans les urines après l'administration du médicament; jusqu'ici ni le perchlorure de fer, ni les divers réactifs qu'il a essayés n'ont fourni aucun résultat appréciable.

M. *C. Paul* se demande si l'antifébrine, qui est un produit de synthèse, peut être obtenue toujours identique à elle-même ; en un mot, si l'on a quelque garantie de l'uniformité de sa composition. Est-ce un corps nettement défini qui ne puisse être variable suivant sa provenance?

M. *Boismont* rappelle que l'antifébrine est obtenue par un procédé de préparation fort simple, au moyen de la réaction de l'acide acétique sur l'aniline. C'est un composé parfaitement défini, toujours identique à lui-même lorsqu'il est pur; d'ailleurs ce n'est point là un produit nouveau, il est connu depuis fort longtemps et son action antithermique seule est de découverte récente.

M. *Cadet de Gassicourt* fait remarquer que l'antifébrine semble être, jusqu'à présent, un médicament antipyrétique assez dangereux, puisqu'elle détermine parfois, même à faible dose, des accidents de quelque importance, tels que l'hypothermie et la cyanose. Ce sont là des inconvénients tout analogues à ceux qui ont été signalés après l'emploi de l'acide phénique ; il paraît donc probable qu'elle aura le même sort, et qu'après quelques expérimentations cliniques elle sera, ainsi que lui, complètement abandonnée comme agent antithermique. On devra se contenter encore de l'antipyrine, qui possède du moins l'avantage de n'offrir aucun danger à moins d'être employée à des doses excessives.

M. *Dujardin-Beaumetz* est en tout point de cet avis. Jusqu'ici on n'a pu encore déterminer une dose toxique à l'antipyrine, et l'on peut affirmer que l'on n'a jamais constaté aucun accident sérieux. Il faut se défier, en effet, des erreurs d'interprétation et prendre garde d'imputer à l'antipyrine, administrée dans certains cas désespérés, des décès survenus en dépit du médicament.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André PETIT.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

(Suite. — Voy. les n°s 43, 44 et 45.)

Discussion sur les résections orthopédiques. Résection de la hanche, résection du coude : M. Lagrange (de Bordeaux). — Parallèle de l'ostéoclasie et des résections orthopédiques : M. Mollière (de Lyon). — Redressement des pieds bots par l'ostéotomie et la résection : M. Vaslin (d'Angers). — Résection et suture pour une pseudarthrose de la jambe : M. Doyen (de Reims). — Résection pour une fracture bimalléolaire vicieusement consolidée : M. Decès (de Reims).— Résection et ostéoclasie dans les ankyloses du genou et de la hanche : M. Ollier (de Lyon). — De la résection orthopédique du tarse dans les pieds bots varus anciens : M. Gross (de Nancy). — Du traitement orthopédique comparé au traitement chirurgical dans les pieds bots : M. Ed. Martin (de Genève). — Deux résections du coude pour ankylose : M. S. Pozzi (de Paris).

« Quel que soit l'abus qu'on ait pu faire, dans certains cas, des résections orthopédiques, dit M. le professeur Ollier dans son récent *Traité des résections*, ces opérations représentent une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. » C'est pour tâcher de marquer la limite de l'usage à l'abus qu'a surgi la discussion du Congrès de chirurgie, et quelques vives attaques ont été poussées contre l'intervention sanglante dans les difformités congénitales des articulations et dans les ankyloses, dans les pieds bots, dans les courbures rachitiques et les cals vicieux.

C'est d'abord M. *Ed. Martin* (de Genève) qui, au nom des *pieds bots* justiciables du traitement orthopédique, proteste contre le *prurigo secandi*. Chez l'enfant, l'intervention chirurgicale doit être tout à fait exceptionnelle. M. de Saint-Germain avoue que, dans le pied bot congénital, le massage, l'électrisation, etc., sont des adjuvants indispensables de la ténotomie ; en réalité, la ténotomie est un accessoire inutile et nuisible même de l'orthopédie. Par la ténotomie et les soins consécutifs bien compris, le traitement dure treize mois; par l'orthopédie seule, entre les mains de M. H. Martin, orthopédiste à Lausanne, il dure huit mois. Et pour les cas les plus avancés? M. Ed. Martin reconnaît que la tarsotomie postérieure donne de bons résultats. Mais on peut parfaitement s'en passer si, avec Antoine Martin (de Lausanne) et son fils Henri Martin, on suit la méthode orthopédique qui remonte à Venel et qui, peu à peu perfectionnée par l'électricité, la gymnastique, s'est transmise, par tradition surtout, dans la Suisse romande. Sur 180 enfants, M. H. Martin n'en a trouvé qu'un seul chez lequel l'opération fût indiquée; et ces enfants ont souvent douze, treize ans. Il est même bon de ne pas commencer le traitement avant l'âge de deux ans. Ce traitement se fait en trois temps: 1° période de préparation, pendant laquelle on fait des massages, un peu l'électrisation et où l'on fait tenir tous les jours pendant quelque temps le pied en bonne position ; 2° période de redressement, on augmente les manipulations et les électrisations; on redresse le pied à l'aide d'appareils dont le meilleur est le sabot de Venel ; il faut proscrire les appareils plâtrés; 3° période de convalescence, lorsque le pied est redressé; pendant fort longtemps, alors, on fait porter des chaussures spéciales et l'on fait faire des exercices gymnastiques. Cela réussit très bien dans les pieds bots congénitaux non paralytiques; pour les pieds bots paralytiques le redressement est facile, mais il est plus difficile de fortifier le membre. M. *Arragon* a rapporté un cas de cette dernière espèce où l'électricité et le massage lui ont donné un succès.

Pour les pieds bots accentués, parmi lesquels nous n'avons guère en vue ici que les pieds bots varus équins, il ne semble toutefois pas que ces procédés simples puissent toujours suffire. M. le professeur *Gross* (de Nancy) avait déjà l'année dernière entretenu le Congrès des tarsotomies pour pieds bots invétérés. Avec Eug. Bœckel, il pense que la difficulté de la réduction provient avant tout de la déformation et du déplacement de l'astragale. Le col de cet os est tordu, dévié en dedans, et cela dès la naissance de l'enfant. Dès lors il faut enlever l'astragale quand les ténotomies, massages, etc., ont échoué; si c'est insuffisant, on y joindra la résection de la grande apophyse du calcanéum ; le résultat est meilleur si l'on conserve la malléole externe. M. Gross possède aujourd'hui 5 observations d'extirpation de l'astragale; ses trois premières ont donné un bon résultat fonctionnel définitif; tout porte à croire qu'il en sera de même pour les deux autres, plus récents, aujourd'hui communiqués au Congrès. Dans un cas de ce genre, mais modérément accentué, M. *Vaslin* (d'Angers) a eu un bon résultat par la résection de la tête de l'astragale seule; peut-être même pourrait-on s'en tenir à l'ostéotomie du col de l'astragale ; dans une autre observation, il a pu redresser après résection des extrémités postérieures des quatrième et cinquième métatarsiens.

La question change un peu pour les pieds bots acquis. Sans doute, M *Labbé* (de Paris) a obtenu un succès en enlevant l'astragale à une jeune fille de quinze ans chez laquelle l'équinisme avait commencé à quinze ou dix-huit mois et la rotation en dedans à neuf ans seulement. Mais M. Gross n'a eu qu'un résultat médiocre par cette opération, à laquelle il avait ajouté pourtant la résection de la grande apophyse du calcanéum, pour un pied bot varus équin, d'origine musculo-nerveuse, consécutif à un traumatisme médullaire. Pour ces cas, si l'on fait une résection, il faut s'attaquer à tout le pied et non à l'astragale qui n'est pas déformé ; il faut faire une résection cunéiforme. Mais auparavant il faut essayer, et pendant longtemps, le massage, le redressement forcé, la ténotomie, l'ostéoclasie.

M. *Mollière* (de Lyon) approuvera cette dernière parole, car il a fait un véritable réquisitoire contre l'ostéotomie, une véritable apologie de l'ostéoclasie. Pour l'*ankylose du coude*, il reconnaît la supériorité de la résection, que l'ankylose relève de traumatisme, de luxation ancienne, d'arthrite infectieuse, etc. C'est une opération absolument inoffensive et, bien pratiquée, bien pansée, ne suppurant pas, elle donne toujours un retour excellent des mouvements. Ces assertions sont confirmées par deux sujets dont M. *Pozzi* (de Paris) a fait manœuvrer les avant-bras devant les membres du Congrès. Allant même plus loin, M. *Lagrange* (de Bordeaux) n'a pas attendu que l'ankylose fût constituée : en présence d'une ostéite à poussées successives due à un coup de feu dans l'articulation du coude, il réséqua la jointure en imminence d'ankylose et les surfaces articulaires se sont fort bien reproduites.

Mais pour tous les autres os, pour toutes les autres difformités articulaires ou diaphysaires, congénitales ou acquises, M. Mollière est absolu. On peut toujours briser un os au point où l'on veut si l'on a recours à la méthode de Robin (de Lyon) ; car c'est là une méthode et non une simple instrumentation; méthode reposant sur un principe nouveau : la fixation du squelette à travers les parties molles comprimées à outrance. Dans le *pied bot,* les tarsotomies sont excellentes; mais elles donnent encore quelque mortalité; l'ostéoclasie réussit tout aussi bien et est inoffensive. Pour le varus équin, il faut faire l'ostéoclasie du tarse ou l'ostéoclasie intra-malléolaire ; mais, si l'on veut un bon résultat, on devra souvent y joindre l'ostéotomie du fémur en sens opposé, car, par le pied bot, tout le squelette du membre se trouve déformé.

M. Mollière a déclaré encore qu'aucun *cal vicieux* ne lui a résisté ; on brise soit le cal lui-même, soit une partie voisine, de façon à faire une courbure compensatrice. Cependant M. *Decès* (de Reims) s'est adressé à la résection de la malléole interne pour redresser une fracture bi-mal-

léolaire consolidée à angle droit. Nous n'appellerons pas résection orthopédique l'opération pratiquée par M. *Doyen* (de Reims): en présence d'une pseudarthrose de la jambe, ce chirurgien a obtenu la consolidation en suturant les fragments d'abord raccourcis, au réseau de Macewen, de 1 centimètre chacun.

Arrivant aux *courbures rachitiques*, M. Mollière confesse que, pour les degrés extrêmes, la résection orthopédique semble bien indiquée. Comment redresser, sans enlever un coin, une courbure considérable? Mais cette « menuiserie chirurgicale » nécessite une précision toujours aléatoire et l'on peut s'en dispenser; l'ostéoclasie crée un coin vide dans le côté concave de la courbure, et la régénération osseuse comble ce coin. Au lieu d'enlever une pièce à la convexité, on en ajoute une à la concavité. Cela se fait très bien pour les redressements successifs et lents. On complète le résultat au besoin par une ostéotomie compensatrice du fémur par exemple, s'il s'agit du tibia. D'après M. *Reclus*, le redressement successif n'est pas nécessaire dans les courbures rachitiques. On réussit fort bien par le redressement brusque. Si les muscles s'y opposent, on n'a qu'à faire la ténotomie, ainsi qu'il l'a pratiquée dans un cas.

L'*ankylose de la hanche* a été traitée par la résection du grand trochanter, par l'ostéotomie sous-trochantérienne; on peut, avec tout autant de précision, déterminer l'ostéoclasie sous-trochantérienne. L'*ankylose du genou*, enfin, qu'elle soit à angle aigu, à angle droit ou à angle obtus, doit être traitée par l'ostéoclasie, à la condition de redresser en plusieurs séances et de faire l'ostéoclasie d'autant plus au-dessus des condyles que l'angle est plus aigu. On obtient un fémur en T (en L serait peut-être plus exact) qui fonctionne parfaitement.

Mais ici, M. Ollier est intervenu, et il a défendu énergiquement l'ostéotomie cunéiforme sous-trochantérienne pour l'ankylose de la hanche, sus-condylienne pour l'ankylose angulaire du genou. A la hanche, si l'on se décide pour une opération sanglante, la question se pose entre la résection articulaire et l'ostéotomie sous-trochantérienne. Les résultats de la résection n'ont pas répondu à l'attente. Les conditions créées par la station bipède sont telles qu'on a toujours à craindre l'ascension du fémur ou plutôt la descente du bassin. M. *Lagrange* (de Bordeaux) vient cependant de réséquer la tête fémorale luxée depuis trois ans à la suite de la scarlatine et non encore ankylosée. Tout au contraire, l'ostéotomie cunéiforme, préconisée aussi par Volkmann, assure un membre solide et permet un redressement exact. Quant à l'ostéoclasie, M. Ollier lui refuse la précision mathématique que lui attribue M. Mollière; cela tient à ce qu'il est impossible de bien fixer le bassin. En outre, toute la région est ébranlée et comme on agit souvent sur des foyers mal éteints d'ostéomyélite ou de tuberculose, le traumatisme est capable de donner un coup de fouet parfois mortel. Dans deux cas semblables, d'ankylose avec fistules et inflammation subaiguë, l'ostéotomie a amené la guérison, tandis que l'ostéoclasie causait une suppuration diffuse et la mort. M. *Aug. Reverdin* (de Genève) a rapporté à ce propos un succès de l'ostéotomie sous-trochantérienne pour une ankylose double de la hanche. M. le professeur *Verneuil* a aussi donné à cette opération l'appui de son autorité, et a insisté sur le moindre ébranlement qu'elle produit, sur la moindre tendance, par conséquent à réveiller des accidents inflammatoires.

La même objection s'applique aux ankyloses du genou, où il reste des fistules, des foyers d'inflammation subaiguë. Mais, tandis que M. Ollier rejette complètement l'ostéoclasie de la hanche, ici il est moins absolu, car on peut avoir plus de précision. Aussi est-ce le procédé de choix pour l'ankylose à angle obtus, et même pour l'ankylose à angle droit, quoique le fémur brisé se consolide à angle droit aussi et que le membre perde toute la longueur du fragment inférieur. Mais pour l'ankylose à angle aigu, l'ostéoclasie lui paraît inadmissible: les fragments sont mis en contact par une pointe, ce qui est défavorable pour la consolidation, et même ils forment fatalement un angle aigu ouvert en haut. Alors la résection est l'opération de choix; la mortalité en est nulle aujourd'hui. M. Lucas-Championnière a apporté, à une autre séance du Congrès, une série de 10 cas sans mortalité; M. Ollier, dans le courant de l'année dernière, a eu 9 succès consécutifs.

Au courant de la discussion sur les résections orthopédiques, M. Mollière a seul dit un mot des *luxations congénitales de la hanche* et il a formellement repoussé la résection de la tête fémorale; on réussit toujours par la méthode non sanglante. Dans une séance ultérieure, le professeur *A. Poncet* (de Lyon) a donné lecture d'un travail de M. le docteur *Vincent* (de Lyon) sur ce sujet. Nous croyons devoir mentionner maintenant ce mémoire. Pour Margari (de Turin) la résection est indiquée *surtout* dans la luxation double; déjà par M. Vincent, elle n'est indiquée que dans la luxation double. Et, même alors, presque toujours le corset orthopédique suffit. Parfois, néanmoins, la laxité est telle que la marche est à peu près impossible. Dans un cas de ce genre, M. Vincent a extrait la tête fémorale d'un côté et a obtenu, par une longue immobilisation, une semi-ankylose fibreuse qui donne un point d'appui suffisamment solide. Margari a tort de mobiliser au plus vite la jointure artificielle pour en éviter l'ankylose; il a tort aussi de réséquer les deux côtés. Il faut chercher la fixité de la hanche opérée (1).

Si maintenant on veut se rendre compte de ce que valent, en général, les résections orthopédiques, il faut se reporter au mémoire de M. *J. Bœckel* (de Strasbourg): *Statistique des résultats éloignés des résections orthopédiques.* On trouvera là l'analyse de 55 opérations pratiquées de 1875 à 1886, dont 28 ostéotomies linéaires et 27 résections proprement dites. M. Bœckel nous en a résumé 20 cas au Congrès: 9 résections du coude, 3 du genou; une résection sous-trochantérienne du fémur, 4 tarsotomies, 4 résections pour pseudarthroses. La guérison a toujours été obtenue. Au coude, deux ont été pratiquées pour tumeurs blanches, et les fongosités ont récidivé; les résultats ont été beaucoup meilleurs pour 7 ankyloses traumatiques: 4 ont été parfaits. Au genou, une arthrite déformante a donné une récidive fongueuse au bout de trois ans; une résection pour tumeur blanche ankylosée a donné un succès qui dure depuis trois ans et demi; chez un autre sujet, au bout de quatre mois, il fallut réséquer la tête fémorale du côté opposé et l'enfant succomba dans les trois jours à une méningite tuberculeuse. Sur 3 tarsotomies, une seule a donné un résultat parfait. De 4 pseudarthroses, une seule, où les fragments étaient assez atrophiés pour que M. Bœckel ait proposé l'amputation, a conduit à un échec.

(1) Après avoir donné lecture du mémoire de M. Vincent, M. le professeur Poncet a raconté le fait suivant, où il a également eu pour but de provoquer une ankylose: « Je rapprocherais de l'observation de M. Vincent, où le résultat cherché fut une ankylose incomplète dans une résection pour luxation congénitale de la hanche, l'observation d'un malade chez lequel je poursuivis le même but. Je me proposais d'obtenir par une large ouverture de l'articulation du genou une ankylose aussi complète que possible. Il s'agit d'un homme porteur depuis deux ans, d'une fracture de la rotule gauche, dont les fragments distants de 4 centimètres n'étaient réunis par aucun cal; les ailerons ligamenteux avaient été déchirés sur une largeur telle que, l'articulation manquant de solidité, le malade marchait avec peine et n'avait pu reprendre sa profession d'ouvrier teinturier. Par une large incision cruciale, je pénétrai dans l'articulation que je touchai dans la plus grande partie de son étendue avec la solution de chlorure de zinc au 1/100e et je bourrai tous les culs-de-sac de gaze iodoformée. J'ai obtenu de la sorte une ankylose fibreuse à peu près complète, trois mois après le malade commençait à marcher, il put, dans la suite, reprendre son travail pénible, qu'il a continué depuis. »

Communications diversee.

— M. A. *Poncet* (de Lyon). *Des greffes osseuses dans les pertes de substance étendues du squelette.* — L'ostéomyélite aiguë de l'adolescence fait parfois nécroser des os entiers, tels que le tibia, et les cas ne sont pas rares où le périoste, trop altéré, est devenu impropre à une régénération suffisante. S'inspirant des expériences de Macewen et d'Ollier, M. Poncet a pu, à l'aide de greffes prises à un mort-né, puis à un jeune chevreau, faire reproduire 30 centimètres de tibia. Il a entrepris ensuite des expériences sur les animaux, et de tout cela il tire les conclusions suivantes :

« Les développements qui précèdent me permettent de présenter les considérations suivantes :

« La greffe osseuse est possible dans certaines conditions déterminées dont on ne s'était point jusqu'alors préoccupé.

« Dans les pertes de substance étendues du squelette, telles qu'on les observe après les nécroses aiguës des os longs, chez les enfants et les adolescents, avant la soudure des épiphyses, après les fractures compliquées, alors qu'une portion notable du squelette a été sacrifiée, on songera à remédier à l'absence et au retard de consolidation par ce moyen thérapeutique nouveau.

« Il sera permis ainsi de parer, dans une certaine mesure, au raccourcissement du membre malade, et surtout de lui conserver ses fonctions en assurant la solidité du squelette. Dans les ostéites juxta-épiphysaires infectieuses des os parallèles, du tibia, du radius, par exemple, alors que l'articulation voisine est envahie, la résection ne se bornera pas à l'extraction de l'os nécrosé ; on devra également réséquer l'extrémité correspondante de l'os voisin, du cubitus, du péroné, en ayant soin de faire porter la section au-dessus du cartilage d'accroissement. Cette conduite, discutable dans les fractures compliquées, est ici justifiée par la nécessité de régulariser, de diminuer la croissance d'un os parallèle, dont le développement, n'étant plus en harmonie avec l'os voisin de nouvelle formation, entraînerait à la longue des déformations irrémédiables du pied, de la main.

« Pour que la greffe osseuse ait chance de réussir, certaines conditions inhérentes aux fragments transplantés, à la plaie, au terrain sur lequel ils seront placés, nous paraissent indispensables.

« Les greffes devront être petites ; elles ne dépasseront guère 6 à 8 millimètres comme longueur (greffes fragmentaires d'Ollier) et 3 à 4 millimètres d'épaisseur; elles comprendront le périoste, et devront être empruntées de préférence aux parties du squelette où l'ossification est la plus active : aux régions juxta-épiphysaires voisines du cartilage d'accroissement, aux bulbes osseux.

« Toutes les fois que la chose sera possible, on utilisera le squelette de nouveau-nés, d'enfants morts sans tare pathologique; des amputations après traumatisme pourront également, même après un certain temps, fournir les matériaux de la greffe; il en sera de même du squelette de jeunes animaux.

« Les fragments seront détachés soigneusement avec un bistouri solide, jamais avec la scie, et dans une direction parallèle à celle de l'os. On s'assurera que la surface de section est plane, qu'elle ne présente pas de lamelles saillantes plus ou moins détachées.

« Le terrain joue un rôle des plus importants au point de vue de la réussite des greffes.

« Posons d'abord en principe que, pour compter sur ce moyen thérapeutique, on ne saurait attendre la cicatrisation de la plaie, la constatation de l'absence de consolidation ou de régénération osseuse. Nous croyons peu, à ce moment, malgré l'observation de Macewen, mais conformément au fait publié par M. Ollier, au succès, à l'utilité des fragments osseux transplantés dans ce tissu fibreux, qui n'est qu'un tissu de cicatrice dont la vitalité laisse elle-même à désirer.

« Pour compter sur la greffe, il faut qu'elle soit faite sur un terrain tout autre. C'est dans la période de réparation de la plaie, alors que les accidents inflammatoires ont complètement disparu, lorsque les bourgeons charnus de bonne nature, vasculaires, rosés, suppurent peu, lorsque les bords commencent à s'épidermiser, que l'on essayera les greffes osseuses.

« En contact avec des bourgeons appelés, pour la plupart, à l'ossification, elles trouvent des conditions particulières de nutrition qui assurent leur succès.

« Les fragments osseux transplantés ne s'accroissent très probablement pas ; peut-être même sont-ils résorbés après un temps plus ou moins long.

« Dans tous les cas, ils entrent, pendant une période nécessaire, dans la formation de l'os nouveau, qu'ils consolident, qu'ils renforcent, suivant une comparaison qui nous paraît juste, à la façon de briques, de moellons plongés dans une substance susceptible de se durcir. Il est probable qu'ils exercent en plus une action de présence qui réveille dans les tissus voisins des propriétés ostéogéniques. Une antisepsie parfaite, soit du côté des greffes, soit du côté des plaies avec lesquelles elles doivent être mises en contact par la plus large surface possible, est indispensable; il en est de même d'une immobilisation absolue du membre malade, telle que l'attelle plâtrée peut seule la donner. »

— M. *Just Lucas-Championnière* (de Paris). *De la résection du genou.* — Malgré les efforts d'Ollier, de Bœckel, la résection du genou est trop peu pratiquée en France. M. Championnière a d'abord eu des préventions : il a cru à la grande mortalité; à la fréquence des fistules, des membres impotents, des amputations secondaires. Dix opérations, dont neuf faites l'année dernière, lui ont prouvé que ces craintes sont dénuées de fondement. Les dix malades (cinq de chaque sexe) ont guéri; neuf avaient des tumeurs blanches et un une arthrite déformante traitée d'abord sans succès par l'arthrotomie. Des lésions pulmonaires nettes ne sont pas une contre-indication : elles rétrocèdent après l'acte chirurgical. Huit fois M. Championnière a obtenu la réunion immédiate ; le neuvième malade a eu un excellent résultat après un mois de suppuration insignifiante; le dixième, dont l'état général était déplorable, dut être amputé; trois semaines après il était « sur ses pieds ». Cette opération n'est pas bonne chez les jeunes enfants (Ollier); le plus jeune des patients de M. Lucas-Championnière avait dix-sept ans, le plus âgé en avait cinquante-quatre. Il faut avoir la réunion immédiate, sans quoi il reste une fistule, et alors on ne sait jamais comment cela finit. Quand une suppuration notable commence, le mieux serait peut-être d'amputer tout de suite, pour ne point retomber dans la résection du genou de nos pères. C'est pour cela qu'on doit détruire avec soin toutes les fongosités. Il vaut mieux éviter d'opérer quand il y a beaucoup de fistules, car toute la région est alors septique.

M. *Dumenil* (de Rouen) a d'abord eu un bon résultat sur un enfant de sept ans, puis une flexion lente s'est produite.

M. *Ollier.* Ces faits ne sont pas rares; un élève de Kœnig vient de les étudier. Ils s'observent dans les réunions fibreuses; peut-être, dans les réunions osseuses, par déviation du cartilage conjugal. En tout cas, la résection du genou, chez l'enfant, est une mauvaise opération. M. Ollier doute de la vraie réunion immédiate en cas de tuberculose; mais, par les pansements rares à l'iodoforme, on a des réunions aseptiques et apyrétiques, et c'est tout ce qu'il faut.

— M. *Pamard* (d'Avignon). *Ablation du tibia dans l'ostéomyélite aiguë.* — Le tibia a été enlevé, à l'exception du plateau supérieur. L'enfant est mort quatre mois après d'une dégénérescence graisseuse du foie. La régénération était déjà fort avancée, et M. Pamard présente l'os enlevé et l'os régénéré.

— M. *Dally* (de Paris). *Du traitement des déformations de la colonne vertébrale.* — Ce traitement a été souvent réservé aux orthopédistes et aux gymnastes; il faut le rendre aux médecins. Ces affections sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis qu'on a développé surtout les facultés intellectuelles. Les muscles sont incapables de produire les premiers le déplacement, mais ils le maintiennent et l'aggravent; les déformations dites scolaires, professionnelles ne sont donc pas dues à l'action musculaire; les ouvriers manuels sédentaires sont seuls atteints ; c'est avant tout une question de pesanteur et de statique. Beaucoup de ces déformations dépendent de l'exagération de la position hanchée droite, souvent usitée; de l'habitude fréquente de s'asseoir sur la fesse gauche seule; de là des difformités extrêmement fréquentes du bassin et du rachis. Tout cela est réalisé dans la tenue des écoliers. Les seuls agents de traitement sont les massages, l'hydrothérapie, les attitudes, les redressements; mais les corsets et la gymnastique sont nuisibles. Les déformations scolaires sont curables, la scoliose vraie n'est qu'améliorable.

(*A suivre.*) A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Les propriétés analgésiques de la solanine et son emploi contre les névralgies, par M. Anatole Geneuil. — Découverte par Desfosses en 1821, étudiée par Chevallier, Payen, Fodéré, Hecht, Pelletier, Haaf, Defss, Zwenger, Kletzinski, Reuling et autres chimistes, ce principe existe dans les divers tissus et à différentes périodes de la végétation des variétés du genre *Solanum*.

Ce corps a les caractères physiques et quelques-unes des réactions d'un alcaloïde; mais, nonobstant l'activité de ses propriétés et l'ancienneté de sa découverte, il demeurait sans emploi thérapeutique quand, dans ces derniers temps, M. Geneuil l'essaya pour combattre les douleurs dans diverses affections.

Magendie, Otto, Orfila, Desfosses et Fraas attribuaient à ses propriétés les phénomènes caractéristiques des empoisonnements par les baies de morelle (*Solanum nigrum* des botanistes). MM. Magne, Morisson, Dufellay et Hirtz ont fait connaître des cas d'empoisonnement dans lesquels ils observaient la soif, l'insomnie, la céphalalgie, des vertiges, des nausées, des coliques, des vomissements, des sueurs abondantes, du trismus, des tremblements, de la mydriase, des convulsions tétaniques, des troubles respiratoires et la mort.

Doit-on attribuer ces accidents à la présence de la solanine seule, ou bien en accuser aussi les autres substances contenues dans ce végétal? Ce point reste indéterminé.

M. Geneuil a constaté que les effets de la solanine se traduisent sur le système nerveux par des vertiges, de la pesanteur de tête, des sifflements d'oreilles, de la somnolence, tous phénomènes attribués à une action sur les centres nerveux à doses toxiques et sur les extrémités des nerfs sensitifs et moteurs quand les doses sont moindres.

La respiration devient plus fréquente, la dyspnée des malades diminue, le pouls se ralentit, mais aux doses médicinales, les modifications des fonctions circulatoires sont incomplètement connues.

La solanine possède une saveur âcre, provoque de la sécheresse du pharynx, et peu de temps après son ingestion des douleurs gastriques, des nausées, des vomissements et le besoin fréquent d'aller à la garde-robe; le suc gastrique la transformerait en solanidine.

L'influence de la solanine sur la sécrétion urinaire et la transpiration est contestée; il en est de même de son action mydriatique. Elle a été signalée dans les empoisonnements par la morelle; mais ni M. Vulpian, ni M. Geneuil ne la signalent au cours de leurs expériences.

M. Geneuil place la solanine dans le groupe des poisons dont l'atropine est le type et la recommande surtout contre les névralgies. Elle lui aurait donné des succès dans sept cas de névralgie sciatique; deux cas de névralgie rhumatismale rebelles au salicylate ; quatre cas de névralgie intercostale; deux cas de névralgie faciale; dans un cas de tic douloureux de la face; un cas de névrite traumatique; et dans quelques cas de dermalgie, de prurigo et de prurit.

Il en aurait été de même contre les douleurs de la cystite, les hyperesthésies hystériques, les élancements de la myélite et les douleurs gastriques. Enfin cet observateur aurait retiré des avantages de son administration contre la toux dans la bronchite, la dyspnée asthmatique, la dyspnée cardiaque, l'emphysème, la goutte, le rhumatisme musculaire et articulaire.

M. Dutheuil propose son emploi dans la coqueluche, les névroses et les psychoses. Ces applications sont bien nombreuses, et ces vertus auraient besoin d'être à nouveau confirmées par le contrôle d'autres expériences physiologiques et d'autres épreuves cliniques. La dose moyenne de solanine varie de 5 à 30 centigrammes, divisés en plusieurs prises, et administrés successivement en pilules, en cachets ou en solution par la voie sous-cutanée. Sous cette dernière forme, on peut employer les injections hypodermiques ou le vésicatoire avec pansement à la solanine. (*Bulletin de thérapeutique,* 30 septembre 1886, p. 263.)

Expériences sur la caféine et les substances du même groupe, par M. Filehne. — D'après M. Smiedeberg, la *caféine* agirait différemment sur les diverses espèces de grenouilles. La *Rana temporaria* résisterait plus à cette substance que la *Rana esculenta*. M. Filehne a injecté 7 milligrammes de caféine sous la peau d'une grenouille comestible du poids de 20 grammes et constaté l'augmentation de l'irritabilité réflexe. 12 milligrammes produisaient des convulsions tétaniformes, et une dose de 5 à 15 centigrammes provoquait par son introduction dans l'estomac une rigidité musculaire croissante. Les différences signalées par M. Smiedeberg sont donc en rapport avec les quantités de caféine employées et non avec le développement du système nerveux de l'espèce animale.

La *théobromine* possède, d'après Mitscherlich, des propriétés analogues à celles de la caféine. Une injection sous-cutanée de 7 milligrammes diminue la motilité d'une grenouille. En augmentant la dose de 5 milligrammes, la motilité volontaire et l'excitabilité réflexe s'atténuent encore et l'animal succombe en huit heures à la paralysie.

Avec les doses massives de 15 à 50 milligrammes, la rigidité envahit les muscles volontaires en quinze minutes. Seul, le myocarde continue de se contracter. La section préalable des nerfs ne modifie pas cette action.

La *xantine* produit les mêmes phénomènes; mais, si le muscle cardiaque devient rigide, il n'en continue pas moins de se contracter.

Parmi les dérivés de la caféine, l'*hydroxycaféine* ne provoque aucun phénomène quand on l'injecte à la dose de 1 centigramme. Vraisemblablement alors elle se dédouble en caféine dans l'organisme, et cette dernière est en quantité trop faible pour provoquer des phénomènes physiologiques. En effet, quand on porte la dose d'hydroxycaféine à 2 centigrammes, on produit les mêmes troubles qu'avec la caféine.

La *diéthoxy-hydroxycaféine* est sans action sur la grenouille. L'*éthoxycaféine* possède des propriétés narcotiques empruntées probablement au groupe éthylique. Elle produit la stupéfaction et la paralysie, mais ne modifie ni la circulation, ni la motilité. 5 milligrammes, après leur ingestion dans l'estomac, mettent le lapin en état de somnolence. Chez l'homme, il faut employer 3 à 5 centigrammes pour abaisser la tension artérielle et amener un état soporeux. 5 à 7 centigrammes produisent de la somnolence, du coma et de la céphalalgie.

D'après Striker, la *caffoline* à la dose de 10 centigrammes est moins puissante que la caféine. L'*acide caffurique* augmente l'excitabilité réflexe et produit une légère résolution musculaire.

L'*hypocaféine* est inerte à la dose de 5 centigrammes. En élevant cette dernière, il en résulte de l'anesthésie. Quant à la *caffoline*, elle n'agit à aucune dose. Enfin, à cause de ses relations chimiques avec la xantine, M. Filehne a étudié la sarkine. Administrée par quantités de 15 milligrammes à 10 centigrammes, ce corps augmente la sensibilité réflexe et provoque des crampes musculaires qui prennent bientôt un caractère tétaniforme. La mort survient et est précédée d'une rigidité musculaire considérable. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1886, n° 2.)

Des propriétés émétiques du cacur, par M. Amstrong Atkinson. — Les indigènes de l'Afrique méridionale font un usage populaire, comme émétique, du fruit frais d'une plante de la famille des Cucurbitacées, le cacur, cacuo ou pomme amère; ce végétal est le *Cucumis myriocarpus* des botanistes, dont la pulpe seule est employée à l'usage médicinal.

M. Amstrong Atkinson en ingéra 20 grains, et une heure après éprouva des nausées, mais ne vomit pas. Quatre à cinq heures plus tard, il ressentit des coliques et fut pris de diarrhée.

Un chien ingéra 69 grains du fruit broyé avec de l'eau. On n'observa aucun effort de vomissement, mais huit ou neuf heures plus tard des évacuations séreuses et bilieuses qui persistèrent vingt-quatre heures. L'expérience fut répétée les jours suivants avec une dose de 118 grains. Vingt minutes après le chien vomit, et les matières rejetées contenaient des traces de sang.

En même temps il salivait avec abondance; il n'éprouva pas de diarrhée, et revint rapidement à son état normal.

M. Amstrong conclut de ses expériences que le cacur est émétique à haute dose, purgatif quand on l'ingère par doses modérées. L'analyse chimique de ce végétal n'a pas été faite; mais cet observateur attribue ses vertus, non pas à un alcaloïde, mais bien à une substance amère faiblement soluble dans l'eau, et plus soluble dans 8 pour 100 d'alcool. (*Edinburgh med. Journal*, juillet 1886.)

Travaux à consulter.

Influence de l'alcool sur les fonctions de l'estomac a l'état physiologique et pathologique, par M. C.-A. Gluzinski. — De cette étude consciencieuse il résulte que les spiritueux sont loin de favoriser la digestion comme le croient certaines personne; dans certaines maladies de l'estomac, le catarrhe avancé par exemple, l'alcool entrave la digestion. Il est probable que l'alcool précipite la pepsine. Dès lors, que penser des préparations alcooliques de pepsine qu'on prescrit précisément pour favoriser la digestion? (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1886, Bd XXXIX, H. 3-4.)

Cas d'atrophie de la muqueuse stomacale avec arrêt de la sécrétion d'acide chlorhydrique. Cancer du duodénum, par M. C. Ewald. — Cas très intéressant de dégénérescence atrophique des glandes à pepsine du fond et de la portion pylorique de l'estomac avec multiplication cellulaire et disparition du tissu glandulaire dans la portion pylorique. Des dessins histologiques accompagnent le texte. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 32.)

BIBLIOGRAPHIE

Hommage à Monsieur Chevreul, à l'occasion de son centenaire. — Paris, F. Alcan, 1886.

Sous ce titre, divers savants, parmi lesquels plusieurs médecins, ont eu la bonne pensée d'offrir à M. Chevreul, le jour où il fêtait son centenaire, un ouvrage comprenant des travaux inédits que l'on pourrait dire inspirés par lui si l'on recherchait dans la collection de ses œuvres toutes les idées qu'il y a semées, toutes les méthodes de recherches qu'il a successivement indiquées. Comme tous les hommes vraiment supérieurs par l'intelligence et le travail, M. Chevreul s'est, en effet, préoccupé, soit dans ses mémoires originaux, soit dans une série d'articles insérés au *Journal des savants*, non seulement de faire connaître ses découvertes, mais encore de tracer aux chercheurs une voie plus sûre pour arriver au but qu'ils prétendaient atteindre. C'est ainsi qu'on lui doit divers travaux de chimie biologique et même de thérapeutique. Aussi voyons-nous, à côté de M. Berthelot et de MM. Demarçay et Grimaux, qui, dans ce recueil, ont traité des sujets techniques plus étrangers à nos études, MM. Dujardin Beaumetz, A. Gautier, G. Pouchet et Richet offrir à leur vénéré maître l'hommage de travaux directement applicables à la médecine. La contribution de M. Dujardin-Beaumetz est l'une des plus importantes. Il suffit de la signaler pour montrer les progrès qu'ont accomplis depuis ces dernières années les études thérapeutiques. La thèse défendue par M. Dujardin-Beaumetz tend à démontrer, en effet, que si l'on tient compte de la composition atomique de certains corps chimiquement définis, on peut, jusqu'à un certain point, prévoir quel sera leur effet thérapeutique. Pour prouver qu'il en est parfois ainsi, M. Dujardin-Beaumetz cite la série des alcools par fermentations et montre que l'action toxique de ces alcools suit pour ainsi dire d'une façon méthodique leur progression atomique, de telle sorte qu'il est possible jusqu'à un certain point d'en déduire l'action nocive des diverses eaux-de-vie et esprits de consommation. D'autre part M. Miquel a démontré que la valeur antiseptique des différentes substances est proportionnelle à la formule atomique de ces alcools fermentés et que le degré d'asepsie, c'est-à-dire la quantité d'alcool nécessaire pour empêcher la putréfaction de se produire dans un litre de bouillon neutralisé, est d'autant moins élevée que la formule atomique est plus complexe. Ces expériences confirment donc celles de M. Dujardin-Beaumetz. Mais on peut aller plus loin. En introduisant des radicaux différents dans la formule atomique de certains alcaloïdes, il est possible de modifier leurs propriétés, de les approprier ainsi à des effets médicamenteux différents « et d'arriver dès lors à faire tantôt des médicaments tétanisants, tantôt des médicaments narcotiques, tantôt des médicaments curarisants, suivant qu'un radical méthyle, éthoxyle, hydroxyle, viendra s'ajouter à la formule atomique du corps primitif». Il est vrai d'ajouter que ces lois ne sauraient être généralisées; que les questions de solubilité interviennent pour différencier l'action de certains corps à formule atomique comparable, qu'il serait inexact d'ailleurs d'affirmer que deux corps ayant la même formule aient toujours la même action thérapeutique. L'exemple des isoalcools est là pour le prouver. On ne saurait manquer toutefois de reconnaître l'ingéniosité des vues exposées dans ce savant article.

Ajoutons seulement, puisqu'il ne nous est pas possible d'analyser tous les mémoires contenus dans cette brochure, que son exécution typographique est irréprochable et digne du sentiment qui a dicté cet hommage au doyen des savants français.

L. L.

La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation. Etude anthropologique et économique faite à la Guyane française par le docteur Orgeas, ancien médecin de la marine. 1 vol. in-8° de 424 pages. — Paris, 1886. O. Doin.

Ce livre, fruit de longues observations prises à la Guyane française, a un caractère biologique et économique. Au premier point de vue, il établit que l'homme n'est pas cosmopolite, et qu'il ne lui est pas permis de changer impunément de latitude. Hors de son milieu habituel, ses conditions d'existence sont profondément troublées, et, s'il résiste lui-même, il ne peut se reproduire au-delà d'un temps limité et finit par disparaître.

Sous ce rapport, les influences de races sont très sensibles.

Au point de vue de la colonisation, on comprend tout l'intérêt de pareilles études.

Les Européens qui affrontent les climats torrides peuvent, au moyen d'une vie en quelque sorte artificielle, s'y maintenir plus ou moins longtemps. Dans les meilleures conditions, la résistance de la race blanche aux climats torrides est très restreinte. L'anémie est le facteur le plus puissant de cette dégénérescence rapide de la race blanche. A vrai dire, l'acclimatement n'existe pas, jamais une race ne s'est véritablement acclimatée.

Il est intéressant de rapprocher les résultats des observations du docteur Orgeas des conclusions auxquelles arrive le docteur Rochas dans un travail publié dernièrement dans la *Revue des Deux Mondes*. Les deux auteurs arrivent à des résultats analogues sur les difficultés et l'impossibilité finale de l'acclimatement. L'acclimatation se fera bien dans les lignes isothermes; elle offre bien plus de chances de l'équateur aux pôles que dans la direction inverse.

De tous les peuples européens, ce sont les Espagnols qui s'acclimatent le mieux. Cette facilité tient au mélange des races qui ont constitué la population actuelle de l'Espagne.

Il est remarquable que les méridionaux résistent beaucoup mieux que les habitants des régions tempérées aux influences des climats froids.

Sous le rapport des dangers que rencontrent les Européens dans les pays chauds, la Guyane, le Sénégal, Madagascar figurent en première ligne. Le climat de la Cochinchine agit comme débilitant; celui du Tonkin serait bien préférable. Nos possessions océaniennes seraient, à cet égard, dit M. Rochas, de véritables paradis. Malheureusement elles sont peu étendues. Les conditions du climat algérien sont bien moins favorables.

On comprend facilement l'intérêt immédiat que présentent de pareilles études au point de vue de nos colonies.

VARIÉTÉS

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 8 novembre 1886, M. le docteur Hébrard, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, a été promu au grade de médecin de 2e classe dans le corps de santé de la marine.

CONCOURS DE PRIX. — Les membres du jury du concours ouvert à l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, pour le prix Civiale, ont été tirés au sort; ce sont : MM. les docteurs Féréol, Guyon, Guyot, Léon Labbé et Vidal. — Les candidats, au nombre de deux seulement, sont MM. Clado et Hallé.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE MONTPELLIER. — A la suite du scrutin qui a eu lieu le 25 octobre 1886, pour l'élection d'un délégué de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Estor, M. Bertin, professeur d'hygiène à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie samedi prochain, 13 novembre 1886, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Histoire des maladies parasitaires, bibliographie et biographie médicales. — Dans la première leçon, le professeur résumera l'*Histoire des anatomistes anciens et de la Renaissance anatomique au seizième siècle*.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques*. — Le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 19 novembre, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

HÔPITAL DES ENFANTS. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences sur la thérapeutique infantile le mercredi 17 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Consultation clinique tous les samedis.

MALADIES DES YEUX. — Le docteur Galezowski commencera un cours *sur les maladies des yeux*, à l'Ecole pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 2, mardi prochain, 16 courant, à huit heures du soir, et il le continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra l'*étude* des affections oculaires dépendant des maladies cérébrales et spinales.

COURS DE GYNÉCOLOGIE USUELLE. — M. le docteur Doléris, ancien chef de clinique, d'obstétrique et de gynécologie, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours complet de gynécologie usuelle le lundi 15 novembre prochain, à trois heures et demie, 12, rue de Navarre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra vingt-cinq leçons. — On s'inscrit tous les jours de dix heures à midi, 12, rue de Navarre.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — *Concours pour* 1887. — La Société française d'hygiène met au concours, pour l'année 1887, la question suivante : « De la sédentarité dans les écoles (primaires et secondaires), et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spécial. »

La première partie exposera les faits et observations qui établissent la situation; la deuxième indiquera ses inconvénients et les modifications à apporter, s'il y a lieu, au point de vue de l'hygiène de la jeunesse. Comme pour les concours antérieurs, de la première et de la deuxième enfance, les mémoires ne devront pas dépasser les limites d'une brochure in-18 de 32 à 36 pages. La Société décernera aux lauréats : 1° une médaille d'or de la valeur de 500 francs; 2° deux médailles d'argent, chacune de la valeur de 150 francs.

N. B. — Les mémoires (écrits en français, anglais, allemand, espagnol, italien) devront être remis dans les formes académiques ordinaires, au siège de la Société (30, rue du Dragon), avant le 1er avril 1887.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Bach, professeur honoraire de l'ancienne Faculté de Strasbourg, qui vient de succomber à l'âge de soixante-seize ans aux suites d'une cruelle maladie chronique, avait été durant de longues années, l'un des praticiens les plus occupés de Strasbourg. Anatomiste habile, il avait fourni au Musée de la Faculté des pièces intéressantes démontrant, à l'aide d'injections variées, la structure des canaux galactophores et du système veineux rachidien. Plusieurs observations d'*opération césarienne*, d'*extirpation du corps thyroïde*, etc., avaient été remarquées. Ses travaux sur *le goitre et le crétinisme* et sur *l'albuminurie dans ses rapports avec l'éclampsie* avaient été couronnés par l'Académie de médecine. Appelé un peu tard à occuper une chaire magistrale à la Faculté de Strasbourg, M. Bach avait demandé sa mise à la retraite quelques années après la guerre de 1870.

— Nous avons également le regret d'annoncer les décès de M. le docteur Cavelier, doyen des médecins de France, mort à Saint-Omer à l'âge de quatre-vingt-dix-sept ans; il avait fait, en qualité de chirurgien militaire, toutes les campagnes du premier Empire; de M. le docteur Decès père, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Reims, correspondant national de l'Académie de médecine.

MORTALITÉ A PARIS (44e semaine, du 31 octobre au 6 novembre 1886.— Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 1. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 17. — Choléra, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37. — Phthisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 26. — Broncho-pneumonie, 19.— Pneumonie, 42. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 28; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 90; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 68; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 10. — Total : 953.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7595. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Alcoolisation des vins.

L'approche de la fin de l'année oblige l'Académie à remplir la plus grande partie de ses séances par la lecture de rapports de prix, afin que la séance publique de distribution des récompenses puisse avoir lieu dans la première quinzaine du mois prochain. C'est pourquoi les discussions soulevées se poursuivent lentement. Mardi dernier M. Vallin a lu sur le vinage un excellent discours, où l'on trouve reproduites avec une grande clarté les raisons pour lesquelles les hygiénistes sont tenus de considérer cette pratique comme dangereuse au point de vue de la santé publique. Ce n'est pas tant l'alcoolisation des vins qui offre en elle-même des inconvénients, pourvu qu'on la prépare dans ces conditions théoriques, réalisables à certains égards, que certains orateurs précédents ont indiquées; mais il est si avantageux de ne pas agir ainsi et il est si difficile d'exercer un contrôle sérieux et efficace, que la prudence conseille de ne pas laisser à la fraude la moindre chance de réussite. M. Vallin a donné de son opinion des raisons nombreuses et convaincantes, qui ont fait impression sur l'Académie.

Faculté de médecine : Suppression des cours complémentaires faits par les agrégés.

Au moment même où nous faisions connaître les décrets qui réduisent si malheureusement la situation précédemment faite aux agrégés des Facultés de médecine, nous avions opposé à cette décision regrettable (*Gaz. hebd.*, 13 août 1886) les vœux exprimés par l'Assemblée des agrégés de la Faculté de Montpellier. Nous n'avions pas voulu insister alors sur l'opportunité de réclamations faites en vue d'assurer dans de meilleures conditions l'avenir de notre enseignement médical. Nous étions parfaitement d'accord avec M. le docteur Mossé lorsqu'il écrivait : « Une mesure qui doit être louée sans restriction, c'est la *création de cours auxiliaires*. Élèves, agrégés, professeurs, tout le monde y a gagné. Les élèves, par leur assiduité à ces cours, confiés à tour de rôle aux divers agrégés de chaque section, ont prouvé quelle utilité directe, immédiate ils en retiraient. Les agrégés ont trouvé là l'occasion si souvent recherchée et si jalousement attendue de développer leurs aptitudes professorales, le moyen d'établir expérimentalement qu'ils sont aptes à transmettre aux autres cette science dont on leur a demandé de faire preuve dans les concours. Quant aux professeurs, libres désormais de confier à leurs auxiliaires une partie des matières qu'ils devaient autrefois enseigner seuls, ils ont eu la satisfaction de pouvoir étudier d'une manière complète la partie du programme qu'ils s'étaient réservée et, moins pressés par le temps, de pouvoir aborder les questions d'un ordre scientifique élevé. Enfin, sous un autre rapport, ces cours ont encore fourni à la compagnie des professeurs le moyen d'apprécier quelle est, *en chaire*, la valeur professorale de ceux qui, le moment voulu, brigueront l'honneur de ses suffrages. »

Or, peu de jours après l'impression de ce rapport, les décrets du 30 juillet dernier venaient brusquement supprimer ces cours complémentaires et tarir ainsi pour les étudiants en médecine l'une des sources d'enseignement les plus profitables à leur instruction professionnelle.

Quels qu'aient pu être les motifs allégués pour justifier une pareille mesure, nous pouvons affirmer qu'ils ne sauraient être admis par ceux qui n'ont en vue que les intérêts de l'enseignement supérieur de la médecine.

Nous n'ignorons pas que l'on a soutenu que les agrégés des Facultés de médecine pourraient trouver en dehors de leur position universitaire des ressources matérielles suffisantes. A cet argument, qui ne s'applique point d'ailleurs à certains agrégés (sections de physique, chimie, histoire naturelle, anatomie et physiologie), il serait aisé de répondre que l'enseignement public souffrira nécessairement si l'on engage les maîtres qui ont acquis une notoriété suffisante pour demander à la clientèle la considération et la fortune, à subordonner leurs fonctions publiques à leurs devoirs professionnels. Pourquoi d'ailleurs ne s'attaquer qu'aux agrégés? Sont-ils seuls à profiter d'un titre aussi

honorablement acquis que partout respecté? On a dit aussi que de légitimes ambitions et un dévouement désintéressé engageront toujours ceux qui ont le titre d'agrégé à ouvrir des cours publics sans en espérer aucune rémunération spéciale. Alors pourquoi remplacer les cours complémentaires par des conférences, dont on ne précise ni le plan, ni les conditions d'existence, ce qui veut dire, sans doute, qu'ils ne différeront des cours complémentaires que par l'absence de rémunération matérielle?

N'insistons pas. Ou bien l'on a voulu assimiler les agrégés des Facultés de médecine aux maîtres de conférences près les Facultés des sciences et des lettres et l'on n'a pas réfléchi que l'enseignement de la médecine différait de celui qui conduit à la licence et à l'agrégation; ou bien l'on n'a tenu qu'à réaliser une économie mesquine, sans réfléchir que la suppression de l'indemnité attachée à ces cours complémentaires allait peut-être, en motivant les protestations légitimes de tous les agrégés, compromettre pendant de longues années un enseignement dont chacun se plaisait à louer les brillants succès. Nous reproduisons plus loin (p. 772) la protestation que viennent de signer les agrégés de la Faculté de Paris. Nous sommes persuadé que leurs collègues de la province tiendront, en s'y associant, à montrer au ministre de l'Instruction publique et à la Commission du budget, les dangers d'une mesure aussi injustifiée que peu libérale.

Mais nous voudrions plus encore. Puisque l'État se refuse à subventionner un enseignement dont il était le premier à profiter, pourquoi les agrégés de nos Facultés ne s'entendraient-ils pas pour organiser une série de cours analogues à ceux qui réussissent si bien en Allemagne? Qu'ils demandent à organiser, comme la loi les y autorise, dans l'enceinte de la Faculté ou à l'École pratique, des cours directement rétribués par les élèves appelés à les suivre. Et bientôt le succès de cet enseignement libre amènera la réalisation d'une réforme qui ne saurait, en suscitant entre les professeurs une émulation féconde, que relever le niveau de l'enseignement.

PATHOLOGIE EXTERNE

Sur l'immobilité de la mâchoire inférieure luxée.

On a beaucoup écrit, depuis fort longtemps, sur la luxation du maxillaire inférieur et son mécanisme. Les théories les plus diverses, les plus contradictoires en apparence, ont été imaginées. A l'aide de recherches cadavériques entreprises avec le concours de notre excellent collègue M. Michaux, prosecteur à la Faculté, M. Farabeuf vient d'arriver à cette conclusion imprévue que presque toutes les hypothèses émises ont une part de vérité et se réalisent plus ou moins suivant certaines dispositions anatomiques. De là, au sein de la Société de chirurgie, une discussion qui s'est prolongée durant deux séances et que nous avons cru ne pas devoir scinder, d'autant mieux que M. Farabeuf a bien voulu nous fournir des dessins à l'aide desquels les explications deviennent faciles.

Plusieurs points seraient à considérer si l'on voulait faire une étude complète. Quelle différence y a-t-il de l'abaissement normal à la position pathologique? Quelle force musculaire intervient pour transformer le premier en la seconde? Cette mâchoire déplacée est à la fois abaissée et portée en avant: quelles causes maintiennent et la prépulsion et l'abaissement? Au milieu de ces questions multiples, M. Farabeuf en retenu une: pourquoi le contact des dents est-il impossible à rétablir tant que le condyle reste en prépulsion? Cette question, si futile au premier abord, conduit, en réalité, à soumettre à la critique toutes les théories proposées.

I

Pour J.-L. Petit, la réponse était bien simple: une seule cause suffisait à tout expliquer. Laissons la parole à Boyer: « On pense généralement que, dans l'abaissement de la mâchoire inférieure, les condyles se portant en avant sur les éminences temporales, l'obliquité des branches de la mâchoire devient telle qu'elles croisent la ligne moyenne de direction des muscles masséters et ptérygoïdiens internes, en sorte que, l'attache inférieure de ces muscles se trouvant alors placée derrière les condyles, ces mêmes muscles agissent sur les angles de la mâchoire, qu'ils portent en haut et en arrière, en chassant les condyles plus loin en devant. »

Ainsi, les muscles élévateurs déviés deviendraient abaisseurs; contracturés, comme ils le sont dans toute luxation, ils maintiendraient dès lors la béance de la mâchoire, après l'avoir provoquée. Nous ne parlerions pas de cette théorie si elle n'avait maintenant encore un défenseur considérable: nous avons nommé M. Tillaux. Elle semble pourtant inexacte et M. Farabeuf ne peut que souscrire aux motifs qui ont contraint Boyer à l'abandonner, « après l'avoir professée pendant longtemps ». Le masséter, dit Boyer, s'insère aux quatre cinquièmes antérieurs de l'arcade zygomatique, mesurée du tubercule de la racine transverse jusqu'au bas de la suture malaire; une ligne horizontale et transversale passant par le milieu de cet espace tombe exactement sur l'insertion du ptérygoïdien interne à la fosse ptérygoïde. Il faudrait donc « que les condyles fussent portés en devant au point d'atteindre et même de dépasser cette ligne. Mais un déplacement aussi étendu n'a jamais lieu; il suppose un degré d'écartement que l'on ne rencontre jamais: un déplacement moitié moindre ne peut pas exister sans luxation. » En outre, J.-L. Petit fait trop bon marché du muscle temporal: ce muscle exerce toujours une énergique traction en haut et en arrière.

Mais, dit M. Farabeuf dans une note manuscrite qu'il nous a communiquée, puisque « l'action des muscles élévateurs est naturellement conservée, pourquoi donc la bouche reste-t-elle béante? Est-ce le bec coronoïdien qui s'accroche sous le bord du malaire? Est-ce le bord antérieur, convexe, de l'apophyse coronoïde qui butte derrière cet os? Sont-ce les ligaments longs postérieurs qui, distendus, retiennent en haut l'angle maxillaire, et empêchent par conséquent les muscles élévateurs de relever le menton? Voilà bien les trois théories de Fabrice d'Acquapendente, de Monro et de Maisonneuve. » S'excluent-elles, ou doit-on les associer? Pour résoudre ce point, il va nous falloir entrer dans quelques détails anatomiques, arides sans doute, mais d'une importance pratique réelle.

II

A partir du tubercule de la racine transverse, l'arcade zygomatique se porte en avant, en s'arrondissant par une convexité externe et se continue avec le bord inférieur de l'os malaire; ce dernier, à son tour, s'unit à l'apophyse malaire du maxillaire supérieur, après avoir présenté un petit tubercule précédé d'une légère dépression bien décrite par Nélaton: c'est ce que M. Farabeuf appelle le *point sous-*

malaire. Ce point est en regard de l'apophyse coronoïde, mais à une distance qui est extrêmement variable dans le sens de la hauteur, tout aussi bien que dans les directions transversale et antéro-postérieure. Cela dépend de particularités ostéologiques multiples.

La distance de l'arcade zygomatico-malaire à la crête transversale temporo-zygomatique, c'est-à-dire l'*aire zygomatique*, varie du simple au double : on peut s'en rendre compte par les différences dans la proéminence des pommettes. En hauteur, on constate que, au repos, le sommet de l'apophyse coronoïde est tantôt au niveau du point sous-malaire, tantôt à 3 centimètres au-dessus de lui. Dans l'aire zygomatique joue cette apophyse coronoïde, d'autant plus rapprochée, par son bord antérieur, de la face postérieure de l'os malaire,

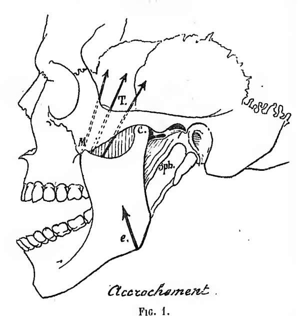


Fig. 1.

que la branche montante est plus large ; or cette largeur n'a rien de fixe, si bien que l'*intervalle coronoïdo-malaire* oscille de 5 à 20 millimètres. La cause de ces différences considérables est qu'*il n'y a aucun parallélisme entre ces diverses variations*.

Quelles sont les conditions anatomiques de l'*accrochement sous-malaire* tel que l'ont décrit Fabrice d'Acquapendente, Hunauld (1726) Nélaton ? Il faut : une aire zygomatique assez étroite ; une branche montante assez large ; un coroné situé par conséquent assez près de l'os malaire et ni trop haut ni trop bas, car, « trop haut, il ne peut pas descendre assez bas pour s'accrocher ; trop bas, quelle que soit la prépulsion, il ne peut être un obstacle au relèvement du menton ». Dès lors, soit un crâne de ce genre : on en trouve environ 10 pour 100. Ouvrons la bouche ; faisons de la prépulsion, puis élevons la mâchoire : le coroné s'accrochera ; des pièces expérimentales prouvent la réalité du fait ; celle de Nélaton est démonstrative.

MM. Tillaux, Poncet (de Cluny) ne peuvent l'admettre ; pour eux, le tendon du temporal doit s'opposer à l'*accrochement*. C'est peut-être surtout une question de mots et il serait mauvais, en effet, de prétendre que le coroné est un véritable crochet. Mais un *contact osseux* suffit et il peut se produire non plus par le sommet, mais par le bord antérieur de la coronoïde. La coronoïde est un peu moins près de l'os malaire que dans le cas précédent ; dans l'élévation consécutive à la luxation le sommet passe bien ; mais ce bord antérieur est convexe, et son point culminant vient butter contre la face postérieure du tubercule malaire. Tel est le *contact rétro-malaire*, celui « qui n'avait pas échappé au célèbre Monro », pour emprunter encore une phrase à Boyer.

Voilà donc deux variétés de luxation où il y a *contact osseux* empêchant les muscles élévateurs de ramener les dents au contact. La force musculaire tire en haut ; mais deux forces, passives celles-là, repoussent en bas : une en arrière, le contact en C du condyle et du plan incliné ascendant préglénoïdien ; en avant en M, le contact de l'apophyse coronoïde et de l'os malaire, par le bec dans la figure 1, par le bord antérieur dans la figure 2. La fixité de la mâchoire s'explique par les règles ordinaires de la mécanique : elle est obtenue

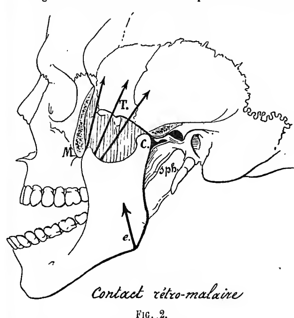


Fig. 2.

par trois forces dont celle du milieu (muscles élévateurs) est opposée aux deux autres (contact osseux).

III

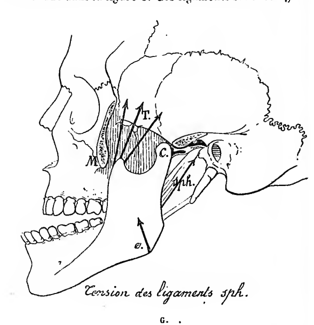
Mais M. Farabeuf est le premier à concéder que l'accrochement de Nélaton est impossible 90 fois sur 100 ; que le contact de Monro n'est possible que sur 50 pour 100 des sujets. La moitié de l'espèce humaine serait-elle donc de par sa structure, à l'abri de la luxation temporo-maxillaire ? Il n'en est malheureusement rien, et, lorsque le contact osseux est évité, autre chose vient arrêter la mâchoire dans son mouvement d'élévation, tant que le condyle reste en prépulsion. C'est alors du côté des ligaments qu'il nous faut chercher l'explication.

Un point est d'abord à spécifier : il n'est question ici que de la cause qui empêche le condyle de revenir en arrière. Chemin faisant, tout en reconnaissant l'exactitude des faits observés par A. Cooper, Demarquay, Mathieu, M. Farabeuf a émis quelques doutes sur le rôle très important attribué au ménisque par ce dernier auteur. La luxation est possible sans ménisque ; c'est prouvé par l'expérimentation ; c'est aussi prouvé par une pièce de M. Périer (1). M. Poncet (de

(1) M. Périer a présenté cette pièce à la Société de chirurgie, et il a admis que le ménisque jouait un certain rôle. M. Farabeuf, qui a disséqué et dessiné la pièce, affirme que le ménisque n'était en rien l'obstacle au refoulement du condyle en arrière.

Cluny) a pris alors, avec vigueur, la défense de son collègue du Val-de-Grâce; mais la discussion dont nous nous occupons ne porte pas sur ce point, et M. Farabeuf n'a jamais contesté que, jusqu'à un certain point, le ménisque ne pût jouer le rôle de cale, surtout pour ces luxations incomplètes qu'on a reprochées à A. Cooper, mais qui sont réelles pourtant, comme l'a montré Hamilton. M. Després en a rapporté deux exemples, l'autre jour, à la Société de chirurgie.

Mettons donc le condyle en avant et au-dessus de la racine transverse (ce qui, soit dit en passant, n'a lieu que dans la luxation, car dans les mouvements normaux le condyle reste toujours sous la racine transverse). Faisons agir le crotaphyte, suppléé sur le cadavre par une traction élastique; le bec coronoïdien passe; fort bien; mieux encore, le bord antérieur joue librement; mais on voit alors se tendre les *ligaments longs postérieurs* (*sph*), tout à fait lâches dans la figure 1, sur le point de se tendre dans la figure 2, tout à fait tendus dans la figure 3. Ces ligaments sont les ligaments



Tension des ligaments sph.

G. .

stylo- et sphéno-maxillaires. Tous deux sont postérieurs, obliques en bas et en avant; la prépulsion les tend, et ils ne tardent pas à s'opposer à tout abaissement de l'angle de la mâchoire, par conséquent à toute élévation du menton. Mais les livres d'anatomie descriptive classiques font à peine mention de légères bandelettes fibreuses! Qu'importe? la dissection prouve la puissance de ces faisceaux, en général négligés. On n'a qu'à faire une luxation de la mâchoire et à réséquer l'os malaire, s'il y a contact; on sent derrière le maxillaire une corde solide, qui se tend quand on cherche à rapprocher les dents, et le mouvement est arrêté. Pour expliquer le phénomène, il suffit de répéter la phrase de Maisonneuve : il y a antagonisme entre la force active des muscles et la force passive des ligaments. Notre figure 3 montre bien que les conditions mécaniques de la fixité dans l'espace sont réalisées; deux forces tirent en haut : une antérieure active, musculaire; une postérieure passive, ligamenteuse (*sph*); mais une troisième, entre les deux, refoule en bas, passive elle aussi : le contact en C du condyle et du plan ascendant prégléonïdien. Voilà qui élucide un fait qui avait jusqu'à ce jour surpris M. Le Dentu; dans toute luxation, les mouvements communiqués sont arrêtés par une résistance solide, mais élastique; quand la mâchoire est déboîtée, on peut toujours exagérer la béance de la bouche, mais l'élévation est bornée par une résistance dépourvue de toute élasticité.

IV

Quelle que soit la variété de luxation observée, les forces passives des contacts osseux, des tensions ligamenteuses, n'ont d'action que si les muscles se contractent. Ce qui, toujours et partout, est à surmonter pour réduire le déplacement, c'est la force musculaire. Voilà pourquoi M. Tillaux a parfaitement raison de dire que les muscles entrent en jeu, que le chirurgien en triomphe toujours s'il est vigoureux, qu'en tout cas aucune luxation temporo-maxillaire ne reste irréductible sous le chloroforme. On n'a qu'à appliquer les pouces sur les arcades dentaires jusqu'aux dernières molaires; une pression énergique refoule en bas la partie postérieure des maxillaires, et on repousse le tout en arrière.

Mais il n'est pas besoin, en général, de déployer une force semblable. Un fait a été affirmé par Maisonneuve, et, dans la présente discussion, MM. Le Dentu, Després, en ont reconnu l'exactitude. Toujours on peut abaisser quelque peu le menton. Mais, dans cette manœuvre, le contact osseux cesse, s'il existe; s'il n'existe pas, on fait basculer encore l'angle de la mâchoire vers le haut, et les ligaments longs postérieurs se détendent. Des trois forces nécessaires à la fixité dans l'espace, une se trouve supprimée, et dès lors on a beaucoup moins de peine à abaisser les dernières molaires et à repousser le condyle en arrière. Cet abaissement préalable du menton est d'ailleurs indispensable, sans qu'on s'en doute, pour bien introduire les pouces jusqu'au fond de l'arcade alvéolaire, et si Maisonneuve a été un des premiers à en faire ressortir l'importance, on constate qu'il existe dans les manœuvres de réduction préconisées depuis Hippocrate. Telle est la conclusion pratique qui ressort des recherches de M. Farabeuf.

On remarquera que tout ce qui précède donne à la fois, mais partiellement, raison à presque toutes les théories émises; depuis la théorie osseuse de Fabrice et de Monro jusqu'à la théorie du plan incliné de Ribes et du professeur Richet, en passant par la théorie musculaire de Boyer, et surtout par la théorie de Maisonneuve; leur seul défaut est d'avoir été considérées par leurs auteurs comme exclusives les unes des autres. En réalité, toutes sont possibles; cela dépend des conditions anatomiques du sujet.

A. Broca.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur la saccharine.

Dans mon dernier article sur les pastilles sans sucre, je n'ai fait aucune allusion au goût qu'avaient ces pastilles; mais nos lecteurs ont certainement dû penser qu'il devait être bien désagréable. Il l'est, en effet, et c'est là une des principales raisons qui limitaient l'emploi de ces médicaments. Grâce à la découverte de la *saccharine*, cet inconvénient va cesser, et les diabétiques pourront bientôt prendre des préparations culinaires ou pharmaceutiques sans aggraver leur état.

La saccharine est une imide de sulfonate de benzoyle

découvert en 1884 par MM. Fahlberg et Ramser, chimistes américains. Sa formule est :

$$C^6H^4 \left\langle \begin{matrix} CO \\ SO^2 \end{matrix} \right\rangle AzH$$

Sa préparation est assez compliquée; on traite du toluène — hydrogène carboné extrait du goudron de houille — par l'acide sulfurique, par la craie, le carbonate de soude, le perchlorure de phosphore et le carbonate d'ammoniaque.

Elle se présente sous l'aspect d'une poudre blanche formée de cristaux prismatiques. Elle est soluble dans l'eau, 40 centigrammes pour 100; beaucoup plus soluble dans l'alcool et dans l'éther. Elle fond à 200 degrés, et possède une saveur sucrée si intense qu'il suffit de 1 gramme pour donner un goût sucré à 10 litres d'eau, ou pour donner à 1 kilogramme de glycose le pouvoir sucrant d'une pareille quantité de sucre de canne. Cette propriété remarquable va être utilisée dans l'industrie, et l'on espère réduire de beaucoup l'emploi du sucre blanc. Mais, comme la saccharine n'est pas un sucre, c'est-à-dire un aliment; qu'elle passe dans l'économie sans se décomposer, en s'éliminant entièrement par les urines; on va donc la mélanger à la glycose, dont le prix est très bas, et la lancer ainsi dans le commerce en concurrence avec le sucre de betterave. Une fabrique est élevée en ce moment à Leipzig dans ce but. Dans l'état actuel des choses, cette façon d'agir serait répréhensible, parce que les glycoses du commerce contiennent de la dextrine, du plâtre et souvent de l'acide oxalique, et ont une saveur répugnante. Mais, si l'on parvient à fabriquer, comme en Russie, de gros cristaux de glycose pure, le sucre blanc sera sérieusement battu en brèche, et les fabricants et agriculteurs feront bien de surveiller le moment où ils devront remplacer la culture de la betterave par celle des plantes à amidon.

Au point de vue physiologique, la saccharine est d'une parfaite innocuité; le docteur Stutzter (de Bonn) en a donné 5 grammes par jour à des chiens sans qu'aucun effet fâcheux se produisît. MM. Mosso et Aducco (de Turin) en ont pris eux-mêmes la même quantité sans éprouver aucun effet.

Un grand nombre de diabétiques prussiens s'en servent depuis plusieurs mois avec avantage. Le succès de ce curieux produit ne fait aucun doute pour nous; et, si nous avions pu nous en procurer, nous aurions déjà publié quelques formules dans ces colonnes. On nous dit qu'à New-York la saccharine ne coûte que 15 centimes le gramme; c'est déjà un prix abordable, et lorsqu'on aura remplacé le perchlorure de phosphore par un autre agent plus pratique, elle coûtera encore moins cher, sera accessible aux plus petites bourses, et deviendra certainement d'un emploi général.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

DES INCONVÉNIENTS DU RÉGIME LACTÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ESTOMAC. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 12 novembre 1886, par M. le docteur M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Le traitement des maladies de l'estomac par le régime lacté est aujourd'hui classique. Il est prescrit non seulement dans les cas d'ulcère simple, mais encore dans ceux de cancer, dans les diverses dyspepsies et gastrites, dans une foule d'affections de l'estomac dont le diagnostic reste encore vague, malgré les importants progrès faits dans ces dernières années. Il donne des résultats heureux que chacun de nous a pu constater, et plus d'un malade lui doit un soulagement notable, voire même une guérison cherchée en vain par d'autres modes de traitement. Mais à côté de ces avantages il faut bien savoir qu'il présente des inconvénients.

On se croit parfois obligé de prescrire le lait à des doses considérables, et, par son volume, il a amené la dilatation de l'estomac. Il peut alors guérir l'affection pour laquelle il a été ordonné; mais, si son emploi est continué un certain temps, il crée de toutes pièces une maladie de l'estomac, pouvant mettre en danger les jours du malade. C'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois, et je vous demande la permission de vous présenter un sujet chez lequel cette interprétation pathogénique me paraît absolument hors de doute.

Il s'agit d'un nommé P..., âgé de quarante-deux ans, et malade depuis quatre ans. Il était alcoolique et l'avoue franchement; il ingérait tous les jours 2 litres de vin, bière ou cidre, trois petits verres d'alcool, et cela sans compter les jours de fête, qui devenaient pour lui des occasions d'excès plus marqués encore. Sous l'influence d'un pareil régime, sa santé s'altéra, et il ne tarda pas à présenter des accidents caractéristiques : insomnies, agitation la nuit, cauchemars, et de plus des signes de gastrite alcoolique, diminution de l'appétit, digestions pénibles, vomissements le matin de matières pituiteuses. Le diagnostic de gastrite alcoolique paraît suffisamment établi par ces signes. Mais bientôt les accidents de l'estomac augmentèrent, les douleurs s'accrurent, elles devinrent continues, avec des exacerbations telles qu'au moment des crises le malade criait en se roulant dans son lit; les aliments, à cette époque de la maladie, étaient rejetés, à l'exception du lait, et il survint deux ou trois vomissements de sang pur.

Il paraît rationnel d'admettre que le malade avait un ulcère de l'estomac, l'intensité des douleurs qui siégeaient au creux épigastrique et s'irradiaient dans la région interscapulaire, les vomissements des aliments autres que le lait, et surtout les hématémèses, me semblent établir suffisamment ce diagnostic.

Le malade se mit alors franchement au régime lacté, et absorba 4 litres de lait par jour; mais, ne pouvant continuer son travail, il entra dans un hôpital de province; on continua le régime lacté, mais on augmenta la quantité de lait, et on la porta au chiffre de 8 litres.

Sous l'influence de ce régime et du repos, une amélioration notable se produisit, comme elle se produit habituellement lorsqu'on traite ainsi l'ulcère simple, les hématémèses devinrent rares et disparurent; il en fut de même des crises douloureuses, et le malade était en droit d'espérer sa guérison; mais peu à peu d'autres accidents survinrent, les douleurs d'estomac, moins aiguës, reparurent et furent continues; l'amaigrissement fut porté à un point tel que, malgré sa ration de 8 litres de lait, P... perdit 30 livres, et cela dura deux ans, pendant lesquels on continua le régime lacté, auquel on finit par adjoindre les injections de morphine.

Ce qui s'est passé alors nous semble facile à comprendre : par le régime lacté on guérit l'ulcère, mais en même temps, progressivement, on amena une dilatation de l'estomac, qui n'était pas moins à craindre que la première maladie.

Après avoir subi deux ans de traitement, le malade vint à Paris et entra dans notre service; il était dans un état de cachexie extrême, pâle, amaigri et si faible qu'il ne pouvait se tenir debout.

Le diagnostic de dilatation de l'estomac s'imposait, car cet organe s'étendait de la pointe du sternum jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus du pubis. On pratiqua immédia-

tement un lavage, qui amena (quoique P... fût à jeun) le rejet de 3 litres d'un liquide sale, coloré par la bile. Le soulagement fut immédiat, et le malade accusa à l'instant même une sensation de bien-être.

A dater de ce jour, P... subit tous les matins un lavage de l'estomac qui fut utile, non seulement au point de vue thérapeutique, mais parce qu'il nous permettait de suivre, pour ainsi dire, jour par jour l'amélioration produite sous l'influence du régime, qui consista en 1 litre de lait et 75 grammes de poudre de viande. Il n'y avait plus de signes d'ulcère, il n'y avait donc qu'à instituer un régime alimentaire tel que la somme des aliments solides et liquides donnés en vingt-quatre heures ne fût pas trop considérable; il ne nous parut pas nécessaire d'arriver au régime sec, préconisé par le professeur Bouchard.

Sous l'influence de ce traitement, commencé le 7 mai dernier, l'amélioration s'accentua; légère d'abord, elle fit ensuite de rapides progrès. A la fin d'août, le malade reprenait le régime ordinaire, sa dilatation avait disparu, son clapotement ne se percevait plus dans l'abdomen, le lavage ne donnait plus qu'un liquide clair; les forces étaient revenues, et l'augmentation de poids était de 34 livres. Depuis les premiers jours de septembre le malade a repris le régime ordinaire, qu'il supporte bien; il a été à l'asile de Vincennes, et il peut être considéré comme guéri. Nous pouvons résumer son histoire en quelques mots : gastrite et ulcère simple produits par l'alcoolisme; le lait, prescrit en trop grande quantité, guérit l'ulcère, mais amena une dilatation de l'estomac. Cette dilatation disparut sous l'influence d'un régime qui, tout en étant d'une digestion facile, ne nécessitait pas l'ingestion d'un volume alimentaire trop considérable.

J'ai eu trop souvent à observer des accidents semblables; ils paraissent se produire ici avec un caractère de netteté tel qu'il nous a paru intéressant de vous en entretenir pour prémunir nos confrères contre les inconvénients du régime lacté. Je crois, en effet, que ce n'est pas impunément qu'on dépasse la dose de 2 à 3 litres au maximum, lorsque ce régime doit être continué pendant plusieurs mois.

Si nous jugeons qu'avec cette dose le malade ne sera pas nourri, il est bon de prescrire de la viande, quand il s'agit d'un ulcère de l'estomac, en donnant en même temps des alcalins à doses fractionnées, prises de demi-heure en demi-heure pendant les quatre heures qui suivent le repas. Le milieu stomacal étant maintenu neutre, la digestion stomacale ne se produit pas, elle est purement intestinale; c'est un mode de traitement que j'ai déjà préconisé.

Si, pour une raison quelconque, on jugeait la viande préjudiciable au malade, on pourrait additionner le lait de lait concentré, ainsi que nous l'avons déjà recommandé. Grâce à ces précautions, on se mettra à l'abri d'accidents produits par le volume exagéré du régime lacté (Debove, *Remarques sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac*, séance du 11 août 1882).

Pathologie externe.

Sur les anévrysmes de l'aorte abdominale, par M. le docteur Servier, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole du Val-de-Grâce.

(Fin. — Voyez le numéro 46.)

L'anévrysme de l'aorte abdominale est une lésion organique d'une extrême gravité. Si elle n'est enrayée par un traitement heureux ou par un artifice favorable, mais peu probable, de la nature, fatalement elle entraîne la mort du malade. L'existence de ceux qui en sont atteints devient bien vite misérable. Les exemples nous apprennent qu'ils sont tourmentés par des douleurs constantes, quelquefois très vives, qu'ils sont condamnés au repos, qu'ils ne peuvent se livrer à aucun travail.

Le diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale n'est généralement pas difficile. Le malade accuse une douleur plus ou moins vive dans l'abdomen, à l'épigastre, dans les lombes. Quelquefois il éprouve la sensation de battements au point douloureux. Le véritable signe diagnostique est la perception d'une tumeur dans l'abdomen, tumeur que les doigts du chirurgien reconnaissent aisément, tumeur animée de battements isochrones à ceux du pouls, accompagnés le plus souvent d'un bruit de souffle. Cependant un doute peut alors s'élever : la tumeur ainsi reconnue est-elle étrangère au système circulatoire, développée sur le trajet de l'artère et appuyée sur elle, ou bien est-ce une tumeur formée par la dilatation des parois artérielles, est-ce un anévrysme? Les artères, en effet, communiquent facilement leurs mouvements aux tumeurs qui leur sont intimement accolées. La difficulté peut se présenter plus grande qu'on ne le supposerait, et l'erreur de diagnostic, les faits le démontrent, peut très bien être commise. La grande différence entre la sensation fournie par une tumeur étrangère à l'artère, mais agitée par elle, et une véritable tumeur anévrysmale, est celle-ci : l'anévrysme est distendu tout entier par un mouvement d'expansion dans tous les sens, si bien que les deux mains, appliquées de chaque côté de lui sur ses parois opposées, sont toutes deux repoussées en même temps au moment de l'afflux du liquide sanguin dans la poche anévrysmale; on sent que cette poche est dilatée dans tous les sens; tandis qu'une tumeur solide ou kystique, appuyée sur le vaisseau, est soulevée, sans doute, à l'arrivée de chaque ondée sanguine, mais soulevée seulement et non distendue, soulevée dans un sens limité et non dans tous les sens, et les mouvements perçus ne donnent pas cette sensation d'expansion que les doigts retrouvent quand ils enveloppent un sac anévrysmal.

MM. Franck et Boursier ont présenté à la Société de biologie (*Gazette hebdomadaire*, 1878, p. 751, et 1879, p. 544) une étude sur ce sujet, sur le diagnostic différentiel d'un anévrysme de l'aorte abdominale et d'une tumeur accolée à l'artère. Voici les conclusions de leur travail :

1° Les battements présentent le caractère expansif.

2° Ils se produisent en deux temps.

3° Le retard du début de la pulsation de la tumeur sur le début de la systole cardiaque est égal à celui que présenteraient les pulsations aortiques explorées au même niveau. De plus, on observe un retard exagéré du pouls des fémorales, et une influence exercée sur la circulation des membres inférieurs par la compression et la décompression de la tumeur abdominale. La compression augmente la tension des artères du membre inférieur, parce qu'on refoule le sang contenu dans la tumeur. La décompression subite fait disparaître une ou deux pulsations des crurales à cause de l'aspiration qu'exerce la tumeur en reprenant sa forme.

Certes, j'estime ces indications pour fort précieuses; mais nous savons avec quelle aisance la pathologie se joue parfois de nos plus sûrs moyens d'investigation, autorisés par l'expérience clinique des praticiens avisés, par les déductions théoriques des anatomo-pathologistes, très logiques spéculateurs. Il est arrivé, dans le cas de MM. Franck et Boursier, que leurs habiles recherches les ont conduits à une erreur de diagnostic. Les signes précités avaient démontré l'existence d'un anévrysme, et l'autopsie du sujet présenta une tumeur solide.

Reconnaissons que le plus souvent les anévrysmes de l'aorte abdominale se reconnaissent d'une façon très précise, et sans de trop difficiles investigations, aux caractères que nous avons indiqués, mais que, par exception, les signes démonstratifs de leur présence peuvent être tellement obscurs, même trompeurs, qu'ils arrivent à donner le change aux explorateurs les mieux exercés.

C'est une lésion très grave, avons-nous dit, que l'ané-

vrysme de l'aorte abdominale; elle n'est cependant pas au-dessus des ressources de l'art; un traitement bien dirigé a pu, dans certains cas, amener sa guérison.

Le but poursuivi, comme dans la thérapeutique de tous les anévrysmes, c'est l'obstruction du sac anévrysmal par la formation de caillots résistants. Mais on peut se demander, quand il s'agit d'une artère de l'importance de l'aorte abdominale, quelles seront les conséquences de l'arrêt du cours du sang dans un pareil vaisseau. Le caillot obturateur fermant la lumière de ce conduit ne deviendra-t-il pas la cause rapidement déterminante d'accidents autrement redoutables que ceux provoqués par l'anévrysme lui-même?

C'est dans les faits d'expérience et d'expérimentation que nous devons chercher la réponse à ces questions. Disons tout de suite que les faits nous ont démontré la possibilité de l'établissement de la circulation dans les membres inférieurs, par les artères collatérales, lorsque l'aorte abdominale ne laisse plus passer le sang que le cœur lui envoie; mais disons aussi que la chose n'est pas constante, si possible qu'elle soit.

Stenson, expérimentant sur des lapins auxquels il liait l'aorte abdominale, a constamment remarqué des résultats désastreux. La ligature empêchant l'arrivée du sang aux artères du train postérieur déterminait la paralysie complète de cette partie de l'animal, en même temps qu'elle décidait une énorme pression dans le torrent circulatoire par la suppression d'un large district artériel. Mais Maas (de Fribourg), reprenant et modifiant les expériences de Stenson, a démontré que les effets ainsi signalés ne s'observent que chez le lapin, et qu'il n'en est pas de même chez le chat et le chien.

Barié, interne des hôpitaux, a publié un exemple de paraplégie subite et de mort rapide, conséquence de l'oblitération de l'aorte abdominale par un caillot (*Gazette hebdomadaire*, 1876, p. 317). Un homme entra à l'hôpital, le 21 juin, avec une hémiplégie de la face et des troubles aphasiques. Il était à peu près guéri lorsque, le 22 novembre, il se plaignit de violentes douleurs épigastriques, accompagnées de diarrhée et de vomissements. Le 1er décembre, il fut subitement atteint de paraplégie, avec raideur tétanique des membres inférieurs. Ses urines étaient rares et sanglantes; il eut quelques vomissements de sang. Il mourut le même jour à dix heures du soir. A l'autopsie, on trouva dans l'aorte abdominale, à 2 centimètres au-dessus de sa division, un caillot noirâtre, résistant, adhérent à la surface interne du vaisseau, dont il oblitérait complètement la lumière.

Une autre observation nous présente un phénomène fort singulier, une claudication intermittente déterminée par l'oblitération de l'aorte abdominale (*Gazette hebdomadaire*, 1876, p. 189). A. Jean, interne des hôpitaux, raconte l'histoire d'une femme de trente-huit ans, infirmière à la Salpêtrière, qui, après la moindre fatigue, était prise de grande faiblesse des membres inférieurs, de paraplégie incomplète. Après cinq à six jours de repos et de lit, tout rentrait dans l'ordre, elle reprenait son service. Trois ou quatre mois avant sa mort, la paraplégie s'accentua et la cloua au lit; la malade fut emportée par une diarrhée cholériforme. A l'autopsie, on trouva l'aorte abdominale complètement oblitérée par un caillot ancien, commençant au-dessous de l'origine des rénales et s'étendant dans les artères iliaques primitives, les hypogastriques, les iliaques externes jusqu'aux crurales. Les premiers phénomènes pathologiques avaient apparu deux ans avant la mort du sujet.

Meynard, dans sa thèse inaugurale sur l'oblitération de l'aorte abdominale par embolie ou par thrombose (thèse de Paris, 1883), relate l'observation d'une femme de trente ans qui, dans le cours d'un rhumatisme aigu à forme assez bénigne, fut prise de douleurs lombaires et de fourmillements dans les jambes, auxquels succéda, au bout de quarante-huit heures, une paraplégie complète. Les jours suivants la gangrène s'empara des membres inférieurs. La malade succomba neuf jours après l'apparition des premiers accidents. A l'autopsie, on constata la présence dans l'aorte abdominale d'un caillot fibrineux se prolongeant dans les deux iliaques primitives.

Ces faits nous démontrent que, dans certains cas d'oblitération de l'aorte abdominale, la circulation peut fort bien ne pas s'établir de façon à suffire à la distribution nécessaire du liquide nourricier. Il est bon que les chirurgiens soient prévenus. Mais cette considération ne doit pas les arrêter, puisque nous savons déjà et que nous verrons encore que la circulation du sang a pu se continuer dans les membres inférieurs malgré la formation d'un caillot dans l'aorte abdominale.

Traitement. — En face d'une lésion aussi grave que l'anévrysme de l'aorte abdominale, les chirurgiens ont eu le droit d'oser un moyen des plus audacieux, je veux dire la ligature du vaisseau compromis. Mais les résultats ont été désastreux.

La ligature de l'aorte abdominale a été pratiquée neuf fois, à ma connaissance, pour des anévrysmes et pour des hémorrhagies. Les neuf opérations ont été suivies de mort au bout d'un temps plus ou moins long; je devrais dire plus ou moins court, car, au moins pour cinq de ces opérations, les patients sont morts dans l'intervalle de quelques heures à onze jours. Je ne puis rien affirmer pour les quatre autres ligatures, dont je n'ai pas l'histoire complète. De pareils exemples sont faits pour arrêter la main des plus entreprenants. Il convient de ne pas compter la ligature de l'aorte abdominale parmi les moyens de traitement à appliquer aux anévrysmes de cette artère.

Je ne vois guère que deux méthodes curatives dont les anévrysmes de l'aorte abdominale puissent être justiciables : la méthode de Valsalva et la compression. Pour être plus franc avec moi-même, je dois écarter la méthode de Valsalva, trop peu sûre, trop peu fidèle, et ne conserver que la compression. Je n'oserais pas tenter l'électro-puncture, non plus que l'introduction d'un ressort de montre dans l'intérieur de la poche anévrysmale, suivant la méthode de Baccelli, parce que ces moyens me paraissent d'un emploi très dangereux sur un point où le courant sanguin est aussi actif, où les voies sanguines ont autant d'amplitude. Ces agents déterminent la formation rapide de petits caillots faciles à entraîner, qui deviennent trop aisément des embolies. Il n'en est pas de même des larges caillots se formant lentement sous l'influence de la compression.

Cette dernière méthode a fait ses preuves. J'ai cité la thèse du docteur Voirhaye, dans laquelle l'auteur, sur cinq cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale traités par la compression, signale trois guérisons. Voyons donc de quelle manière la compression a été appliquée, quels ont été ses résultats, quels accidents elle a pu provoquer.

Le défaut capital de la compression, lorsqu'elle est suffisante, c'est de devenir tellement douloureuse que les malades ne peuvent pas la supporter. On a eu recours à l'anesthésie par le chloroforme. Le compresseur employé était le tourniquet de Lister, qui ressemble au compresseur de Nélaton. Une condition assez effrayante à remplir c'est la durée de la chloroformisation, la longueur du temps pendant lequel les patients doivent rester sous l'influence de l'agent anesthésique. Walter Maxon et Arthur Durham ont fait la compression pendant dix heures consécutives sur leur malade, maintenu tout ce temps sous le chloroforme. Au moment où l'on enleva le tourniquet, la tumeur ne présentait plus de battements; mais ils reparurent le lendemain, puis cessèrent encore, et au bout de cinq semaines le malade était guéri. Une seule séance avait donc suffi. Il est vrai qu'elle avait été longuement prolongée.

Dans un autre cas, heureux aussi, celui de Greenhow, la compression fut appliquée d'une façon différente, mais toujours sous le chloroforme : le 25 mai, séance de quarante-

cinq minutes; le 27 mai, séance de quatre heures; le 24 juin, séance de trois heures. Le malade était guéri à la date du 20 septembre.

Ces observations me paraissent typiques. Je signalerai, sans développement, deux autres cas de succès : l'un obtenu par William Murray, l'autre obtenu par Robert-Samuel Archer. Dans ce dernier cas, la réussite ne fut pas complète, mais il y eut une amélioration notable. Le malade vécut encore trois ans par le fait du traitement.

Les accidents observés ont été des vomissements, dus, sans doute, à l'action du chloroforme, et, chez le sujet de Greenhow, des fourmillements dans les jambes, ainsi qu'une diminution passagère de la sensibilité des membres inférieurs. Pendant la compression le pouls est plus fréquent et la respiration plus rapide. L'effet sur les organes supérieurs est l'hypérémie par le sang destiné aux artères inférieures, et dont le cours se trouve interrompu, ce qui constitue un danger pour les individus atteints de maladies organiques.

Mais ces accidents sont de ceux auxquels les malades résistent; il en est d'autres plus graves qui ont entraîné leur mort.

Chez un sujet traité par sir James Paget, la compression de l'aorte abdominale, sous le chloroforme, fut pratiquée pendant quatre séances, de deux heures, d'une heure trente minutes, de douze heures, et enfin de six heures, du 4 au 21 novembre. Le malade mourut de péritonite.

Thomas Bryant perdit aussi de la même manière, de péritonite, un malade sur lequel, dans un intervalle de trente-neuf heures, il avait appliqué la compression, sous chloroforme, d'abord pendant deux heures, puis pendant quatre heures.

La péritonite, dans ces cas, est probablement due à la contusion des viscères par la compression.

Voilà, grâce à la connaissance de ces faits, la part faite entre les avantages réels que peut procurer la compression et les accidents funestes qu'elle peut aussi déterminer. Mais, et la chose est importante, il reste la démonstration positive de la formation possible d'un caillot remplissant et comblant la poche anévrysmale, et de l'établissement d'un nouveau mode de circulation qui maintient la vie dans les membres inférieurs.

Dans les cas malheureux que j'ai cités, l'autopsie a permis de constater la présence de caillots déjà formés dans l'anévrysme. Dans un autre cas, fort instructif, l'autopsie a pu montrer la disposition de la circulation collatérale remplaçant la circulation normale. En 1864, le docteur William Murray traita et guérit un anévrysme de l'aorte abdominale par la compression. Six ans après, son malade, à la suite de dures fatigues, eut un autre anévrysme et mourut subitement. La guérison du premier anévrysme put être vérifiée par l'autopsie. La circulation s'était rétablie par les artères coliques, mammaires internes, intercostales inférieures, épigastriques, circonflexes iliaques, les lombaires et lombaires inférieures.

Ajoutons que pour aider et préparer les bons effets de la compression une médication interne a plusieurs fois été instituée. On a donné la digitale, le perchlorure de fer, l'iodure de potassium. C'est ce dernier médicament que nous avons choisi de préférence; le sujet de notre observation l'a pris à hautes doses.

Chez notre malade, nous avons établi un mode de compression exempt de douleur et peu capable de déterminer des accidents; mais, s'il a été supportable, il ne s'est pas montré fort efficace. Il a réussi à diminuer le volume de la tumeur anévrysmale et à amoindrir l'énergie de ses battements. Mais là s'est arrêtée son action. Malheureusement nous n'avions pas la ressource des anesthésiques, à cause de la maladie du cœur dont ce malheureux était atteint. C'est un grand regret, sans doute, de n'avoir pas tout osé pour obtenir sa guérison; mais ce serait un bien cuisant remords d'avoir précipité sa fin par une chloroformisation imprudemment tentée.

Indications bibliographiques. — *Recueil des mémoires de médecine et chirurgie militaires*, 1826, t. XVIII, p. 362. Docteur Berjaud. — *The Lancet*, 1872, Ier vol., p. 542. Sir James Paget. — *Revue des sciences médicales*, t. II, p. 463, 1873. Walter Maxon et Arthur Durham. — *Idem*, t. III, p. 722, 1874. E.-H. Greenhow, docteur Heat, docteur Murray. — *Idem*, t. VII, p. 70, 1876. Docteur Coupland. — *Idem*, t. XII, p. 560, 1878. Irwine; p. 561, Cooke; p. 548, Finny. — *Idem*, t. XXI, p. 157, 1883. Docteur Bristowe (trois faits); p. 158, Redmont; p. 162, Nixon. — *Idem*, t. XVI, p. 684, 1880. Robert-Samuel Archer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Par suite de la mort de M. *Paul Bert*, dont M. *Vulpian* rappelle, en excellents termes, les titres scientifiques, la séance est levée aussitôt après le dépouillement de la correspondance, dans laquelle nous nous bornerons à citer, en l'absence de toute note relative aux sciences médicales proprement dites, une communication de notre collaborateur M. *E. Rivière*, sur des ossements fossiles d'oiseaux trouvés par lui dans les grottes quaternaires de Balzi-Rossi, en Italie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. les docteurs *Blache, Corlieu, Galezowski, Worms* et M. *Péligot* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres.

M. *Marty* adresse une lettre de candidature à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Henrot*, maire de Reims, envoie le Rapport pour 1885 du *Bureau d'hygiène* et des statistiques de cette ville par M. le docteur *Hoel*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Pécholier* (de Montpellier), un mémoire imprimé, intitulé : *variole et varicelle* ; 2° de la part de MM. *Cadéac* et *Malet* (de Toulouse), une brochure ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la morve*.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Lorybois*, un mémoire imprimé sur les *Conditions typhogènes d'un groupe de maisons à Joigny*.

M. *Th. Roussel* fait hommage de son Rapport au Sénat sur *le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*.

Commission. — MM. *Lacaze-Duthiers, Pasteur, Gavarret, Planchon, Guyon, Legouest, Gueneau de Mussy* et *Bourdon* sont désignés, par voie de tirage au sort, pour faire partie de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres.

Élection. — Par 37 voix sur 71 votants, M. le docteur *Tillot* (de Luxeuil) est élu correspondant national dans la première division (*Médecine*). M. Carlet (de Grenoble) obtient 30 voix ; MM. Picot (de Bordeaux) et Mauricet (de Vannes), chacun 2 voix.

Alcoolisation des vins. — La discussion sur le vinage reprend par un discours dans lequel M. *Vallin* examine chacune des conclusions nouvelles présentées par la Commission (voy. p. 757). Il déclare tout d'abord s'associer à la demande de prohibition du vinage, pour les motifs suivants : 1° il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de distinguer si l'alcool ajouté à du vin pour le viner est de l'alcool éthylique très pur, ou s'il contient une proportion notable de ces impuretés et principes toxiques dont les alcools dits supérieurs ne sont qu'un des éléments ; 2° il est impossible de doser exactement l'alcool ajouté par le vinage

et, quand même on l'autoriserait à une dose déterminée, il faudra toujours, en raison de la difficulté de l'expertise, une tolérance de 1 ou 2 degrés qu'il faudra bien se garder d'augmenter. Quant au sucrage des moûts pour lequel la Commission semble favorable, il est à remarquer que l'on n'a à cet égard que des présomptions et des raisons théoriques et que la fermentation mal dirigée des moûts sucrés engendre forcément des produits impurs ou toxiques.

On demande, d'autre part, que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool. M. Vallin fait observer que si l'on demandait d'abaisser de 15-16 à 12-13 degrés la limite de la surtaxe imposée à ces vins, le danger serait considérablement diminué, car bien peu de vins de consommation courante seraient touchés par cette réduction, et il n'y a aucun inconvénient à imposer d'une taxe plus lourde un vin riche en alcool à la condition de dégrever d'autant les vins naturels faibles. Examinant ensuite la quatrième conclusion de la Commission, M. Vallin demande de remplacer l'expression « alcools dits supérieurs », par celle-ci : « esprits mal rectifiés », car il s'agit en réalité d'alcools, de la qualité hygiénique la plus inférieure, mais représentés par une formule dont les chiffres atomiques sont très élevés et il importe de ne prêter à aucune amphibologie. Il va de soi que les alcools destinés à la fabrication des eaux-de-vie et des liqueurs doivent être absolument purs. Il faut toutefois remarquer que la sanction de cette prescription est difficile ; la surveillance des grandes distilleries agricoles est déjà malaisée, car elles fabriquent des alcools à divers degrés de pureté ; il faudrait aussi pouvoir surveiller les bouilleurs de crus, chez lesquels l'insuffisance des appareils, la mauvaise qualité de la matière première ne laissent aucun doute sur l'impureté du produit fabriqué ; or, leur production compte pour 500 000 hectolitres d'alcool par an, échappant à la surveillance et à l'impôt.

Enfin, la discussion qui se poursuit a montré l'insuffisance de nos connaissances sur deux points principaux : 1° quelles sont, indépendamment des alcools amylique, propylique, butylique, etc., les substances toxiques qui se trouvent dans les alcools mal purifiés et quelle est leur action spéciale sur l'organisme ? 2° comment peut-on reconnaître et doser ces principes toxiques quand l'alcool qui les contient est mélangé aux vins et à d'autres liquides complexes ? Il appartiendrait à l'Académie de provoquer et de faciliter ces recherches par des subventions et des prix.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Ganglion sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer du col de l'utérus : M. Raymond. — Kyste hydatique du foie guéri par la simple ponction : M. Millard. — Kyste hydatique du foie également guéri par la ponction simple : M. Troisier. — Monoplégie brachiale gauche avec anesthésie cutanée et amyotrophie : M. Féréol. — Des inconvénients du régime lacté dans le traitement des maladies de l'estomac : M. Debove.

M. *Troisier* présente, au nom de M. *Raymond*, les pièces anatomiques relatives à la malade dont il a parlé dans la dernière séance, et qui, atteinte d'un cancer du col utérin, portait un ganglion carcinomateux à la région sus-claviculaire gauche. On put constater, à l'autopsie, l'existence d'un cancer manifeste du col de l'utérus ; mais, de plus, on découvrit une adénopathie de même nature de tous les ganglions lombaires gauches et mésentériques ; des noyaux secondaires dans le pancréas et le foie, quelques ganglions cancéreux dans le médiastin, et des nodules dans les deux poumons ; enfin, outre le ganglion sus-claviculaire constaté pendant la vie, on trouva sur le trajet du canal thoracique un noyau cancéreux qui le comprimait sans effacer entièrement son calibre. On suit facilement la marche progressive de la propagation du cancer gagnant le foie, les poumons, les ganglions bronchiques et médiastinaux pour arriver enfin jusqu'au ganglion sus-claviculaire. Cette observation montre qu'il peut exister une adénopathie sus-claviculaire par propagation d'un cancer utérin. — M. Troisier ajoute que M. Dreyfous a observé, il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu, une adénopathie sous-maxillaire dans un cas de cancer gastrique, et que M. Jaccoud, qui ne manque jamais de rechercher l'existence de l'induration des ganglions inguinaux chez les malades atteints de cancer probable de l'estomac, aurait rencontré plusieurs fois cette adénopathie. C'est donc une règle clinique, lorsqu'il existe une affection cancéreuse plus ou moins manifeste, d'explorer avec soin tous les ganglions périphériques.

— M. *Millard* donne lecture d'une observation intitulée : *Kyste hydatique du foie guéri après la simple ponction*, et présente un autre malade atteint de kyste hydatique d'un diagnostic assez embarrassant, et qu'il compte ponctionner sous peu. (Sera publiée).

M. *Cadet de Gassicourt* fait remarquer qu'il est des cas dans lesquels on peut commettre une erreur de diagnostic absolument inverse de celle qui a été faite tout d'abord chez le malade que M. Millard a guéri. On peut, en effet, prendre pour un kyste hydatique du foie une poche péritonéale enkystée renfermant du pus. C'est ce qui a eu lieu pour un petit malade de douze ans observé par M. Cadet de Gassicourt ; les phénomènes de péritonite localisée avaient fait songer à l'existence d'un kyste du foie ; mais l'incision de la poche n'a laissé aucun doute sur l'origine péritonéale de l'affection.

M. *Millard* demande si, chez cet enfant, existait la dilatation du côté droit du thorax qu'il a constatée chez ses malades.

M. *Cadet de Gassicourt* avait noté chez son petit malade une dilatation analogue, mais moins prononcée. Cette dilatation ne pouvait d'ailleurs faire défaut si l'on songe que, chez un enfant de cet âge, existait une poche renfermant plus de 250 grammes de pus.

— M. *Troisier* présente un malade qui était atteint depuis plus de deux ans d'un kyste hydatique du foie, et chez lequel il a pratiqué une ponction avec l'aspirateur de Potain ; il a retiré 1 litre et demi de liquide caractéristique. Ce malade avait ressenti des douleurs vives dans le côté droit du thorax s'irradiant vers l'épaule droite ; deux mois avant la ponction, une saillie manifeste s'était produite à l'union de la région épigastrique et de l'hypochondre droit, accompagnée d'une sensation assez nette de fluctuation à ce niveau ; il n'y avait pas de frémissement. On ne constatait d'ailleurs aucun signe de pleurésie sèche. La ponction, pratiquée il y a dix-neuf mois, n'a été suivie d'aucun accident, et le malade peut aujourd'hui être considéré comme guéri.

M. *Moutard-Martin*, qui a eu l'occasion de soigner, depuis lors, ce malade pour un embarras gastrique simple, n'a constaté aucune trace du kyste dans la région qu'il occupait autrefois, et que le malade lui désignait d'une façon précise ; le foie est seulement demeuré un peu plus volumineux, mais sans bosselure. — Il rapporte l'observation d'une petite fille de six ans chez laquelle il constata, en 1879, deux saillies rénitentes à la face antérieure du foie, très hypertrophié ; ces bosselures lui ont paru être des kystes hydatiques, diagnostic qu'il a vérifié par la ponction successive de ces deux poches kystiques. Il retira environ 60 grammes de liquide du premier kyste, et 40 grammes du second ; après quelques accidents péritonitiques de courte durée, la malade guérit complètement. M. Moutard-Martin l'a revue depuis à diverses reprises ; le foie est toujours volumineux, mais la guérison ne s'est pas démentie. Il insiste, d'autre part, sur ce fait que l'aspect cachectique des malades, l'œdème des jambes et

l'ascite ne doivent pas contre-indiquer le diagnostic de kyste hydatique du foie. Chez une femme qui présentait bien plutôt l'aspect d'une cancéreuse, et qui avait été transférée du service de chirurgie dans ses salles, il se crut autorisé à diagnostiquer un kyste suppuré du foie, et à pratiquer une ponction : il retira 750 grammes de pus. Une large incision fut faite peu après, et permit l'issue d'un flot d'hydatides. La malade est guérie et ne conserve plus aujourd'hui qu'une fistulette insignifiante conduisant sur une incrustation calcaire de la paroi kystique.

M. *Blachez* a eu dernièrement occasion d'observer à Necker un malade atteint d'un kyste du foie très volumineux, et dont le développement avait déterminé un état cachectique très prononcé avec ictère léger.

La ponction capillaire donna issue à 4 litres et demi d'un liquide absolument caractéristique, mais dans lequel il fut impossible de découvrir aucun débris hydatique. Après l'évacuation de cette énorme poche, le malade fut soumis au repos absolu et une compression douce faite sur le ventre. Le liquide se reproduisit avec beaucoup de lenteur, et le kyste était à peine tendu quand le malade se plaignit d'une douleur vive à la partie supérieure du tibia gauche. Une tumeur fluctuante se montra et fut incisée. Elle correspondait à un abcès périostique profond, et le malade dut être envoyé en chirurgie, où il se trouve actuellement.

M. Blachez a déjà ponctionné plusieurs kystes du foie. Plusieurs ont guéri dès la première ponction capillaire; chez d'autres, il a fallu recourir plusieurs fois à l'opération. Cette différence dans le résultat de la ponction tient probablement à des causes encore mal étudiées.

— M. *Féréol* présente un malade atteint de monoplégie brachiale gauche ayant débuté brusquement au réveil, le 31 octobre. Il s'agit d'un ouvrier maçon, âgé de trente-deux ans, de bonne santé ordinaire, non syphilitique, ni alcoolique, ne présentant aucune affection viscérale actuelle, aucun signe d'une intoxication quelconque. Cette paralysie portant sur les fibres supérieures du trapèze, le deltoïde, le biceps et le triceps, et déterminant l'impotence du membre, s'accompagnait, lorsque le malade entra à la Charité, le troisième jour de sa maladie, d'une anesthésie cutanée occupant le même territoire que la paralysie du mouvement, et aussi d'une atrophie déjà manifeste, par comparaison avec le côté sain, des muscles intéressés. L'exploration électrique, pratiquée par M. Boudet, de Paris, a montré une hyperexcitabilité marquée aux deux espèces d'électricité dans les muscles paralysés, sans réaction de dégénérescence. L'électrisation est pratiquée tous les jours, et l'on constate déjà une légère amélioration. M. Féréol ne sait à quelle étiologie rattacher une semblable paralysie avec atrophie, attendu qu'on ne peut invoquer aucune cause locale ou générale, pas de traumatisme, pas de refroidissement, aucun phénomène cérébral; on ne peut admettre la paralysie radiculaire en l'absence de tout myosis, de toute exagération locale de la sueur, ainsi que de tout symptôme morbide permettant de songer à une action réflexe. Il ne semble pas davantage que l'on ait affaire à une monoplégie hystérique, car le sujet en question n'offre aucun des stigmates de l'hystérie; il faut prendre garde, en effet, de suivre la tendance qui paraît entraîner, depuis quelque temps, les observateurs à abuser de la paralysie hystérique. S'agirait-il d'une amyotrophie primitive, compliquée récemment de paralysie et d'anesthésie, et cette lésion serait-elle périphérique ou médullaire? Le diagnostic reste évidemment en suspens; mais il convient d'ajouter que ce malade éprouve depuis longtemps, dans le bras gauche, des sensations assez fréquentes d'engourdissement, avec phénomène de doigt mort, et quelquefois crampe dans la main et attitude en griffe; du côté de la jambe gauche, sensations subites de faiblesse et d'impotence, mais ne s'accompagnant pas de chute; enfin, griffe des quatre orteils externes aux deux pieds, ayant toujours existé au dire du malade. Ce fait curieux ne paraît rentrer dans aucune des catégories connues.

— M. *Debove* lit une note sur *les inconvénients du régime lacté dans le traitement des maladies de l'estomac* (voy. p. 761).

— A cinq heures, la Société se constitue en comité secret.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Intervention chirurgicale chez les tuberculeux : M. Delorme; M. Nepveu, rapporteur. — Taille hypogastrique : M. Defontaine (du Creusot); M. Terrier, rapporteur. — Etranglement interne, péritonite, laparotomie, mort; M. Ovion. — Névralgie du testicule chez les hystériques mâles : M. Terrillon (Discussion). — Exostoses de la tête humérale, ablation : M. Terrillon. — Exostose éburnée du sinus frontal : M. Just Championnière.

M. *Nepveu* lit un rapport sur un travail de M. *Delorme : De l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux.* M. Delorme gratte les abcès froids; deux fois, à l'avant-bras et à la cuisse, il a raclé de gros troncs nerveux : le radial et le sciatique; cela n'a eu aucun inconvénient. Dans la troisième observation, il ouvrit un abcès lombaire et au fond de la cavité il trouva un orifice qu'il débrida et qui le conduisit sur le corps de la troisième lombaire; cet os fut gratté et le malade guérit. M. Reclus a déjà cité ici des observations de ce genre (voy. *Gaz. hebd.*, 1882, p. 506). D'après M. Nepveu, M. Verneuil vient de ruginer des lames vertébrales dorsales, après avoir injecté de l'éther iodoformé dans l'abcès dont on obtient ainsi la désinfection préalable.

— M. *Terrier*. Rapport sur une observation de M. Defontaine (du Creusot) : *Deux tailles suspubiennes chez un garçon de quatre ans et demi.* Cet enfant présentait des troubles urinaires presque depuis son enfance. M. Defontaine reconnut un calcul et fit la taille hypogastrique. Le ballon de Petersen commença par remonter trop dans le rectum, qui vint alors faire saillie latéralement au lieu de refouler la vessie en avant. Il est arrivé, en pareille circonstance, d'ouvrir le rectum au lieu de la vessie. Cela n'est pas rare chez l'enfant, vu la mobilité du rectum et de l'S iliaque. M. Defontaine n'a pas fait l'erreur; mais il a chargé un aide de maintenir en bas le ballon, qui dès lors a bien fait son office; un calcul fut retiré. Les deux tubes de Périer fonctionnèrent mal; l'enfant ne fut guère docile. Tout fut néanmoins terminé en vingt jours. Mais, aussitôt incisée, la vessie s'était fortement rétractée dans la profondeur, ce qui tient peut-être à l'hypertrophie des fibres musculaires d'une vessie jeune et malade depuis longtemps. Cela avait empêché de faire une exploration suffisante après l'extraction. Bref, il y eut récidive et cinq mois après une nouvelle taille fut faite. Celle-là fut des plus simples, et exsangue : il n'y eut qu'à se guider sur la cicatrice. La guérison fut dès lors définitive.

M. *Sée* reconnaît l'importance des particularités mentionnées par M. Defontaine. Il a l'habitude, à cause d'elles, de faire toujours fixer en bas le ballon de Petersen par un lien non élastique; de toujours sentir le bec d'un cathéter à travers la paroi vésicale; de passer une anse de fil dans le sommet de la vessie avant d'ouvrir ce réservoir. — M. *Anger* a présenté au congrès de Londres une espèce de sonde qui se développe dans la vessie, et, en soulevant la paroi antérieure, rend le ballon rectal inutile. Pour M. *Terrier*, le but de cette sonde est essentiellement différent de celui du ballon.

— M. *Larrey* dépose des mémoires à M. Vedrènes, de M. Bouchard (de Bordeaux); il remet une note de M. *G.-L. Dufour* sur un enfant amputé des deux avant-bras pour un

traumatisme. Les appareils prothétiques sont suffisamment parfaits pour que l'enfant puisse apprendre à écrire.

— M. *Ovion* lit une observation d'étranglement interne (Volvulus), pris pendant quelques jours ponr un embarras gastrique (vomissements, langue saburrale). L'opération fut donc faite trop tard; elle dura une heure et demie, et l'enfant, âgé de douze ans et demi, succomba à la continuation de la péritonite.

— Déjà M. *Terrillon* a entretenu la Société de certaines manifestations hystériques qui ont un intérêt chirurgical; aujourd'hui, guidé par les conseils de M. Charcot, il étudie la névralgie du testicule. Cette douleur est tantôt symptomatique, due à une orchite atrophique, à une hydrocèle, à un varicocèle; tantôt idiopathique. Déjà autrefois on a parlé de tempérament nerveux. Aujourd'hui on peut rattacher cela à l'hystérie. Ce serait analogue à l'hyperesthésie ovarienne de l'hystérie chez la femme. Ici aussi la douleur peut être brusque, syncopale; s'accompagner de perte de connaissance et d'attaques convulsives. Tout cela est provoqué par le moindre froissement du testicule. On constate alors les signes divers de l'hystérie : hémianesthésie, diminution des sens spéciaux, clou hystérique, etc. Les traitements locaux échouent: il faut avoir recours à l'hydrothérapie. M. Terrillon a recueilli quatre observations, dont deux dans le service de M. Charcot.

M. *Bouilly* ne pense pas que toutes les névralgies testiculaires soient de cette nature, et il cite deux observations sur des sujets âgés dont un était atteint d'un léger varicocèle et guérit par la suspension bien faite. — M. *Terrillon*, d'ailleurs, ne pense pas que toute névralgie testiculaire soit hystérique; mais il ne faut pas oublier que l'hystérie de l'homme demande à être cherchée. — M. *Championnière* fait remarquer que l'hyperesthésie ovarienne est la règle chez la femme hystérique; pour l'homme, l'hyperesthésie testiculaire est l'exception; elle n'existait pas chez deux hystériques mâles, tout à fait typiques, qu'il a observés. — M. *Trélat* reconnaît tout l'intérêt de ces observations, mais il proteste contre le titre adopté par M. Terrillon. Névralgie est un mauvais nom. C'est une vraie attaque hystérique dont le testicule est le point de départ; c'est l'hystérie qui domine tout. M. Terrillon a raison de dire que c'est un hystérique latent qui devient évident sous l'influence d'une cause occasionnelle. M. Trélat a vu, de même, une contracture hystérique énergique, avec déviation intense de la hanche et du rachis, être causée par une petite rupture du carré des lombes avec léger épanchement sanguin.

— M. *Terrillon* présente un malade auquel il a enlevé deux exostoses des tubérosités de la tête humérale. Quoique le malade eût trente ans, les tumeurs grossissaient et comprimaient le plexus brachial. Il fallut désinsérer les muscles rotateurs de l'épaule; mais le périoste fut bien conservé et aujourd'hui les mouvements sont bien rétablis. Les exostoses étaient entourées d'une couche de cartilage. En somme c'est une opération facile et bénigne, c'est également l'avis de M. *Trélat* et de M. *Championnière*. Ce dernier a enlevé récemment une tumeur semblable de la coulisse bicipitale; une autre à la tête radiale.

— M. *J. Championnière* présente une exostose éburnée du sinus frontal. Il fallut une large brèche pour l'extraire. La surface où la tumeur adhérait était recouverte d'une masse molle ressemblant assez au tissu cérébral. Dolbeau signale déjà le fait. La méprise n'est pas difficile à éviter.

— *Commission pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire :* MM. Périer, Th. Anger, Peyrot.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

M. *Gréhant*, en ouvrant la séance, prononce l'allocution suivante :

« Messieurs, nous sommes frappés très vivement par la mort si prématurée de notre illustre président, Paul Bert.

« Ce n'est pas le moment de rappeler les nombreux travaux dont il voulait bien, comme il le disait lui-même, nous donner la primeur.

« Nous n'entendrons plus cette voix éloquente et animée d'un professeur qui possédait au suprême degré le don d'enseigner avec clarté.

« Mais nous ne pourrons jamais oublier les éminents services que P. Bert a rendus à la Société de biologie, et nous le compterons toujours, à côté de Rayer et de Claude Bernard, parmi les bienfaiteurs de la Société.

« Je vous propose, messieurs, d'adresser à Mme Bert et à sa famille, au nom de la Société, l'expression de nos regrets et de notre profonde douleur. »

— La séance est levée en signe de deuil.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

(Suite. — Voy. les nos 43, 44, 45 et 46.)

Professeur Guyon : Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie. — M. Desnos. Extirpation d'un néoplasme de la vessie par la voie hypogastrique.

Aujourd'hui qu'on dirige des tentatives opératoires contre les néoplasmes vésicaux, on s'ingénie à établir un diagnostic précoce et précis. Mais on ne tarde pas à être rebuté par les difficultés de ce problème ardu, et alors, sans hésiter, bien des auteurs conseillent d'ouvrir la vessie pour voir sans peine ce qui s'y trouve. M. *Guyon* proteste contre cette manière de faire. Il reconnaît que la question est épineuse, mais il pense qu'on peut éviter aux malades les inconvénients d'une cystotomie exploratrice.

L'hématurie est le symptôme capital des tumeurs vésicales et, bien analysée, elle acquiert une valeur séméiologique considérable. Elle est abondante; mais surtout elle est longue; elle se répète sans qu'on sache trop pourquoi, ou, si l'on peut invoquer une étiologie, il y a disproportion entre cette cause et l'effet. Ainsi, un cathétérisme fait avec douceur provoquera parfois un pissement de sang sérieux; souvent, alors, cela commencera quand l'urine sera à peu près complètement écoulée, et l'hémorrhagie sera due principalement aux contractions à vide de la vessie.

Si l'on tient compte de ces caractères, on ne pensera pas un instant à une hématurie d'origine rénale. Sur celle-là, le cathétérisme reste sans influence, ainsi que les dernières contractions d'une vessie évacuée. De plus, des coliques néphrétiques incomplètes annoncent que des concrétions successives obstruent les uretères, et donnent une valeur réelle aux caillots moulés, sans cela assez banals, qu'on trouve dans l'urine. Pour corroborer cette opinion, on explorera directement le rein et, pour le diagnostic des tumeurs de cet organe, M. Guyon insiste sur le ballottement rénal; le rein, en augmentant de volume, devient mobilisable. Le varicocèle symptomatique du côté malade est enfin un signe important.

On reconnaît donc, sans trop de difficulté, qu'on est en présence d'une hématurie vésicale. Les signes physiques permettront-ils une analyse plus exacte? Le toucher rectal est très fructueux, si on le pratique après avoir vidé la vessie;

de plus, il faut pouvoir l'associer au palper abdominal et, par conséquent, mettre le malade dans le décubitus dorsal. On sentira bien, par ces manœuvres, le bas-fond de la vessie; on appréciera sa souplesse ou son infiltration; on constatera la tumeur et même, jusqu'à un certain point, on connaîtra ses dimensions, sa consistance. M. *Desnos* a mis en relief devant le congrès l'utilité qu'il y a à combiner le cathétérisme au toucher rectal, le bec de la sonde restant séparé du doigt par une grande épaisseur de tissus. Mais, à part cela, le cathétérisme, arbitre souverain, en général, dans le diagnostic des affections vésicales, se trouve ici en défaut. Rien de net, rien de certain: on ne peut se fier ni à ses affirmations ni à ses négations.

Nous arrivons à cette conclusion que l'existence d'un néoplasme de la vessie peut être diagnostiquée; que l'hématurie est le plus important des symptômes. Mais dans tout cela il n'est question ni de la nature de la tumeur, ni de son point d'implantation, ni de son mode d'insertion. Pour la solution de ces problèmes, la clinique est forcée d'avouer son impuissance. Mais serait-on mieux renseigné par l'incision exploratrice? Thompson le pense et recommande, à cet effet, la boutonnière périnéale. Qu'on songe cependant à l'âge des malades atteints: c'est l'âge des périnées épais et des grosses prostates. Cela rend le toucher intravésical bien aléatoire; l'œil, d'autre part, ne peut explorer par cette voie.

L'incision périnéale est donc insuffisante pour juger des questions posées. La taille hypogastrique seule permet de les bien résoudre. Mais alors il ne s'agit plus d'opération exploratrice. On intervient pour enlever une tumeur qui cause des hémorrhagies graves, des douleurs intenses. Ce qui justifierait l'incision exploratrice conduit à l'intervention thérapeutique. Quant aux diverses particularités dont nous venons de parler, il est suffisant de les connaître pendant l'opération, pour laquelle il n'y a qu'une seule contre-indication: l'infiltration étendue du bas-fond vésical, absolument réservée aux tumeurs malignes. Or le toucher rectal renseigne sur ce point.

M. *Guyon* n'est pas d'avis qu'il faille avoir pour but de faire une opération précoce. Les tumeurs malignes ont, ici, l'habitude d'évoluer sur place; de n'atteindre ni les ganglions voisins ni même le rectum. Mais elles ont une malignité locale considérable. Longtemps latentes, elles ne se révèlent par l'hématurie que lorsque l'infiltration de la paroi est faite, et la récidive est constante. Au contraire, les tumeurs bénignes restent toujours facilement séparables et de là, après ablation, des guérisons définitives nombreuses.

Toutes ces tumeurs peuvent habiter la vessie sans causer autre chose que des hématuries. Faut-il alors se presser? Non, tant que l'hématurie ne compromet pas la vie. Aujourd'hui, en effet, on a dans l'incision de la vessie un moyen d'une efficacité admirable. Ce qui doit faire agir immédiatement c'est l'hémorrhagie dont l'abondance devient menaçante; c'est la douleur parfois atroce, la cystite, la rétention d'urine. Peu importe alors la nature histologique de la tumeur. Aussi bien, avant qu'on n'extirpât les néoplasmes vésicaux, le pronostic n'avait guère à tenir compte de leur structure: un papillome tuait tout comme un cancer. Aujourd'hui, les choses ont bien changé. Pour une tumeur maligne, la taille atténue ces complications si graves. Pour une tumeur bénigne, elle permet une éradication complète du mal.

Mais ces néoplasmes bénins sont presque toujours multiples. Des tumeurs secondaires, petites, entourent la masse principale et se développent après son ablation. Voilà pourquoi, malgré Thompson, le taille périnéale doit céder le pas à la cystotomie sus-pubienne. Cette dernière donne du jour, de la place. Seule, elle permet d'examiner bien la vessie, de saisir les petits noyaux secondaires; d'assurer par conséquent une opération radicale. Si la tumeur siège à la partie supérieure du réservoir urinaire, on pourra la réséquer. Mais c'est l'exception: elle occupe en général le bas-fond. Là, on devra se contenter d'abraser la masse morbide; de toucher les points saignants au thermocautère. C'est là une excellente méthode. On n'en est plus à compter les succès qu'elle procure.

— Un des élèves de M. Guyon, M. *Desnos*, a lu devant le Congrès une observation dont le succès heureux démontre la vérité des préceptes que nous venons de résumer:

Un homme de quarante-trois ans présentait depuis plus de onze ans des hématuries qui avaient débuté brusquement, et sans cause occasionnelle, et qui avaient toujours conservé ce caractère de soudaineté; elles devinrent de plus en plus fréquentes et furent pendant longtemps le seul symptôme; puis survinrent des accès de cystite parfois très violents; l'état général s'affaiblit et des douleurs apparurent aux lombes, à l'hypogastre. Le cathétérisme ne révélait qu'une différence légère de mobilité de la sonde dont le bec rencontrait, à droite, une résistance; de ce côté le toucher rectal révélait un manque de souplesse du bas-fond. En combinant le cathétérisme et le toucher, M. Desnos a pu sentir nettement le bec de la sonde à gauche, tandis que, à droite, le doigt était séparé de l'instrument par une plus grande épaisseur de tissus. Enfin, par le palper hypogastrique on parvenait à limiter une masse occupant les régions vésicales. A la suite d'une recrudescence inquiétante des symptômes fonctionnels, M. Desnos se décida à extirper le néoplasme par la taille hypogastrique. La tumeur ne put être saisie par l'anse galvanique: on dut l'extraire par morcellement, d'où une hémorrhagie abondante; la base d'implantation, très large, fut touchée au thermocautère.

Les suites de l'opération furent excellentes, et dès le lendemain l'hématurie avait cessé, pour ne plus reparaître depuis six mois. La cystite a disparu et le rétablissement de la santé générale se traduit par une augmentation de poids de sept kilogrammes. La constitution histologique de la tumeur est différente suivant les points observés; elle correspond dans sa plus grande partie à du tissu de papillome; quelques coupes rappellent plutôt un épithélioma.

Communications diverses.

— M. *Le Dentu* (de Paris). *Examen des procédés d'opération du varicocèle d'après des observations personnelles.* — Depuis 1885, M. Le Dentu a fait huit opérations de varicocèle avec des résultats fort satisfaisants. Une fois il a employé la ligature multiple, double, avec section des veines entre les deux fils; une fois la ligature simple sans section; six fois il a eu recours au procédé de M. Horteloup (excision du scrotum avec un clamp spécial qui saisit les veines postérieures et qui guide les aiguilles des sutures profondes). Cette opération est agréable à pratiquer et donne des résultats immédiats excellents; des résultats éloignés fort bons aussi, ainsi qu'en témoignent trois opérés revus. Mais il y a quelques objections: 1° le clamp manque son but quand, ce qui est rare, il est vrai, les veines antérieures sont plus développées; 2° la suture superficielle laisse un peu à désirer. Au reste, M. Le Dentu croit qu'il faut de l'éclectisme. Pour les varicocèles douloureux, mais petits, les méthodes simples suffisent: c'est-à-dire la ligature (simple ou double, avec ou sans section ou résection des veines); plus simplement encore, la résection du scrotum sans ligature veineuse; pour cela, il suffit de deux grandes pinces courbes. Pour les cas graves, il faut des méthodes combinées; telle est celle de Guyon (ligature des veines et résection transversale du scrotum à ce niveau). M. Le Dentu est partisan de la ligature double des veines avec excision du fond du scrotum.

M. *Horteloup* a revu plusieurs de ses opérés. La guérison s'est maintenue. Il pense que la section des veines postérieures amène seule un résultat durable.

(*A suivre.*) A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la Grindelia robusta, par Vasili Dobroklowski. — Les expériences du chef de clinique de M. Botkin avaient pour but de déterminer l'action physiologique de ce végétal sur la circulation des animaux à sang froid et à sang chaud (grenouilles, chiens, lapins).

Le premier effet de la teinture de *Grindelia robusta* est de diminuer le nombre des contractions cardiaques et d'élever la pression artérielle. Les changements du cœur seraient le résultat d'une excitation des nerfs inhibitoires de cet organe dans la moelle allongée. L'élévation de la pression sanguine aurait pour cause, d'une part l'action directe de l'extrait médicamenteux sur les parois vasculaires et d'autre part l'irritation des centres de vaso-motilité, dans la moelle et le cerveau.

Les altérations de la motilité dans les muscles volontaires seraient plus tardives que les modifications de l'excitabilité des centres nerveux. Par conséquent, on pourrait, sans inconvénient, administrer de faibles doses de *Grindelia robusta* aux cardiopathes et régulariser leurs battements cardiaques.

M. Vasili Dobroklowski a voulu vérifier cette conséquence de ses recherches physiologiques en administrant l'extrait de cette substance à dix malades. Il a constaté la diminution des pulsations du cœur, mais sans remarquer les phénomènes de diurèse concomitants, que d'autres observateurs signalaient.

Cette propriété régulatrice du muscle cardiaque serait égale à celles de l'*Adonis vernalis*, du *Convallaria maialis*, du chloral hydraté et même de la digitale. Par contre, il produirait moins souvent le dicrotisme que cette dernière et que l'*Adonis vernalis*. Ces recherches cliniques conduisent l'auteur à considérer la *Grindelia robusta* comme utile dans les cas où les autres médicaments cardiaques échouent, et à conseiller son emploi combiné avec celui de l'*Adonis vernalis*. Les doses d'extrait de grindelia administrées aux malades étaient de 30 gouttes répétées trois ou quatre fois par jour. Bartholow attribue à la grindelia des propriétés hypnotiques que M. Vasili Dobroklowski ne mentionne pas. (*Vratch*, 1886, n° 2.)

Des modifications de la circulation des centres nerveux sous l'influence de quelques agents médicamenteux, par Capelli et Brugia. — Ces observations ont été faites sur des individus qui présentaient une solution de continuité d'origine traumatique de l'os frontal et au moyen du nitrite d'amyle, de la morphine, de la paraldéhyde, du chloral et de l'hyoscyamine.

Auparavant ces expérimentateurs avaient noté que les bains froids déterminent l'hypérémie cérébrale, et les bains chauds, l'anémie des vaisseaux méningés, de sorte que leur action sur la vaso-motilité est de nom contraire.

Après les inhalations de nitrite d'amyle, au moment où l'activité du cœur se déprime, la tension vasculaire augmente et cette augmentation est plus grande dans les vaisseaux du cerveau que dans ceux de l'avant-bras. Ces variations de la circulation vasculaire ne sont pas simultanées dans les deux régions.

Une injection de morphine de 1 à 2 centigrammes provoque l'ischémie des vaisseaux intracrâniens et des vaisseaux de l'avant-bras. Puis, à cette ischémie succède une dilatation dont le maximum correspond à la période du sommeil morphinique. Elle dure quelque temps et disparaît graduellement.

A la dose de 3 grammes la paraldéhyde diminue l'activité cardiaque et le tonus vasculaire périphérique, produisant ainsi une anémie cérébrale notable. L'état des vaisseaux pendant le sommeil de la paraldéhyde a été comparé par les auteurs à l'état des vaisseaux durant le sommeil physiologique. Sous l'influence du chloral les vaisseaux périphériques se dilatent, mais les vaisseaux méningés se resserrent, de sorte qu'on observe de l'anémie cérébrale. Plus tard, ils se paralysent, et cette paralysie dure autant que le sommeil chloralique, au moment du réveil, l'ischémie se traduit par une diminution de volume du cerveau anémié.

Enfin, ils ont administré l'hyoscyamine à la dose de 3 milligrammes. L'impulsion cardiaque et le tonus vasculaire augmentaient, pour diminuer pendant le sommeil. Ils observaient alors l'accélération des pulsations du cœur, dont le choc était devenu moins intense. (*Archiv. Italiano per le maladie nerv.*, 1886, p. 321.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de toxicologie, par M. Dragendorff, deuxième édition française, revue et publiée avec le concours de l'auteur, par M. le docteur L. Gautier. — Paris, F. Savy, 1886.

Le livre du professeur Dragendorff avait déjà obtenu en France depuis son apparition un grand et légitime succès. La seconde édition, que vient de traduire M. le docteur L. Gautier, possède sur la précédente plusieurs avantages appréciables surtout dans la pratique, c'est-à-dire au laboratoire.

Un certain nombre de chapitres dont l'utilité, dans un traité de toxicologie, était fort contestable, ont été retranchés, tandis que ceux relatifs aux substances toxiques que l'on rencontre le plus habituellement dans les expertises ont été pour la plupart augmentés des recherches et des découvertes dont la science s'est enrichie récemment.

Après quelques pages consacrées aux conditions dans lesquelles sont demandées et doivent se pratiquer les expertises en matière de toxicologie, l'auteur décrit un certain nombre d'essais préliminaires qui peuvent, dans quelques cas, fournir des renseignements précieux.

Le premier chapitre est consacré à la recherche des poisons volatils; l'auteur y étudie successivement les substances toxiques susceptibles d'être séparées par distillation d'une liqueur alcaline (ammoniaque, ammoniaques composées), celles qui peuvent être séparées par distillation d'une liqueur acide (alcools, éthers, huiles essentielles, composés du cyanogène, gaz vénéneux ou impropres à l'entretien de l'hématose tels que bioxyde d'azote, oxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acide sulfureux, etc.). Une troisième section traite des poisons volatils appartenant au groupe des métalloïdes halogènes (chlore, brome, iode); enfin une quatrième partie est exclusivement consacrée au phosphore.

Le deuxième chapitre, qui est certainement le plus important en ce qu'il expose avec beaucoup de détails les nombreuses et remarquables recherches originales faites par le professeur Dragendorff et ses élèves, traite des alcaloïdes et des poisons qui se comportent comme les alcaloïdes avec les dissolvants et les réactifs employés pour leur extraction et leur recherche.

On s'aperçoit aisément à la lecture de ce chapitre que l'étude des alcaloïdes a été un sujet de prédilection pour le savant professeur de Dorpat; et, si la minutie avec laquelle sont décrites les réactions et les propriétés de chacun de ces corps fatigue un peu à la simple lecture, on est bien vite revenu de cette impression lorsqu'au laboratoire on consulte le *Manuel de toxicologie* à propos d'une recherche quelconque. C'est alors seulement qu'il est possible d'apprécier toute la valeur et l'exactitude des documents contenus dans ce livre ainsi que la somme considérable de travail, d'expériences, d'investigations de toute sorte que nécessite

l'étude de chaque alcaloïde au point de vue toxicologique.

On trouve dans les paragraphes relatifs à chacun des alcaloïdes une grande quantité de renseignements discutés avec beaucoup de sagacité et exposés avec une minutie qui dénote l'expert habitué à ces sortes de travaux, et continuellement aux prises avec les difficultés de toute espèce que suscite chaque recherche toxicologique. On pourrait faire à ce chapitre le reproche de ne pas être suffisamment clair, au moins pour les débutants, auxquels s'adresse plus spécialement un manuel, et de ne pas présenter un ordre invariable dans l'étude des caractères et des réactions de chaque alcaloïde, ce qui rendrait l'étude plus facile et simplifierait notablement les recherches. De plus, certains paragraphes ne nous paraissent pas au niveau des connaissances actuelles, et, pour n'en citer que deux, nous avons remarqué, à propos de l'aconitine et du seigle ergoté, l'absence complète d'indication de travaux récents qui ont appris à connaître et à déceler avec plus de certitude ces poisons. La monographie si intéressante et si bien étudiée de MM. Laborde et Duquesnel à propos des aconits et de l'aconitine n'est même pas citée. Le paragraphe relatif au seigle ergoté ne mentionne ni les réactions et les propriétés de l'ergotinine ni celles des matières colorantes de l'ergot dont la constatation a cependant une valeur si importante au point de vue toxicologique.

Enfin la critique la plus fondée à faire de cette partie du livre est relative au peu d'importance accordée à l'expérimentation physiologique. C'est avec juste raison que l'école Française insiste sur l'importance capitale de ce genre de recherches en matière de toxicologie. Nous sommes absolument d'avis qu'il est tout à fait impossible d'émettre une opinion certaine en matière de toxicologie des alcaloïdes tant que l'on n'a pas constaté un accord parfait entre les réactions chimiques et les propriétés physiologiques d'un alcaloïde (ou composé analogue) retiré des viscères d'un cadavre. Les modifications si sensibles et si caractéristiques que certains poisons végétaux impriment aux fonctions physiologiques de plusieurs organes ne sont même pas citées dans l'ouvrage de Dragendorff, et c'est là, à notre avis, une très grave lacune. Nous ne concevons pas qu'actuellement un manuel de toxicologie ne reproduise pas, à propos de l'aconitine, les tracés caractéristiques du cœur de la grenouille; à propos de la vératrine, les tracés non moins probants du muscle du même animal, etc. La toxicologie ne peut devenir une science susceptible d'exactitude parfaite, en ce qui regarde les poisons organiques, tout au moins, qu'en s'engageant de plus en plus dans cette voie féconde et en menant de front la recherche chimique et l'étude des réactions physiologiques.

C'est là bien certainement la critique la plus sérieuse à adresser au livre du professeur Dragendorff, critique qui ne diminue en rien, du reste, la valeur de ce travail au point de vue purement chimique.

Du chapitre III, traitant des poisons de la classe des métaux, nous dirons seulement qu'il nous a paru un peu long au moins en ce qui regarde les métaux comme le cadmium, le nickel, le manganèse, etc., dont la toxicologie pratique n'a guère à s'occuper. Il en est de même pour le chapitre IV traitant des métaux alcalins et alcalino-terreux. En revanche, la partie du chapitre III qui traite de la recherche de l'arsenic et de l'antimoine constitue la monographie la plus complète que nous possédions à ce sujet.

L'importance du chapitre V qui traite des acides minéraux et organiques est plus justifiée.

En résumé, le livre du savant professeur de Dorpat présente, au point de vue pratique des qualités exceptionnelles et indiscutables; il est seulement regrettable que la méthode suivie dans son exposition ne soit pas plus claire (ce qui s'a li ue surtout au cha itre des alcaloïdes et l'auteur n'ait pas cru devoir attribuer à l'expérimentation physiologique une part beaucoup plus large que celle qui lui a été réservée.

Gabriel POUCHET.

Microbes, ptomaïnes et maladies, par M. le docteur L. BRIÉGER, professeur assistant à l'Université de Berlin. Traduit de l'allemand et annoté par MM. ROUSSY et WINTER. — Paris, O. Doin, 1886.

C'est avec une profonde surprise que nous avons lu le livre de M. Briéger. A en croire cet auteur, la question des ptomaïnes aurait été, avant lui, plongée dans le plus profond néant, et ce ne serait que grâce à ses belles découvertes que l'étude de ces corps aurait commencé à sortir des limbes.

Nous ne voudrions pas contester le mérite réel des travaux de M. Briéger en tant qu'investigateur patient et délicat. Sa part de travail est certainement considérable, et l'exposé détaillé de ses recherches révèle un homme qui a fait une étude approfondie de ces questions. Nous aurions certes mieux aimé n'avoir que des éloges à faire de ce livre : mais, si nous sommes de ceux qui pensent que la science ne doit pas avoir de patrie, nous condamnons hautement la partialité et, sous ce dernier rapport, l'œuvre de M. Briéger approche étonnamment de la perfection.

Les savants italiens ont seuls trouvé un peu grâce sous la plume du triomphateur des ptomaïnes, qui semble avoir oublié que les premiers travaux suivis sur ces questions ont paru en France.

Il est vraiment fort heureux que la belle communication de M. le professeur Armand Gautier à l'Académie de médecine ait précédé l'apparition du livre de M. Briéger, rendant à chacun sa part dans les découvertes, — même à M. Briéger. L'auteur allemand aurait pu sans cela s'imaginer que son livre avait servi de texte à ce travail, comme si l'on n'attendait que le rayonnement de ses découvertes.

M. Briéger avait cependant une belle part en ne s'attribuant que ses travaux et en ne torturant pas une question aussi vaste pour la faire rentrer dans le cadre étroit de sa personnalité.

Ce que nous regrettons surtout dans le livre qui vient de paraître, c'est que l'auteur allemand soit arrivé à persuader tellement ses traducteurs que cette question lui appartenait tout entière, qu'on puisse lire dans la préface de M. Roussy la phrase suivante, pour laquelle nous nous abstiendrons de commentaires.

« Ces récentes acquisitions, dont Briéger vient de doter la science, semblent avoir une portée immense pour la pathogénie. *Aussi est-il très désirable de voir entreprendre des travaux semblables en France, où ce genre d'études ne paraît pas très avancé.* C'est pour ces raisons que nous avons entrepris, M. Winter et moi, de les signaler aux méditations des chimistes et des microbiologistes. »

Nous n'aurions pas fait cette remarque si MM. Roussy et Winter s'étaient bornés uniquement à traduire le livre de M. Briéger. Depuis quelques années, nous nous sommes habitués à voir les savants d'outre-Rhin traiter nos travaux avec un singulier mépris de la vérité historique. Mais, à côté de la traduction figurent quelques notes, dans lesquelles les travaux cités semblent être une servile continuation des découvertes du médecin allemand.

L'absence de toute note nous eût dispensé de la pénible tâche d'incriminer les traducteurs, qui nous semblent tout au moins fort peu au courant de la question et des nombreux travaux publiés en France à ce sujet.

Il faut cependant leur savoir gré de cette traduction, ne servirait-elle qu'à nous faire constater une fois de plus le sans-gêne avec lequel les Allemands s'approprient les travaux des autres. Et terminer nous ns à M.

et à ses traducteurs la remarquable thèse d'agrégation de notre collègue le docteur Hugounenq sur les alcaloïdes d'origine animale, dans laquelle se trouve, sous la rubrique *Bibliographie*, le résumé le plus complet de tous les travaux parus sur les ptomaïnes jusqu'au mois de juillet de cette année.

Gabriel Pouchet.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Paul Bert. Après le gouvernement et les Chambres, l'Académie des sciences vient de rendre hommage à la mémoire de Paul Bert, et M. Vulpian s'est fait l'éloquent interprète des sentiments douloureux qu'inspire la mort prématurée de son éminent confrère. Il n'était que juste, en effet, de louer sans réserves le courage civique, l'ardent patriotisme et l'activité laborieuse du résident général et du député. Il convenait aussi de proclamer les services rendus à la science par le physiologiste et le professeur. A ce dernier point de vue l'œuvre de Paul Bert doit être citée comme celle d'un expérimentateur habile, digne élève de Claude Bernard, d'un chercheur passionnément épris des études biologiques, d'un savant « doué d'une des intelligences les plus ouvertes qui se puissent rencontrer et d'une prodigieuse facilité de travail ». Ses *Notes d'anatomie et de physiologie;* ses travaux sur la *Greffe animale;* ses *Recherches sur le mouvement de la sensitive;* ses *Leçons sur la physiologie comparée de la respiration;* enfin et surtout ses belles études sur la *Pression barométrique*, suffisaient à marquer sa place à côté des savants qui représentent si dignement à l'Institut les sciences biologiques. Les ouvrages consacrés par Paul Bert à l'étude de la respiration et des gaz du sang sont, jusqu'à un certain point, comparables aux célèbres travaux par lesquels M. Marey nous a si bien fait comprendre le mécanisme de la circulation et de la locomotion animale. On ne manquera pas cependant de remarquer que les applications médicales que Paul Bert s'est efforcé de déduire de ses recherches scientifiques n'ont pas donné jusqu'à ce jour les résultats pratiques qu'il en espérait.

Laissant de côté cette partie de la vie de Paul Bert, nous aimons surtout à faire ressortir les qualités éminentes dont il a donné tant de preuves soit comme président perpétuel de la *Société de biologie*, soit comme directeur des *Revues scientifiques*, publiées par la *République française*, ou encore comme rédacteur d'un si grand nombre d'ouvrages de vulgarisation qui, lorsqu'ils traitaient de zoologie ou de physiologie, obtenaient toujours le plus franc, le plus légitime succès. De tels titres suffisent pour unir aujourd'hui dans un même sentiment de condoléance et de regrets tous ceux qui songent avec tristesse aux services que Paul Bert aurait pu rendre encore à la science et à la patrie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Albert Délaine, interne de deuxième année à l'hôpital de la Charité; et de M. le docteur Ribcaucourt (Ernest), ancien maire du VII[e] arrondissement de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté en date du 16 novembre, la chaire d'anatomie et celle de physique médicale viennent d'être déclarées vacantes. Un délai de vingt jours est laissé aux candidats pour faire valoir leurs titres. La déclaration de vacance de la chaire de clinique médicale sera annoncée lorsque le ministre aura autorisé M. Peter, professeur de pathologie interne, à prendre, par permutation, la chaire de clinique. Tous ces délais, si préjudiciables aux intérêts de l'enseignement de notre Faculté, auraient pu être évités. La mise à la retraite de MM. Sappey, Gavarret et Hardy était prévue ou devait l'être depuis plusieurs mois. Pourquoi les déclarations de vacances n'ont-elles pas été officiellement proclamées aussitôt, c'est-à-dire avant les vacances? Il ne nous appartient pas de répondre à ces questions. Nous ne pouvons que constater avec regret les inconvénients que présentent à tous les points de vue ces lenteurs administratives.

— M. le docteur Béclard, professeur de physiologie, est nommé doyen de la Faculté pour une nouvelle période de trois années, à dater du 18 novembre 1886.

Cliniques de la Faculté. — Par suite de la retraite de M. Hardy, M. le professeur Potain passe de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité.

Protestation des agrégés contre les décrets du 30 juillet. — Voici la protestation adressée à M. le ministre de l'instruction publique à l'occasion de la mesure que nous avons critiquée ci-dessus (p. 758).

Monsieur le ministre,

Les décrets du 30 juillet 1886 modifient la situation acquise depuis huit ans aux agrégés de la Faculté de médecine de Paris. Ils suppriment purement et simplement la rétribution bien modeste qu'ils recevaient pour leur participation à l'enseignement. Les agrégés pensent qu'il y a quelque injustice à vouloir réaliser à leurs dépens des économies que ne légitiment ni la modicité de leur traitement, ni la valeur des services qu'ils ont conscience d'avoir rendus et de pouvoir rendre encore à la Faculté. Réunis en assemblée générale, ils prennent la liberté, monsieur le ministre, de vous adresser leurs respectueuses protestations.

Suivent les signatures de :

MM. Ballet, Blanchard, Brissaud, Brun, Budin, Campenon, Chauffard, Déjerine, Guébhard, Hallopeau, Hanot, Hanriot, Hutinel, Joffroy, Maigrier, Peyrot, Pinard, Poirier, Pouchet, Quenu, Quinquaud, Raymond, Reclus, Rémy, Rendu, Reynier, Ribemont, Richelot, Robin, Schwartz, Terrillon, Troisier.

Étaient absents :

MM. Bouilly, Debove, Humbert, Jalaguier, Kirmisson, Landouzy, Ch. Richet, Second, Straus, Villejean.

Hôpital Saint-Louis. — M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, vient, sur les conseils de notre éminent confrère, M. le docteur Lailler, d'organiser à l'hôpital Saint-Louis un demi-pensionnat où une centaine d'enfants atteints d'affections contagieuses du cuir chevelu pourront recevoir l'instruction primaire, tout en étant régulièrement soumis au traitement que nécessite leur maladie. Cette mesure, qui remédie à l'insuffisance si souvent reconnue des services hospitaliers consacrés au traitement des maladies cutanées, fait le plus grand honneur à MM. Lailler et Peyron.

Muséum. — L'assemblée des professeurs a dressé ainsi qu'il suit la liste des candidats à la chaire de pathologie comparée, laissée vacante depuis le mois de décembre 1885, par la mort de Henri Bouley : en première ligne, M. Chauveau; en deuxième ligne, M. P. Gréhant.

École de médecine d'Angers. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 16 novembre 1886, un concours s'ouvrira, le 20 mai 1887, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Conseil d'hygiène de la Seine. — Dans sa séance du 12 novembre 1886, M. Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport concernant un *cas de décès par rage* survenu le 17 octobre dernier à l'hôpital Tenon. La victime de cet accident était un homme âgé de vingt-sept ans qui avait été mordu, le 7 août précédent, par son chien, à l'avant-bras droit. Il s'était contenté de laver la blessure à l'arnica. Son chien ayant été reconnu enragé, il se décida sur les instances de personnes qui l'entouraient, à se rendre au laboratoire de M. Pasteur, trois jours après l'accident, et du 11 au 23 août, on lui fit chaque jour une injection sous-cutanée. Cet homme fit ensuite ses vingt-huit jours comme réserviste et ce ne fut que le 12 octobre, c'est-à-dire soixante-six jours après la morsure, qu'il commença à ressentir les symptômes

de la rage; il mourut le 17 octobre. Les inoculations faites avec des portions de la moelle et du cerveau de cet homme ont déterminé chez des lapins la rage en quinze jours. Il est donc démontré qu'il a succombé à l'hydrophobie rabique, malgré les inoculations préventives qui ont été pratiquées trois jours après l'accident. M. le rapporteur fait remarquer que M. Pasteur a montré dans sa dernière communication que, dans certaines circonstances où la quantité de virus inoculé et le siège des inoculations déterminaient un empoisonnement rapide, il fallait opposer une médication plus active et pratiquer un traitement intensif constitué par des injections répétées de moelle plus virulente; on peut ainsi préserver le chien de la rage, même lorsqu'on emploi pour la déterminer une méthode infaillible et rapide, celle des inoculations directes dans les méninges. Il est probable que cette méthode de traitement intensif était applicable dans l'espèce.

M. Dujardin-Beaumetz fait ensuite une communication verbale au sujet d'une famille habitant ordinairement Paris, qui vient d'être cruellement éprouvée par la *fièvre typhoïde*. Sur sept personnes atteintes, quatre ont succombé. Cette famille avait été passer une partie de l'été à Pierrefonds, et l'eau servant à son alimentation provenait d'une citerne contiguë à une maison dans laquelle il y avait eu des cas de fièvre typhoïde. L'eau de la citerne paraît avoir été contaminée par les déjections des malades à la suite d'infiltrations : on a puisé de cette eau et on y a trouvé et cultivé le bacille qui détermine chez l'homme la fièvre typhoïde. Ce terrible accident a eu les effets d'une démonstration expérimentale : des neuf personnes (deux domestiques et sept maîtres), dont se composait cette famille, quatre n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde, toutes quatre ont succombé; trois avaient eu antérieurement cette affection, elles ont été atteintes, mais n'ont point succombé. Enfin, une des personnes venait d'être frappée quelques mois auparavant par la fièvre typhoïde, elle n'a pas été atteinte. Ce fait montre aussi que dans cette eau le microbe de la fièvre typhoïde acquiert une virulence extrême. M. Brouardel a fait d'ailleurs prendre à Pierrefonds toutes les mesures d'hygiène nécessaires. A cette occasion, plusieurs membres du Conseil demandent que la ville de Paris mette à la disposition de ses habitants dans tous les quartiers, des eaux de source. MM. Arm. Gautier et Lancereaux insistent sur la nécessité de donner des eaux de source aux hôpitaux. Sur la proposition de M. le Président, il est décidé qu'une Commission sera nommée dès à présent pour faire une enquête sur la nature des eaux potables distribuées dans la ville de Paris. Sont nommés membres de cette Commission : MM. Alphand, Léon Colin, Hétier, Lancereaux, Riche et Rochard.

ASSAINISSEMENT DES LOCALITÉS INONDÉES. — Dans le but de prévenir les conséquences fâcheuses que peuvent avoir au point de vue de la santé publique les inondations qui viennent de désoler le midi de la France, M. le ministre du commerce et de l'industrie vient de recommander aux préfets, par une circulaire en date du 17 novembre, une série de mesures à prendre pour l'assainissement des localités inondées. Ces mesures ont été approuvées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, sur le rapport de M. Proust, dans sa séance de lundi dernier :

1° Il faut pour obtenir le dessèchement du sol favoriser le prompt écoulement des eaux par les moyens indiqués ci-dessous (5°, 6°, 7°).

2° Les habitants ne doivent pas rentrer dans les maisons qui ont été inondées avant qu'elles aient été assainies.

3° Les habitations seront d'abord nettoyées et débarrassées de toutes les immondices que l'eau aurait déposées.

4° L'aération et la ventilation sont les meilleurs agents d'assainissement des habitations. Un grand feu sera allumé et entretenu dans le foyer, toutes les issues de l'habitation restant ouvertes.

5° Pour faciliter l'égouttement, on établira autour des maisons, dont l'intérieur est en contre-bas du sol, une rigole de 30 à 50 centimètres de profondeur. Ces parties en contre-bas et les caves dans lesquelles l'eau aura été mêlée à des matières organiques, seront arrosées par un liquide désinfectant (sulfate de cuivre, 5 pour 100).

6° Les parois des murs endommagés et où se seront accumulés les dépôts vaseux, seront grattées à vif. Les lits et paillasses seront renouvelés, autant que possible; on ne doit, en tout cas, les utiliser qu'après les avoir séchés soigneusement.

7° L'eau des puits et des sources devra être considérée comme nuisible chaque fois que dans le voisinage de ces puits ou de ces sources se trouveraient accumulés soit des dépôts de matière en décomposition, soit des amas de vase, soit des débris organiques, soit des matières provenant de fosses d'aisance défoncées. S'il y a le moindre doute sur l'infection de l'eau, elle doit être bouillie avant de servir aux usages alimentaires.

8° Lorsque la maison inondée aura plusieurs étages, on devra attendre pour habiter les étages inférieurs et le rez-de-chaussée, qu'ils soient absolument assainis, conformément aux prescriptions ci-dessus. Dans le cas où on serait obligé de dresser temporairement des tentes, on choisira à l'abri des miasmes et de l'humidité, l'emplacement le plus élevé.

9° Les cadavres d'animaux rejetés sur les rivages des rivières qui rentrent dans leur lit, devront être immédiatement enfouis et recouverts d'une couche de chaux.

10° Pour éviter tout accident sur le bétail, les fourrages submergés devront être traités différemment, suivant leur degré de détérioration et divisés à cet effet en trois catégories. Ceux qui sont très altérés, imprégnés de vase, décomposés, ou en voie de décomposition, seront immédiatement enfouis. Ceux dont l'altération est moins avancée, devront être employés seulement à faire des fumiers. Les fourrages qui auront été seulement mouillés et qui ne donneraient lieu à aucune émanation nuisible, pourront, après avoir été parfaitement séchés, être utilisés en litière. Dans aucun cas, les fourrages qui auront subi quelque altération ne devront servir à l'alimentation du bétail.

11° Pour éviter les épidémies charbonneuses qui peuvent succéder aux inondations des rivières et des étangs, il est important de ne pas faire paître les troupeaux dans des endroits récemment inondés, ni de les nourrir avec des fourrages récoltés sur ces terrains.

12° Les travaux de tout genre entrepris pour l'assainissement des localités inondées ne devront commencer qu'à l'heure où la brume du matin sera entièrement dissipée et ne se prolongeront pas au delà du coucher du soleil. Les miasmes paludéens, cause des fièvres intermittentes, sont en effet plus à redouter au commencement et à la fin de la journée.

13° Les ouvriers seront autant que possible munis de vêtements de laine et de chaussures les préservant du froid et de l'humidité.

14° Ils ne doivent pas se mettre au travail à jeun, le café noir devra autant que faire se pourra entrer dans leur alimentation. Le travail sera interrompu à intervalles réguliers et, s'il est possible, réparti alternativement entre plusieurs brigades d'ouvriers. Le temps du repos sera passé à une certaine distance des lieux submergés, hors de la direction ou de la portée des vents qui les traversent.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales.* — Le docteur Magnan a repris ses leçons cliniques le dimanche 14 novembre 1886, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Après des considérations générales sur les diverses formes de la *folie*, les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur la *manie* et la *mélancolie*.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes, le mardi 23 novembre 1886, et le continuera les mardis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. — Le jeudi et le samedi, consultation avec examen au spéculum. Tous les jours, à neuf heures, exercices cliniques (salle Sainte-Marie).

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera, le mardi 23 novembre, à cinq heures, son cours sur les maladies des voies urinaires à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), et le continuera les mardis et samedis suivants. — Il traitera cette année des *affections de la prostate et de la vessie*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 26 novembre). — *Ordre du jour :* M. Robin : Des oxydations organiques et de leur importance au point de vue thérapeutique. — M. Roques : Observation de grippe suivie d'épanchement pleural.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7695. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 48 — 26 NOVEMBRE 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Alcoolisation des vins.

La discussion générale sur le vinage vient de se terminer par deux importants discours : l'un de M. Léon Le Fort, cherchant à trouver un moyen terme également acceptable pour les diverses opinions en présence; l'autre de M. Brouardel, où les arguments contraires au vinage sans restriction sont développés en termes d'une précision et d'une clarté tout à fait remarquables. C'est mardi prochain que l'Académie aura à se prononcer sur cette grave et difficile question; au cours des longs débats auxquels elle a donné lieu depuis plusieurs mois, nous avons eu l'occasion d'en examiner les points de vue opposés; il nous a paru utile et agréable à nos lecteurs de reproduire sous la forme d'un tableau comparatif (voy. page suivante) les propositions en présence.

— L'Académie a écouté ensuite une étude très savante de M. Budin sur la thérapeutique de la rétention du placenta. On en trouvera l'analyse au *Compte rendu*.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'antisepsie médicale dans les affections de la portion vestibulaire des voies aériennes.

Ce serait justice de compter parmi les grands bienfaiteurs de l'humanité l'heureux inventeur d'un procédé permettant de priver l'air atmosphérique des germes infectieux qu'il renferme. En 1885, dans une des *Conférences de clinique thérapeutique* de l'hôpital Cochin, M. Dujardin-Beaumetz, faisait entrevoir à ses auditeurs les grands services que cette découverte rendrait à la médecine et à l'hygiène.

Elle aurait, en effet, l'avantage de simplifier la pathogénie des maladies infectieuses et de fonder leur prophylaxie sur des bases solides. Elle aurait encore le mérite de remporter la victoire inespérée de cette même prophylaxie sur la thérapeutique traditionnelle et de réduire la matière médicale à sa plus simple expression. Hélas! il y a loin de la coupe

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La transformation sanitaire de Berlin : son assainissement, sa station publique de désinfection, les Instituts d'hygiène de son Université.

Peu de villes, il faut, hélas! le reconnaître, offrent aux médecins plus de sujets d'études et plus d'intérêt, à l'heure actuelle, que la capitale de l'Empire d'Allemagne. Ce n'est pas qu'elle présente l'agrément et le charme de certaines autres capitales, ou qu'elle ait l'élégance extérieure qu'il est si agréable de rencontrer dans un petit nombre de villes; ce n'est pas non plus que ses savants brillent par un éclat plus grand qu'ailleurs. Mais ce que l'on doit y observer, ce sont surtout les immenses progrès que l'on y rencontre à chaque pas, dans tous les ordres de l'activité humaine, ainsi que cette transformation si complète de toutes choses, cette facilité d'y établir nombre d'institutions nouvelles, créées avec une parfaite entente des nécessités de la science actuelle.

En 1786, la population de Berlin était de 114 000 habitants; en 1880 elle était de 968 634 habitants, soit 1 000 000 en chiffres ronds; aujourd'hui elle dépasse 1 700 000 habitants. Il faut passer l'Atlantique pour trouver un aussi rapide développement en si peu d'années, développement auquel ne sont plus habituées nos vieilles cités européennes. A une population nouvelle il fallait des besoins nouveaux; aussi Berlin s'est-il transformé. Mais il eût pu conserver sa laideur ancienne, celle qu'il avait encore quelques années après la guerre de 1870-1871 ; tout en s'étendant, il eût pu ne pas se modifier essentiellement. Ses magistrats municipaux se sont, au contraire et heureusement, évertués à le doter en même temps de tout ce qui pouvait lui donner nouvel air et surtout un nouvel aspect de prospérité, j'oserais dire, de bonne santé. De là une transformation radicale

Conclusions de la Commission soumises au vote de l'Académie.	Amendement à l'article Ier proposé par M. Léon LE FORT.	Amendements proposés par M. VALLIN.	Amendement à l'article Ier proposé par M. RICHE.	Contre-proposition de M. GALLARD.
1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, c'est-à-dire le vinage; mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucre en poudre blanche ou sucre raffiné.	Le vinage, dans la proportion de 2 à 3 pour 100 d'alcool, pratiqué dans le but d'assurer la conservation ou de permettre le transport du vin, ne saurait, au point de vue de l'hygiène, être regardé comme nuisible, pourvu que l'alcool soit absolument pur. Il n'en est plus de même lorsque le vinage, tel qu'on le pratique trop souvent aujourd'hui, a pour effet de suralcooliser les vins, soit pour frauder les droits de douane, soit pour permettre le dédoublement ultérieur des vins par le mouillage ; c'est alors une véritable falsification nuisible à la santé publique, et le danger devient plus grand encore lorsque l'alcool ajouté au vin est insuffisamment rectifié. Cette falsification, qui est une des causes puissantes de l'alcoolisme, doit être énergiquement repoussée et l'Académie appelle vivement sur ce point l'attention des pouvoirs publics.	Diviser la première conclusion de la Commission en deux parties, l'une relative au vinage et l'autre au sucrage des moûts.	L'alcoolisation, désignée communément sous le nom de vinage, est une opération utile pour la conservation de certains vins faibles en degré, très acides ou très altérables. Elle sert aussi, fort malheureusement et très fréquemment, à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable. Une modification dans l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable et pourrait être très efficace à ce point de vue.	Le simple mélange de plusieurs vins naturels, ou *coupage*; l'addition à un vin naturel d'une plus ou moins grande quantité d'eau pure, ou *mouillage*; l'addition à ce même vin naturel d'une quantité quelconque d'alcool de bonne qualité, ou *vinage*, ne peuvent avoir aucune influence fâcheuse sur la santé des consommateurs, et l'Académie n'a pas de raisons pour les proscrire au nom de l'hygiène. L'emploi, pour le vinage, des alcools supérieurs (propylique, butylique ou amylique) peut, en raison des principes toxiques qu'ils renferment, communiquer au vin des propriétés nuisibles pour la santé. Leur emploi doit donc être interdit, au même titre et pour les mêmes raisons que celui de l'acide salicylique, que celui du bisulfate de potasse, ajouté au vin par la pratique du *plâtrage*, que celui des *matières colorantes* quelles qu'elles soient, ou des préparations connues sous le nom de *bouquets artificiels*, qui ajoutent au vin des matériaux étrangers à sa composition et lui communiquent, le plus souvent, des propriétés dangereuses pour la santé. Les boissons qui ne sont pas préparées exclusivement avec le jus de raisin fermenté aussitôt après la vendange, ne doivent pas être vendues sous le nom de *vin* Elles ne peuvent, alors même que leur salubrité est parfaitement établie, être livrées à la consommation que sous un nom indiquant leur composition et leur provenance. Afin d'encourager la consommation des vins naturels les moins alcoolisés et celle des autres boissons fermentées qui renferment peu d'alcool, il serait à désirer que les droits fiscaux pesant sur l'alcool fussent établis en raison même de la quantité contenue dans chacune de ces boissons. Ces droits devraient être calculés de telle sorte que la taxe portant sur une même quantité d'alcool devînt de plus en plus forte à mesure que cet alcool serait dilué dans un moindre volume de liquide.
2° Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés.	»	»	»	
3° L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France de vins additionnés d'alcool.	»	L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool, en particulier qu'il abaisse de 15-16 degrés à 12-13 degrés la limite de la surtaxe imposée à ces vins.	»	
4° Les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à leur fabrication soient absolument purs.	»	Les esprits mal rectifiés contenant des principes toxiques, l'Académie demande que les alcools destinés à la fabrication des eaux-de-vie et des liqueurs soient absolument purs.	»	
5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.	»	»	»	

Proposition additionnelle de M. Vallin.

Il convient de provoquer et faciliter des recherches sur les deux points suivants : 1° Quelles sont, indépendamment des alcools amylique, propylique, butylique, etc., les substances toxiques qui se trouvent dans les alcools mal purifiés et quelle est leur action spéciale sur l'organisme ? 2° Comment peut-on reconnaître et doser ces principes toxiques quand l'alcool qui les contient est mélangé aux vins et à d'autres liquides complexes ?

aux lèvres et de ces espérances idéalement entrevues à leur réalisation pratique.

Incomplète dans ses moyens et insuffisante dans sa réglementation, l'antisepsie médicale des voies aériennes attend encore un législateur et une législation. Ce sont là, sans doute, ses défauts de jeunesse; néanmoins, il faut compter avec eux dans l'appréciation des résultats obtenus.

Sans entrer dans des discussions doctrinales, il y a donc quelque utilité pratique de dresser la balance des succès et des revers de cette méthode dans le traitement des affections des voies aériennes, et, en particulier, dans les maladies de la portion supérieure des voies respiratoires.

I

L'antisepsie médicale du vestibule des voies aériennes est prophylactique ou curative.

Prophylactique, elle a pour objectif d'arrêter, de disperser ou de détruire les germes morbigènes dont les légions aériennes ont été reconnues par les beaux travaux de M. Pasteur, et si habilement dénombrées par M Miquel. A cet effet, elle dispose de ressources banalement connues : l'aération, la ventilation, la désinfection et l'imprégnation de l'air confiné par des substances antiseptiques. La réglementation de ces procédés appartient à l'hygiène. Aux hygiénistes d'en discuter la valeur.

Pour être curative, elle doit viser localement les agents morbigènes dans les organes où ils se fixent et provoquer l'extinction des foyers qu'ils y forment. Cette tactique offensive est complétée par les mesures défensives mettant l'organisme en état de résistance, le rendant réfractaire ou bien l'aidant à éliminer les agents ou les produits pathogènes qui, s'échappant hors des foyers primitifs, traversent les tissus à la recherche d'un nouveau domicile.

Détruire les germes *in situ*, prévenir leur émigration et leur pullulation, tel est le double objectif de cette méthode, qui, malgré sa nouveauté, consiste assez souvent dans l'usage de moyens thérapeutiques anciennement employés.

Deux procédés ont pour objet d'atteindre les agents morbigènes ou les foyers septiques dans le vestibule des voies aériennes : l'application directe des topiques antiseptiques sur les points accessibles des fosses nasales ou du larynx; l'inhalation de vapeurs ou de gaz médicamenteux qui en raison de leur diffusibilité pénètrent dans ces régions. Plus bas, on a recours aux injections interstitielles dans le parenchyme pulmonaire ou bien à la pneumotomie, à la pleurotomie et au drainage des cavités septiques. Ces dernières sont des opérations que les chirurgiens revendiquent à bon droit. *Suum cuique*. N'empiétons pas sur leur domaine.

Deux motifs légitiment l'emploi de l'antisepsie contre certaines affections des fosses nasales et du larynx : d'une part, — et il y aurait naïveté à insister sur l'évidence de cette considération — leur spécificité, d'autre part, la facilité d'attaquer les foyers morbides par des manœuvres peu compliquées. Tels sont l'ozène, la coqueluche, le croup, la tuberculose laryngée et le laryngo-typhus.

Le traitement antiseptique de ces affections n'a donné lieu qu'à des essais encore peu nombreux; ses résultats ont été jusqu'à présent plus encourageants que décisifs. Ils ne suffisent donc pas pour mettre en oubli les médications plus anciennes. Par contre, ils autorisent à essayer, dans la plupart des cas, l'adaptation des nouveaux procédés aux pratiques classiquement éprouvées.

II

Rangée au nombre des maladies à microbe, l'ozène aurait pour cause la pullulation d'un micrococque signalé par Frankel et surtout étudié par M. Lœwenberg. Cette origine parasitaire de l'ozène vrai justifierait sa contagiosité, constatée, dans quelques cas par Bossowski et l'efficacité du traitement recommandé autrefois par Fernel, et, en 1663, par Lazare Rivière. Ils employaient « l'eau de sublimé ».

Elle justifie encore les insufflations avec la poudre d'Hundertmack au soufre et au sublimé, les fumigations de cinabre de Werneck et Martin Solon, les irrigations nasales avec la solution chlorurée de Horner et W. Maclay-Awl en 1830, et aussi peut-être les douches nasales avec l'air fixe (acide carbonique) conseillées par Pereira en 1773. Il y a plus de vingt ans, Trousseau ne mettait-il pas toute sa confiance dans l'eau phagédénique et les poudres de sublimé, de précipité rouge ou blanc, de sulfate de cuivre ou de sous-nitrate de bismuth, agents reconnus depuis à des degrés divers comme antiseptiques, désinfectants et microbicides?

Cette antisepsie était de la bonne manière. Entre le talc au sous-nitrate de bismuth de 1865 et le talc iodé de 1885 il n'y a guère, au point de vue pratique, d'autre distance que celle d'une application nouvelle de deux antiseptiques et la confirmation des vertus germicides de l'iode.

C'est au talc iodé que, dans ces derniers temps, M. Rochet (de Lyon) a dû cinq fois la disparition totale de l'ozène, après

---

des maisons et de la voie publique au point de vue de la salubrité, la construction d'établissements universitaires et hospitaliers possédant toutes les améliorations désirables, etc., etc.

Sans doute les idées premières dont on constate ainsi la réalisation ont été empruntées à d'autres nations; mais tandis qu'on discute encore chez celles-ci sur le mérite de ces idées, n'a pas perdu de temps à les mettre en pratique à Berlin. Cela tient peut-être à ce que lorsqu'un projet y a été étudié, mûri et proposé par les hommes réputés les plus compétents en la matière, on le met aussitôt à exécution, dans les limites des ressources disponibles, et qu'on se garde bien de le soumettre préalablement à toute une hiérarchie de commissions ou de conseils dans lesquels chacun cherche plus à briller qu'à étudier. Cela tient peut-être aussi à ce que les chefs de service jouissent, dans leurs domaines respectifs, d'une sorte d'autonomie et que la nation tout entière est habituée de bonne heure à une discipline intellectuelle, qui laisse à la compétence et à la valeur une large liberté d'action.

Quoi qu'il en soit, tous ceux qui ont eu l'occasion de visiter Berlin il y a quelques années et d'y retourner dans ces derniers temps ne peuvent s'empêcher d'être surpris et peut-être aussi un peu effrayés des changements considérables que présente cette ville et des ressources énormes qu'on ne cesse d'y accumuler, aussi bien pour l'éducation scientifique et médicale que pour l'accroissement du bien-être et de la santé publique.

Ainsi que le rappellent MM. les ingénieurs Durand-Claye et Petsche dans un récent mémoire sur l'assainissement de Berlin, toutes les personnes qui y sont passées il y a une quinzaine d'années n'ont pu oublier l'état déplorable où se trouvait la voirie de la capitale prussienne. Des chaussées mal pavées étaient bordées de fossés, profonds parfois de 80 centimètres, où s'écoulaient lentement, avec les eaux de pluie, les eaux ménagères et souvent les urines et les vidanges; des ponceaux en charpente donnaient accès aux

deux ou trois jours de traitement, dans une série de cinq cas. Préparé selon la formule de M. Renaud, le talc iodé renferme une partie d'iode métallique incorporé à cent parties de talc de Venise, préalablement stérilisé par la calcination au rouge. Plusieurs prises sont administrées dans la journée, et le malade enlève chaque matin l'excès de poudre par un lavage des fosses nasales avec une eau savonneuse.

Le traitement de M. Lœwenberg consiste à combiner la douche nasale et le bain nasal avec les insufflations boriquées. Il emploie une solution de sublimé titrée à neuf ou dix millièmes comme parasiticide, et, pendant la douche, recommande au malade de prononcer la voyelle *â* de façon à maintenir le voile du palais dans l'élévation et à prévenir tout effort de la déglutition. Le bain fait pénétrer le liquide dans la partie supérieure des fosses nasales, et consiste à remplir une narine doucement, la tête étant en élévation, jusqu'à ce que la solution germicide sorte par l'autre narine. L'auteur a décrit minutieusement ces manœuvres dans son mémoire sur *la nature et le traitement de l'ozène* (*Union médicale*, 1884). Enfin il termine le pansement quotidien par une insufflation d'acide borique en poudre impalpable.

Le traitement de Masser consiste aussi dans le lavage désinfectant des fosses nasales avec une solution d'acide salicylique et les insufflations de calomel, et celui de M. Lennox Brown, dans le badigeonnage des fosses nasales avec la vaseline iodoformée à 1 pour 100.

De même que l'usage de la glycérine iodée précéda celui du talc iodé, de même auparavant aussi MM. Mackenzie et Francis recommandèrent l'iodoforme, M. Créquy proposa les lavages avec la solution chloralée au centième, et M. Richardson, dans *The Lancet* de 1881, conseillait l'usage de l'éthylate de soude.

A quoi bon poursuivre ce dénombrement? Ouvrir la liste des médications plus ou moins antiseptiques est aisé; la clôre le serait moins. Concluons qu'à l'heure actuelle, dans le traitement antiseptique de l'ozène, la règle de conduite du praticien est de combiner le lavage des fosses nasales par un liquide désinfectant, avec l'insufflation d'une poudre germicide modérément soluble dans le mucus, et conséquemment susceptible d'y former une sorte de réserve antiseptique.

Est-ce à dire que ce traitement suffit pour guérir définitivement la punaisie? Sous son influence, on a vu l'état général s'améliorer, soit; mais les résultats obtenus ne sont ni assez constants, ni assez complets pour ruiner sans retour la pathogénie classique de l'ozène. N'est-ce pas avouer que, malgré son efficacité contre les lésions locales, l'antisepsie des fosses nasales ne peut, à l'heure actuelle, être tout contre une affection où les diathèses jouent un rôle si considérable?

III

L'idée de combattre la coqueluche par ces mêmes agents est récente. Les travaux de Letzerich et de Poulet l'inspirèrent, car on ne saurait compter parmi les ressources de l'antisepsie médicale des voies aériennes les inhalations des résidus de la fabrication du gaz d'éclairage. Préconisée en 1864, et discutée bientôt après devant l'Académie de médecine, cette méthode n'eut que des succès éphémères, et succomba sous la plume d'Oulmont et sous les arguments de sa parole autorisée. C'est en vain qu'en ce moment M. Green, dans *The medical Press* de 1886, et certains médecins anglo-saxons essayent de la recommander.

Quatorze années après les essais de nos compatriotes, ce même procédé est de nouveau conseillé; mais les moyens sont plus actifs, et aux vapeurs antispasmodiques on substitue les vapeurs antiseptiques. Cette époque est donc celle de l'avènement de l'antisepsie dans la thérapeutique de la coqueluche.

En 1879, Thorner impose aux coquelucheux le séjour dans une atmosphère saturée des émanations d'eau phéniquée au centième ou au deux-centième. Vers ce temps, Scheiding, en Allemagne, et Roberts, en Angleterre, proclament les vertus de ces inhalations; puis Neubert substitue à l'eau phéniquée les vapeurs d'une solution aqueuse de salicylate de soude au dixième et M. Bouchut recommande les émanations du thymol, dont l'odeur est moins désagréable.

Nonobstant les succès qu'on leur attribuait, les inhalations ne possédaient que des vertus douteuses. En 1882, au congrès de Londres, M. Justi déclare qu'il leur adjoint les insufflations de poudres de quinine et de salicylate de soude, et dans le numéro du *Philadelphia medical Times* du 26 juillet dernier, MM. Bachein et Schuerhering se flattent de guérir la coqueluche par des insufflations d'un mélange d'une partie de gomme arabique et de trois parties d'hydrochlorate de quinine.

D'autres cependant espèrent plus de l'antisepsie du milieu intérieur et, comme il est malaisé de frapper le microbe par devant, ils essayent de l'atteindre par derrière. MM. Binz (de Bonn), Koch (de Wiesbaden), Gonzales Miranda (de Caracas) prescrivent à l'intérieur le tannate de quinine, la

---

maisons. D'une circulation difficile le jour, les rues devenaient dangereuses la nuit. Les eaux se déversaient directement dans la Sprée et la rivière, à travers la ville, coulait lente et fétide. Pour les vidanges, les maisons avaient des fosses fixes ou, le plus souvent, de simples puits perdus qui répandaient les matières fécales et surtout les liquides dans le sous-sol. La nappe souterraine, si voisine du sol, s'imprégnait naturellement des matières organiques en décomposition, échappées des puits des maisons. Quant à l'alimentation d'eau, elle se faisait en grande partie à l'aide de puits privés ou publics, établis dans la nappe souterraine contaminée ; on prenait bien aussi l'eau de la Sprée en amont de Berlin, mais l'on ne pouvait donner de cette façon que 40 litres environ par tête et par jour. La mortalité, dans ces conditions, était en 1871, à Berlin, de 39 décès par 1000 habitants!

En 1860, la municipalité chargea une commission de spécialistes, dont Virchow fut le rapporteur général, d'étudier un plan d'ensemble destiné à renouveler d'une manière radicale toute la voirie, toute l'alimentation et à réaliser l'assainissement de la ville. Le plan fut approuvé en mars 1873; son exécution commençait dès 1874 et aujourd'hui presque toute l'agglomération berlinoise jouit d'excellentes conditions de salubrité. Les chaussées ont été refaites, les rues pavées solidement; 250 000 mètres cubes d'eau sont amenés chaque jour de puits filtrants établis au bord des lacs qui entourent la ville; un excellent réseau d'égouts éloigne des habitations toutes les eaux et toutes les matières impures pour les reporter sur de vastes champs d'épuration. Suivant l'expression des ingénieurs que je viens de citer, les matières impures vont à l'égout, s'y mêlent à des masses d'eau importantes et n'en sortent que pour se purifier en passant à travers des domaines où elles laissent la fertilité. D'où, au point de vue sanitaire, une amélioration très sensible dans les quartiers desservis et une diminution importante dans la mortalité, surtout par la fièvre typhoïde. C'est ainsi que dans les maisons reliées à la canalisation, les cas

chinoline et le salicylate de soude, tandis que M. Otto Bingk administre l'essence de térébenthine, et fait fond sur l'élimination de ce corps par les muqueuses laryngo-trachéales.

Cependant il y avait à faire mieux encore : aux inhalations et aux pulvérisations, procédés fort infidèles pour conduire l'agent germicide sur le foyer morbigène, M. Moncorvo a substitué les applications directes de l'antiseptique. Il s'adresse à la résorcine, l'essaye sur les crachats du coquelucheux, et constate à son contact la destruction des bacilles.

En associant les attouchements de la glotte, préalablement insensibilisée par la cocaïne, avec la solution résorcinée au centième, notre confrère de Rio-de-Janeiro réalise, en 1885, l'un des plus habiles procédés de l'antisepsie médicale. Dès l'abord, il obtient la guérison de trente malades, et plus récemment il enregistre d'autres succès tout à l'honneur de ce traitement, justement désigné sous le nom de médication brésilienne de la coqueluche.

Et cependant le procès de la pathogénie parasitaire et de la thérapeutique antiseptique de la coqueluche est loin d'être clos. Au moment où l'on annonce le triomphe de la résorcine, voici qu'un observateur formule une autre médication. A son avis, le foyer des microbes spécifiques n'est plus dans la région glottique, il est dans les fosses nasales. C'est donc sur la pituitaire que doit porter l'effort antiseptique.

C'est dans les fosses nasales que l'agent pathogène habite, et c'est à sa présence et à la mise en jeu des réflexes qu'il faut attribuer la toux quinteuse de la coqueluche. Ainsi s'exprime M. Michael dans le *Deutsche Medicinische Wochenschrift* du 4 février 1886, en recommandant les insufflations de poudres parasiticides composées, dont la quinine est la base.

Les essais cliniques de M. Michael sont nombreux : 50 cas ont été traités par ce procédé, et les succès s'élèvent à 86 pour 100! Il a insufflé, écrit-il, le chlorhydrate de quinine associé à l'acide benzoïque dans le rapport de 3 à 1 ou au bromure de potassium dans la proportion de 1 à 4. Il a projeté encore dans les fosses nasales les poudres d'acide borique, d'acide salicylique et d'iodoforme; il a employé celles de tanin pur ou mélangé au carbonate de chaux. Et pour conclusion, dans la recherche de cette poudre en quelque sorte philosophale, il constate l'infériorité d'agents antiseptiques justement renommés, l'acide borique et l'iodoforme au profit des mélanges de quinine et de benjouin, ou du tanin banal avec la poudre jusqu'ici réputée inerte du carbonate de chaux!

Vraiment, avant de rendre un jugement sur la valeur de l'antisepsie locale contre la coqueluche, il ne serait pas inutile de s'entendre sur l'habitat favori du parasite et de connaître le point de l'organisme sur lequel doit porter l'action des microbicides.

L'heure n'est donc pas encore venue de mettre en oubli les traitements classiques de la coqueluche? Evitons toute témérité, et, dans l'espèce, praticiens plus que doctrinaires, plaçons le commencement de notre sagesse thérapeutique dans une formule d'attente, c'est-à-dire dans l'*association raisonnée de l'antisepsie locale ou même générale, avec l'usage traditionnel des calmants et des antispasmodiques*.

IV

Le traitement du croup par l'antisepsie préoccupe à bon droit les meilleurs esprits contemporains. Au temps où les laryngites pseudo-membraneuses passaient pour des phlegmasies locales, la médication antiphlogistique avait seule raison d'être. C'était l'heure des saignées, des purgations, des contre-stimulants, des vomitifs à outrance et du traitement mécanique de la diphthérie laryngée.

Déjà cependant on en appelait parfois et avec succès à des agents dont la médication antiseptique ne répudie pas l'emploi à l'intérieur, au sulfure de potasse et aux préparations mercurielles. On pratiquait aussi l'antisepsie du milieu intérieur, de sorte que, sans la connaître, nos anciens en faisaient un usage dont ils ne se rendaient pas compte.

Au point de vue de l'antisepsie locale dans le croup, il y a beau temps qu'on a prescrit, pour la première fois, les insufflations de chlorure de chaux sec, sel plus désinfectant qu'antiseptique et les insufflations de calomel ou de précipité rouge. On avait aussi reconnu que l'inhalation de topiques pulvérulents laisse à désirer, même quand a soin de projeter le médicament dans l'arrière-gorge au moment où le malade fait une inspiration.

La difficulté de cette manœuvre a motivé la préférence des observateurs contemporains pour les inhalations. D'où le traitement de Renou par l'air saturé des vapeurs de l'eau en ébullition, dans laquelle on verse toutes les trois heures une cuillerée d'un mélange d'acides benzoïque, salicylique et phénique. En 1884, cet observateur obtint 16 guérisons sur 18 cas, série très heureuse à coup sûr, et dont les succès devaient encourager de nouvelles tentatives.

De là les fumigations de M. Delthil et surtout les pulvéri-

---

typhiques sont descendus à 1 ou 2 pour 100 et les décès à 0,4 ou 0,7 pour 100, tandis que dans les maisons ne communiquant pas avec l'égout les chiffres étaient de 6 à 11 pour 100 pour les cas et de 1,4 à 2,3 pour les décès; en d'autres termes, on constate une maison atteinte sur 49 maisons canalisées et 1 maison atteinte sur 9 maisons non canalisées; 1 cas de mort sur 137 maisons canalisées et 1 cas de mort sur 43 maisons non canalisées. L'intérieur des habitations reliées à l'égout a été, du même coup, forcément assaini; de plus, l'épuration des eaux impures, pratiquée dans de vastes proportions aux alentours de la ville, à proximité de maisons de campagne, d'une école de cadets, n'a jamais donné lieu à aucune plainte sérieuse ni à aucun accident... Pendant ce temps, il est près de nous telles villes que nous pourrions nommer où l'on s'est préoccupé de ces questions bien avant qu'il en fût parlé à Berlin, et où elles ne sont cependant pas sorties des cartons administratifs et des délibérations de plusieurs commissions successives, bien que la mortalité dans ces mêmes villes ne cesse sinon de s'élever, du moins de se maintenir à un taux excessif.

Qu'il y a donc longtemps aussi que dans ces localités, que tout le monde connaît, l'on discute sur les moyens de pratiquer la désinfection complète pour tous les cas de maladies transmissibles! Existe-t-il aujourd'hui en France beaucoup d'endroits où l'on pratique communément, en pareille occurrence, la destruction de tous les organismes pathogènes? Je ne le crois pas et pour trouver un système public de désinfection mis à la portée de tout le monde et offrant toutes les garanties que la science réclame aujourd'hui, c'est encore à Berlin et en Allemagne qu'il faut se rendre, à moins qu'on ne préfère passer la Manche et visiter quelques-unes des installations analogues que la Grande-Bretagne possède depuis quelques années, ou se rendre, en France, à Reims qui depuis peu possède une installation de ce genre.

A Berlin a été ouvert le 1er novembre dernier, un établissement public municipal de désinfection que j'ai eu la bonne

sations avec une solution d'acide salicylique au deux-centième recommandées par Otto en 1882. De là encore, la méthode d'Œrtel, qui consiste à répéter les pulvérisations toutes les trois heures pendant quatre ou cinq minutes, et à employer une solution d'acide phénique à 5 pour 100. Au moment de l'apparition des symptômes d'empoisonnement par l'acide phénique, cet observateur substitue, soit une solution boriquée à 2 ou 3 pour 100, soit une solution de benzoate de soude.

L'emploi du spray phéniqué dans la diphthérie a été souvent mis à l'épreuve par des observateurs français. M. Demons et ses collègues, MM. Dudon et Baudrimont, ont montré ses avantages, le 3 février 1882, dans une discussion de la Société de médecine de Bordeaux. Un clinicien autorisé et toujours sagement réservé, M. Cadet de Gassicourt, n'hésite pas à lui attribuer des avantages avant et après la trachéotomie. Enfin beaucoup de médecins anglais l'adoptent couramment, ou bien, à l'exemple de Mackenzie, enveloppent le malade d'une atmosphère antiseptique dans la *tente croupale*, rapidement édifiée au moyen de tiges de bois et de pièces de toile.

M. Weise et d'autres pulvérisent la solution faible de sublimé. D'autres enfin partagent l'avis d'Œrtel, et considèrent le thymol, l'acide salicylique et même le benzoate de soude comme inférieurs à l'acide phénique.

Cette opinion est-elle sans appel? Les médecins d'outre-Rhin ne le pensent pas. Depuis le mémoire sur le *Traitement de la diphthérie*, que Graham Brown publiait, à la fin de 1887, dans les *Archiv fur experimentelle Pathologie*, on n'a oublié ni les résultats de ses cultures, ni ses recherches sur l'influence exercée par les antiseptiques sur les monades et les microcoques diphthéritiques. Il avait, pour ainsi dire, mesuré la puissance du traitement de cette maladie par le benzoate de soude et préparé les triomphes cliniques si bruyamment proclamés depuis.

Rossembach et Reuss ont affirmé les mérites de ce traitement. Letzerich publia une statistique de 26 guérisons sur 27 malades, et, plus fortuné encore, Hoffman obtint, paraît-il, 12 succès dans 12 cas de diphthérie soumis à la médication de Graham Brown. Il est même des cliniciens transrhénans qui vont plus loin. Dans leur enthousiasme, ils font de ce sel le spécifique de la diphthérie. Rapide fortune que ne justifient pas les essais de MM. Masius et Schiffers, ni l'excellent mémoire de M. Closson, dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* de 1882.

Malgré les arguments de M. Conrad pour lui substituer les préparations de térébenthine, le traitement de Letzerich et de Brown est donc en faveur au delà du Rhin. On y prescrit le benzoate de soude à l'intérieur par doses quotidiennes de 5 à 15 grammes; on y pratique l'attouchement des exsudats diphthéritiques avec sa poudre, et on y emploie ses solutions à 5 pour 100 sous forme de pulvérisations et de gargarismes.

L'essence de térébenthine et le benzoate de soude possèdent la commune propriété de s'éliminer par les voies respiratoires. Telle est la raison de leur emploi; on espère, par ce mécanisme, provoquer la désagrégation des exsudats, leur décollement et leur expulsion. Cette théorie n'a pas l'attrait de la nouveauté, car, dans un autre temps, elle servait déjà à justifier l'action du tartre stibié et celle des mercuriaux. Tel ne sera pas, il faut l'espérer, le dernier mot de l'antisepsie médicale dans la thérapeutique de la diphthérie laryngée.

V

Du jour où l'on signalait des bacilles dans les crachats d'individus atteints de laryngite, l'antisepsie pouvait et devait revendiquer le traitement local des manifestations laryngées des maladies infectieuses, et en particulier du laryngo-typhus et de la laryngo-tuberculose.

En 1885, M. Renaut (de Lyon) était témoin d'une petite épidémie de laryngo-typhus : il constatait d'abord sur la muqueuse du vestibule des voies aériennes la présence de bacilles identiques aux microbes des plaques de Payer; puis, à une période plus tardive, l'existence de générations de micro-organismes à action gangreneuse. Vers le temps où il communiquait ces faits à la Société de médecine de Lyon, M. Cornil formulait l'ingénieuse théorie de la nécrose microbique du larynx dans la fièvre typhoïde.

L'intervention de l'antisepsie avait donc sa raison d'être contre ces accidents. Elle a été féconde, et M. Lemoine en a consigné les résultats dans sa thèse d'agrégation. Comme moyen curatif, M. Renaut a fait usage du spray de liqueur de Van Swieten dans la bouche largement ouverte, et l'a prescrit quotidiennement, à trois ou quatre reprises, pendant dix minutes, comme moyen curatif. A titre préventif, il le prescrit encore aux typhoïsants qui sont atteints de toux et de douleurs laryngées vers le deuxième ou le troisième septenaire de la maladie. C'est là une heureuse application de l'antisepsie médicale au traitement des laryngites infectieuses.

D'autre part, il y a douze ans, Frankel décrivait des bacilles

---

fortune de visiter il y a quelques jours et dont l'organisation et le fonctionnement me paraissent mériter d'être connus. Dans une partie éloignée de la ville on a aménagé un terrain pour y recevoir un bâtiment principal et les dépendances d'une sorte d'usine, nettement divisée en deux parties qui doivent être complètement séparées l'une de l'autre, la première étant destinée à recevoir les objets infectés et la seconde à recueillir les objets désinfectés. C'est ainsi que les trois étuves à désinfection sont encastrées dans un mur d'un côté duquel ouvre la porte pour les paquets renfermant les objets contaminés qui ressortent, après désinfection, par l'autre extrémité. Pour plus de sécurité, les personnes de service de chacune des deux parties principales du local, n'ont aucun rapport entre elles, un système spécial de sonneries annonce les diverses phases de l'opération. De plus, les hommes qui sont en contact avec les objets à désinfecter prennent leurs repas dans une pièce séparée et ne peuvent sortir au dehors qu'après avoir changé leurs vêtements et avoir pris un bain ou une douche; les voitures pour le service de l'arrivée et le service du départ sont différentes de couleur; elles sortent par des côtés opposés. Voici comment fonctionne cet établissement: Dès que la déclaration, obligatoire en Prusse, d'un cas de maladie transmissible a été faite à la police, le directeur de l'établissement est prévenu par le téléphone d'avoir à pratiquer la désinfection dans le domicile indiqué. Aussitôt une voiture part avec deux ou trois hommes, suivant les cas, qui emportent avec eux des pulvérisateurs remplis d'une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou d'acide phénique à 5 pour 100 et des toiles convenablement disposées pour envelopper les objets. Le local contaminé est, dès l'arrivée des hommes, soumis aux pulvérisations; les vêtements de cuir et les fourrures que l'étuve détériorerait sont également soumis à celles-ci; puis des paquets sont faits, d'une part, des matelas, d'autre part de la literie et enfin des vêtements, du linge et des effets. Ces paquets sont portés à

dans les matières expectorées dans le cours des laryngo-tuberculoses. Dès lors, il y avait urgence à en appeler aux germicides pour détruire sur place ces agents morbigènes. D'ailleurs ces recherches histologiques jetaient quelque lumière sur les guérisons observées après l'inhalation des eaux minérales sulfureuses ou arsenicales et les attouchements de la muqueuse avec certains topiques, comme la glycérine iodée. L'antisepsie locale de la phthisie laryngée était ainsi légitimée; il fallait en assurer les moyens.

Deux procédés furent adoptés par les laryngologistes : les inhalations et les attouchements. Mackenzie (*Maryland med. Journal*, juillet 1885) emploie l'inhalation des solutions de sublimé à deux ou trois millièmes; Schecth recommande l'eau boriquée et Schültzer les fumigations iodoformées. Dans le même but, les attouchements avec la solution d'éther à l'iodoforme sont conseillés par MM. Massei et Masuci dans la *Revista de medicina y chirurgia practica* du 22 août 1883, tandis que M. Toledo préfère les badigeonnages avec le mélange de 1 gramme de créosote dans 25 grammes d'alcool et 75 grammes de glycérine, et que M. Andeer préfère la solution de résorcine. Il y a deux ans, il énumérait, dans le *Centralblatt fur die gesammte Therapie*, les mérites de cette substance, qui diminuerait la violence de la toux, atténuerait la douleur, et, en solutions concentrées, agirait à la fois comme caustique, comme anesthésique et comme antiseptique.

Un si grand nombre de qualités aurait dû la placer au premier rang des médicaments de la laryngo-tuberculose. Il n'en a rien été cependant, et les cliniciens sont toujours en désaccord sur le choix du topique aussi bien que sur son mode d'application. A la clinique de Liège, M. Masius a mis à l'épreuve les pulvérisations d'iodoforme. Une poudre composée d'un tiers de tanin et de deux tiers de ce corps était projetée dans le larynx à la dose quotidienne de 60 centigrammes. Ce traitement provoquait la diminution de l'expectoration, la résolution partielle de l'infiltration des cordes vocales, et même la cicatrisation des ulcérations laryngées.

Enfin l'introduction récente de l'acide lactique dans le pansement des ulcérations tuberculeuses du larynx marque un nouveau progrès. M. Kraus en a justifié l'emploi, en septembre dernier, dans le *Centralblatt fur die gesammte Therapie*. Il a vu ses solutions à 50, 60 et 80 pour 100 escharifier la surface ulcérée, détruire les granulations et en même temps tuer les bacilles tuberculeux. M. Hering en a fait connaître les heureux effets, et M. Gouguenheim a constaté l'utilité de ce traitement dans son service de l'hôpital Bichat.

Certes ce sont là des résultats positifs au point de vue de l'antisepsie médicale des voies aériennes. Ont-ils cependant une décisive valeur? J'en appelle aux expériences de MM. Sormani et Brugnatelli (de Pavie), et à leurs *Recherchi sperimentali sul neutrializenti del bacillo tuberculare*. Dans la mise à l'épreuve de vingt et un agents parasiticides, l'acide lactique venait le dernier, tandis que le sublimé, fait peu surprenant d'ailleurs après les recherches de MM. Hippolyte Martin, Coze et Simon, occupait le premier rang. Si les succès des traitements précédents se confirmaient, il faudrait reconnaître que l'expérience clinique ne s'accorde guère avec les travaux de laboratoire et les données acquises sur la grande résistance du bacille spécifique aux nécrophytiques divers.

En conclure contre l'antisepsie médicale serait vraiment une exagération d'opinion. La vérité clinique se trouve ailleurs. Certes, elle n'est pas dans les affirmations de ceux qui acceptent volontiers des affirmations hasardées; elle n'est pas non plus dans le scepticisme de ceux qui, malgré les observations de Tobbok, Ziemssen, Bosworth, Schmidt, Whistler, Hering, Pelan, Bordenave et autres, nient la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx. La condition des guérisons observées ne dépend pas de l'emploi isolé de tel ou tel procédé, elle dépend tout à la fois des moyens locaux d'antisepsie et de l'énergie de la médication générale.

J'en trouve la preuve dans le mémoire de M. Hering, l'un des plus ardents défenseurs de la cause de la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx. Les guérisons qu'il citait en avril dernier au Congrès de laryngologie et d'otologie étaient celles de malades soumis à un entraînement hygiénique et non pas à un traitement purement local.

Dans cette localisation de la tuberculose, comme dans les autres affections parasitaires du vestibule des voies aériennes, la méthode antiseptique n'a pas dit son dernier mot. Au reste, l'eût-elle prononcé, il faudrait user encore des médications traditionnelles, des reconstituants pour modifier l'état général, des toni-nutritifs pour combattre la nutrition en déficit, des eupnéiques pour faciliter la respiration, et des analgésiques pour soulager la douleur locale ou la dysphagie.

Proclamer dès à présent la toute-puissance de cette antisepsie locale contre la phthisie laryngée serait donc formuler un jugement prématuré. *In medio veritas;* ici comme par-

---

l'établissement, où ils passent, dès leur arrivée, dans les étuves constamment sous pression. Au bout d'une heure l'opération est achevée et d'autres voitures, uniquement affectées à cet usage, reportent au domicile les objets désinfectés. Le paiement de la désinfection est immédiatement exigible, à moins d'indigence; il s'élève à 5 francs par mètre cube et 1 franc par heure pour la partie de l'opération faite à domicile. Ainsi se trouve pratiquée avec une grande facilité et très simplement cette mesure si précieuse, que tous les hygiénistes réclament avec tant d'insistance. L'établissement de Berlin, tel qu'il est aujourd'hui, peut pratiquer des désinfections pour 120 familles chaque jour; la municipalité s'occupe d'en construire un semblable sur un autre point de la ville, indépendamment des étuves qui existent déjà dans un certain nombre d'hôpitaux, pour leurs besoins particuliers. C'est même en raison des avantages que présentaient les étuves installées à l'hôpital de Moabit que l'on s'est décidé à les mettre à la disposition du public dans un établissement spécial. Quant à la valeur des étuves employées, je n'ai pas à m'en occuper à cette place, non plus qu'à discuter les nombreuses expériences faites à l'aide de ces appareils sur les mérites comparatifs de tels ou tels procédés de désinfection pour la destruction des micro-organismes infectieux; il me suffit de dire que ces étuves sont à peine suffisantes, mais incomparablement supérieures à celle de nos hôpitaux parisiens, tout en ne réalisant pas, comme certains appareils français, les conditions auxquelles nos hygiénistes subordonnent la confiance qu'il faut exiger de la pratique de la désinfection.

On sait, sans que j'aie besoin d'y revenir, quel intérêt présentent, d'un autre côté, les hôpitaux les plus récents de Berlin, où l'on a accumulé comme à plaisir les procédés les plus perfectionnés de la salubrité; de même, les Instituts scientifiques, si nombreux dans cette ville, ont été trop souvent décrits pour que j'y revienne. Il sera pourtant utile d'en reparler de nouveau bientôt, à propos d'un très remar-

tout ailleurs, on peut le répéter sans faire profession de prophète, l'avenir appartient aux prudents et non pas aux systématiques.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Nouvelles notes sur le tétanos équin et humain, par M. le professeur Verneuil.

J'ai fait allusion, dans ma communication au *Congrès français de chirurgie* (séance du 19 octobre) à deux notes sur le tétanos équin, qui m'avaient été adressées par M. le docteur Dautel et M. Emile Cérémonie, jeune vétérinaire distingué de Paris. Je vais les reproduire textuellement; j'y ajouterai quelques commentaires, puis j'y joindrai certains faits inédits relatifs au tétanos humain.

Voici d'abord la lettre de M. Dautel :

Monsieur le professeur,

Pendant les quelques jours que j'ai passés, au mois de septembre, dans un petit village du département des Ardennes, voici ce que j'ai appris à propos d'une série malheureuse de tétanos chez le cheval :

Dans le courant de cette année, un jeune vétérinaire, M. X..., vint pratiquer la castration sur trois chevaux d'écuries différentes. La coutume est de coucher tous les chevaux à opérer sur le même tas de fumier. Au bout de quelques jours, les trois chevaux succombent au tétanos. On n'en avait pas observé dans le pays depuis plusieurs années. M. X... va au même moment faire de nouvelles castrations dans des villages voisins. Tous les chevaux opérés, au nombre de huit, meurent du tétanos.

Un autre vétérinaire, M. Z..., vient dans la contrée à la même époque; il pratique dans le premier village plusieurs castrations, qui toutes sont suivies de succès. Parmi les chevaux guéris, plusieurs habitaient des écuries voisines de celles où succombaient les chevaux tétaniques. Malgré ce voisinage, aucun des chevaux opérés par M. Z... n'est atteint. Il en est de même dans les villages d'alentour.

Un vieil ami, vétérinaire instruit et pratiquant depuis près de quarante ans, nous affirmait n'avoir eu qu'un seul cas de tétanos sur un millier de castrations. Il incriminait ici l'opération en elle-même. Cependant M. X... opère comme on l'enseigne à l'Ecole d'Alfort; il exerce d'ailleurs depuis plusieurs années et a déjà fait un grand nombre de castrations avec succès.

On voit parfois le tétanos survenir à la suite de brusques variations atmosphériques; mais ici on ne peut admettre pareil argument, puisque le deuxième vétérinaire n'a pas eu de cas de tétanos. Les écuries sont installées à peu près partout dans les mêmes conditions, et les mêmes précautions avaient été prises.

C'est donc bien le vétérinaire qui paraît avoir été ici l'agent de transmission.

Un cultivateur me disait tout naïvement : « Oh! monsieur, le vétérinaire a dû faire une opération avant de venir châtrer nos chevaux. »

Tels sont, monsieur le professeur, les faits que je désirais vous signaler; ils sont certainement connus. Je tenais cependant à apporter ma petite part à l'étude du tétanos équir.

Veuillez agréer, etc.

Dr L. Dautel.

L'épidémie de M. Dautel ressemble fort à celle de M. Ricochon, puisque dans les deux cas plusieurs animaux opérés par le même praticien sont atteints de la même complication; mais la première me semble éclairer les causes de la seconde.

En effet, en discutant les causes probables, ou, pour mieux dire, les agents de l'infection dans sa série, M. Ricochon incrimine le sol et innocente le praticien, et, par contre, dans la série de M. Dautel, le vétérinaire a été certainement le vecteur du contage, tout comme la sage-femme citée dans la discussion récente de l'Académie avait charrié la fièvre puerpérale de porte en porte à ses clientes accouchées.

Remarquons que les onze chevaux qui ont succombé dans les Ardennes ayant été opérés dans des villages différents, il est presque impossible d'admettre que le fumier et le sol sous-jacent des localités où M. X .. a opéré aient été partout infectieux, alors qu'ils ne l'étaient pas dans le même pays et dans le même temps aux villages et fermes où M. Z... opérait de son côté.

J'avoue que si j'ai pu donner l'explication du premier fait de la série de fièvre puerpérale engendrée par la sage-femme, j'ignore absolument où le vétérinaire X... a pris le virus qu'il a inoculé à ses onze poulains. Admettre que les trois premiers aient été contaminés par le fumier de la première ferme ne changerait pas ma manière de voir, car pour les huit autres cas M. X... n'en resterait pas moins l'agent incontestable de la transmission.

En résumé, la note très intéressante de M. le docteur Dautel démontre d'une manière péremptoire qu'*un vétérinaire, en quelque endroit qu'il ait pris le virus tétanique, peut le transmettre à une série de ses opérés, placés dans des conditions différentes de temps et de lieu.*

Il est inutile, je pense, d'insister en ce moment sur les importantes déductions théoriques et pratiques à tirer de ce fait.

La lettre suivante, qui m'a été adressée par M. Emile Cérémonie, est relative à ce que j'appellerai, si l'on veut : *l'endémie tétanique de Noisy-le-Sec* (1). Elle renferme, malgré sa concision, des renseignements d'un grand intérêt.

(1) Noisy-le-Sec est un village situé en rase campagne, à 8 kilomètres environ de Paris. La presque totalité des habitants se livre à la culture maraîchère.

---

quable ouvrage rédigé par le professeur Guttstadt à l'occasion du Congrès des naturalistes et médecins allemands à Berlin, en septembre dernier, et édité par le ministère de la justice, des cultes et des affaires médicales du royaume de Prusse. Cet ouvrage renferme un historique et des documents descriptifs et statistiques sur tous les établissements dépendant de l'Université de Berlin; on n'en saurait trop recommander la lecture à nos administrateurs et à nos législateurs, s'ils veulent se rendre compte des avantages que procure à un peuple l'accroissement continu des ressources de son enseignement supérieur. Et puisque je viens de parler principalement de salubrité et d'hygiène, je n'en veux extraire que quelques indications sur les Instituts d'hygiène de l'Université de Berlin, laissant à M. le docteur Richard, qui prépare un important travail pour la *Revue d'hygiène* sur ce sujet, le soin d'en décrire l'ensemble et les détails.

Les Instituts d'hygiène, placés sous la direction du professeur d'hygiène de la Faculté de médecine, le professeur Robert Koch, comprennent un laboratoire et un musée d'hygiène, placés côte à côte dans une série de maisons qui étaient autrefois affectées à l'Ecole supérieure industrielle. Le laboratoire occupe une maison à trois étages et comprend deux amphithéâtres et de nombreuses pièces pour travaux chimiques et bactériologiques, la photographie microscopique, etc.; 181 médecins ont pu, dans le cours de l'année scolaire 1880-1886, s'y consacrer à des recherches et 64 médecins militaires y ont suivi des cours spéciaux d'hygiène dans les mois de mars et d'avril dernier. Actuellement un cours est fait par M. Koch et deux autres par des privat-docent ; plusieurs assistants sont également affectés aux travaux personnels et à l'enseignement.

Le musée d'hygiène est ouvert depuis quelques semaines ; il comprend 34 salles, distribuées sur deux étages tout autour d'une cour centrale et il renferme plus de 1200 objets dont la plupart sont des modèles et des appareils d'une très grande valeur. On y peut étudier avec soin toute l'hygiène

Cher maître,

Le tétanos existe presque en permanence à Noisy-le-Sec, et mon beau-frère, M. Muller, vétérinaire à Pantin, me dit que sur dix morts de chevaux il faut en attribuer sept à cette affection.

La cause reste souvent inconnue, mais quelquefois il existe à la surface du corps une plaie qui sert de porte d'entrée.

Les opérations chirurgicales à la suite desquelles on ne peut appliquer de pansements convenables s'en compliquent souvent. La castration, par exemple, est toujours mortelle. Au contraire, si l'on peut soustraire la blessure au contact de l'air extérieur, le succès devient possible. Les graves opérations du pied, pour lesquelles on produit de grands délabrements, réussissent toujours lorsque les pansements antiseptiques sont employés.

Les animaux sont atteints de deux façons différentes : une première forme, *foudroyante*, enlève le sujet dans les vingt-quatre heures. Un cheval fait son service comme de coutume dans la journée et rentre en parfaite santé le soir; le lendemain matin on le trouve complètement tétanisé dans son écurie, et cela souvent sans cause appréciable.

Dans la deuxième forme, les symptômes suivent la marche classique et se développent progressivement. Le cheval peut résister six, huit ou dix jours; mais, dans l'un ou l'autre cas, la guérison est toujours fort rare. On sauve quelquefois les animaux qui n'ont pas les masséters trop contractés et peuvent prendre quelques aliments.

Il n'est venu à ma connaissance qu'un seul cas de mort d'homme, mais il y en a certainement d'autres dans la localité. En 1872, un sieur Damoiselet, de Noisy-le-Sec, succombait au tétanos à la suite d'une coupure au doigt par un fragment d'assiette. Comme tous les cultivateurs de Noisy, cet homme possédait un cheval, et l'année suivante, à peu près à la même époque, l'animal mourait de la même affection que son maître. L'écurie se trouvait dans la cour de la maison.

Pour le tétanos équin, je n'ai réuni que les cas de la clientèle de mon beau-frère, mais il en existe certainement d'autres dans celle de ses confrères. Le nombre des chevaux de Noisy est environ de trois cents.

Le fait le plus curieux est celui des chevaux de M. Dinot, habitant 47, rue du Merlan (faubourg de Noisy).

Le 30 janvier 1884, un cheval est brusquement atteint de tétanos sans qu'on puisse découvrir à la surface du corps la moindre blessure; il meurt le 1er février. Aussitôt l'écurie est réparée, reblanchie et désinfectée; malgré cela, un nouveau cheval ayant pris la place du premier, contracte le 24 mars suivant, c'est-à-dire sept semaines plus tard, l'affection à laquelle il succombe le 27. Ici encore impossible de trouver la cause. L'écurie a été une deuxième fois remise à neuf, et depuis cette époque il n'y a pas eu de nouveau cas.

Je n'ai pu, à mon grand regret, réunir qu'une douzaine de faits qui se sont produits en trois ans, car les habitants de Noisy partageant leur vie entre la halle et les champs sont difficiles à rencontrer chez eux. Puis, quand on arrive à les trouver, ils donnent peu de renseignements. Toutefois, à partir d'aujourd'hui, mon beau-frère notera minutieusement tous les cas qui passeront sous ses yeux et ceux qui viendront à sa connaissance. Aussitôt que j'en aurai un certain nombre, je vous les adresserai.

Agréez, cher maître, etc.

Em. Cérémonie.

CAS DE TÉTANOS OBSERVÉS A NOISY-LE-SEC PENDANT LES ANNÉES 1883, 1884 ET 1885

NOMBRE DES CAS	PROPRIÉTAIRES de CHEVAUX	CAUSES	DÉBUT de LA MALADIE	TERMINAISON
	1883			
1	Edouard Durin...	Inconnue.	21 septembre.	Mort le 24 septemb.
2	Grégoire........	—	20 août.	Guérison, 9 septem.
3	Cochin..........	—	Date inconnue.	Mort.
	1884			
4	Dinot...........	—	30 janvier.	Mort le 1er février.
5	Dinot...........	—	24 mars.	Mort le 27 mars.
6	Rousseau........	Clou de rue 25 janvier.	4 février.	Mort le 12 février.
7	Constant Burain..	Inconnue.	2 août.	Mort le 4 août.
	1885			
8	Lorebourg.......	Clou de rue.	1er septembre.	Mort le 2 septembr.
9	Darville........	Blessure à la couronne	Date inconnue.	Mort.
10	Armand Dinot...	Inconnue.	—	Mort.
11	Chassaing.......	Séton mis à nu; jeune cheval gourmeux le 17 juin.	3 juillet.	Mort le 5 juillet.
12	Budor..........	Castration, 15 février.	1er mars.	Mort le 6 mars.

Remarques.—*A*. Les trois cents chevaux de Noisy ont fourni au minimum douze cas de tétanos en trois ans, c'est-à-dire que la maladie a atteint annuellement la population équine dans la proportion considérable de 1,25 pour 100. En conséquence, je crois pouvoir affirmer l'existence d'une endémie bien caractérisée et non d'une série de cas sporadiques.

On ne peut expliquer cette endémie par aucune condition spéciale qu'on ne retrouve dans la plupart des villages de la banlieue de Paris, où le tétanos animal et le tétanos humain paraissent, au contraire, fort rares. Donc elle ne peut être attribuée qu'à un agent infectieux ayant élu domicile dans le village depuis un temps indéterminé.

B. Les formes spontanée et traumatique admises par les classiques règnent à Noisy; mais je suis frappé de la fréquence des cas, sept sur douze, dans lesquels le trauma a manqué ou a passé inaperçu. Dans l'espèce humaine, sous nos latitudes du moins, la forme traumatique est beaucoup plus commune que l'autre, laquelle pour ma part je n'ai jamais observée jusqu'à ce jour (1).

(1) J'ai publié seulement un cas de tétanos survenu à la suite d'une lésion sous-cutanée, probablement avec rupture musculaire causée par un effort.

industrielle, la salubrité intérieure des habitations et des villes, l'hygiène de l'enfance, l'hygiène scolaire, l'hospitalisation, etc., etc. Il se compose de tous les objets donnés par les administrations et les personnes qui avaient participé à l'Exposition nationale d'hygiène de Berlin en 1883 et tel qu'il est dès maintenant il forme une collection sanitaire dont on ne peut trouver l'équivalent nulle part en Europe, dans de telles conditions. Or ce musée, public quatre fois par semaine, est surtout destiné à l'éducation sanitaire des étudiants en médecine ; il est une dépendance directe de l'enseignement de l'hygiène à la Faculté. Son sous-directeur est l'un des assistants du professeur Robert Koch. Si l'on songe que l'Allemagne possède aujourd'hui plusieurs Instituts d'hygiène importants et que tous ceux qui s'occupent de cette science peuvent s'y livrer à des recherches expérimentales dans des laboratoires appropriés, on ne peut s'étonner des doléances de nos hygiénistes, dépourvus presque tous de tels moyens d'études et tenus de demander l'hospitalité à d'autres enseignements qui ne sont pas outillés pour ce but spécial. Il est temps de créer chez nous de telles institutions, que les hygiénistes français demandaient déjà, alors qu'il n'en était pas encore question de l'autre côté de nos frontières !

A.-J. Martin.

Travail des enfants dans les manufactures. — Le ministre du commerce et de l'industrie vient de déposer sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi ayant pour objet la réglementation du travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels, ainsi que certaines dispositions nouvelles relatives à la salubrité et à la sécurité des ateliers. Ce projet était préparé depuis près de deux ans par des commissions et comités spéciaux.

Je note également une seconde différence portant sur la gravité relative des deux formes. Chez l'homme, la guérison du tétanos dit spontané passe pour être la règle; chez le cheval, la mort survient presque fatalement. Dans les deux cas, on remarquera que chez l'animal comme chez l'homme il y a certains cas foudroyants et d'autres à marche plus lente. Les chirurgiens ont voulu établir une sorte d'opposition et comme une différence de nature entre ces deux variétés. J'ai toujours protesté contre cette opinion. La médecine vétérinaire me donne raison, puisque dans la race équine la mortalité est la même, quelle que soit la rapidité plus ou moins grande de la marche du mal.

C. A propos de ce qui s'est passé dans l'écurie de M. Dinot, où deux chevaux ont été successivement atteints de tétanos à sept semaines d'intervalle, je citerai le passage suivant d'une lettre inédite qui m'a été tout récemment adressée par M. le docteur Ricochon : « Il arrive quelquefois qu'un cas de tétanos est suivi d'un autre cas, dans la même écurie, à quelques années d'intervalle. M. Mayeras, vétérinaire à Augé, canton de Saint-Maixent, m'a raconté qu'une jeune jument a pris le tétanos, dont elle guérit du reste, dans l'écurie de M. Tillé, et qu'à la même place, trois ans plus tard, une jeune mule a succombé à la maladie.

« Cette année-là, au mois de juillet, dans la même commune, chez M. Devaux, un jeune poulain est mort du tétanos, à la place même où trois ans auparavant un autre poulain, né de la même mère, avait également péri. »

On se rappelle que, dans le cas de M. Larger, deux chevaux avaient été frappés de tétanos, dans la même écurie, à deux ans de distance.

Ces faits prouvent que les germes tétaniques jouissent d'une forte vitalité, ou si l'on veut d'une grande résistance aux causes de destruction. Ils se comportent d'ailleurs, sous ce rapport, comme les germes de la pustule maligne. Il faut en conclure que le lieu où un animal est mort de tétanos reste dangereux pour les autres pendant une période très prolongée (1).

D. Il n'est pas jusqu'à la relation directe du tétanos humain avec le tétanos équin qui ne soit éclairée par la note de M. Cérémonie. En effet, en 1872, dans l'habitation contiguë à l'écurie, un certain Damoiselet s'étant coupé le doigt avec un fragment d'assiette, meurt du tétanos. Un an plus tard, le cheval de la maison meurt à son tour comme son maître.

On pourrait voir ici la contre-partie de mon hypothèse, et dire que cette fois c'est l'homme qui a commencé la série et infecté le cheval; mais je crois qu'il est plus logique d'admettre qu'avant la mort de Damoiselet son domicile était infecté comme doit l'être sans doute plus d'une maison de Noisy. Cela conduit, avec les faits cités dans le paragraphe précédent, à reconnaître pour le tétanos, outre les endémies de province et de village, des endémies de maison et d'écurie, et enfin jusqu'à des endémies de chambre dans la même maison et stalle dans la même écurie.

Je joindrai à ces renseignements sur le tétanos équin quelques observations inédites sur la maladie chez l'homme.

Voici d'abord une courte note que je dois à l'un de mes meilleurs élèves, M. Gosselin, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen.

En novembre 1876, un nommé Louis P..., employé comme valet d'écurie, à la campagne, se piqua à la main gauche avec une aiguille en réparant la toile qui tapissait la face interne d'un collier de cheval. Ce collier avait été porté continuellement depuis une quinzaine de jours, c'est-à-dire que la toile était imprégnée de la sueur et des produits cutanés divers du cheval.

Pendant cinq ou six jours environ, la piqûre passa presque inaperçue, déterminant à peine une légère douleur à la pression, bien qu'elle fût entourée d'une zone inflammatoire étroite. Un jour apparurent brusquement des accidents tétaniques, et la mort arriva très rapidement malgré les soins donnés par un médecin appelé aussitôt.

(1) La même particularité existe pour le tétanos humain, dont les germes paraissent être très vivants, comme l'atteste le cas remarquable publié par M. le docteur Delépine (de Pavilly), dans l'*Impartialité médicale*, 30 septembre 1886.

Ce fait prouve après bien d'autres déjà le danger des blessures les plus légères en rapport avec les sécrétions du cheval. Avec les anciennes théories, on eût été fort embarrassé pour expliquer ici le développement du tétanos; on eût invoqué la plaie par piqûre, la prédilection de la maladie pour les doigts, un refroidissement problématique, etc. Avec mon hypothèse, l'interprétation est plus simple.

La toile du collier était imprégnée de la sueur du cheval; l'aiguille en traversant cette toile s'est chargée de virus, lequel inoculé à la plaie du doigt a provoqué l'attaque tétanique mortelle après cinq ou six jours d'incubation (1).

Qu'il me soit permis d'ajouter une dernière remarque.

Dans le cas présent, bien que la blessure humaine n'ait pas été en rapport immédiat avec le cheval toxifère, on suit facilement la filiation nettement établie par la toile du collier et par l'aiguille à couture, la première étant imprégnée du virus que la seconde inocule au doigt.

Mais supposons que le collier, au lieu d'être raccommodé, ait été lacéré, et que la toile infectée, traînant quelque part, ait été mise en contact plus tard avec quelque plaie contuse du pied, ou supposons encore que l'aiguille chargée de virus n'ait blessé le valet d'écurie que plusieurs semaines ou plusieurs mois après avoir servi à coudre le collier, et l'enchaînement passe inaperçu, et l'origine équine est méconnue.

Il est donc évident qu'en beaucoup de cas sporadiques il faudra faire une enquête minutieuse pour remonter jusqu'aux origines du mal; mais n'en est-il pas de même pour d'autres maladies infectieuses, la syphilis, le charbon, la variole, etc., à la spontanéité desquelles personne ne croit plus?

Mon excellent ami le docteur Magitot m'a donné quelques renseignements sur les deux seuls cas de tétanos qu'il ait eu l'occasion d'observer personnellement, et qui ont succédé à des blessures contractées dans des chutes de cheval. J'ai vu moi-même l'un des malades. C'était un confrère distingué, connu pour ses recherches sur le bégaiement, le docteur G...

Montant au printemps de 1869 un cheval vicieux, il fut précipité à terre dans l'avenue de Latour-Maubourg et reporté à son domicile. Il présentait des écorchures de la face, des contusions en diverses parties du corps, et une fracture grave du fémur. Il fut pris de tétanos le troisième jour et mourut le septième.

Au mois de juin 1884, le jeune X..., âgé de dix-sept ans, parcourait à cheval l'avenue du Bois de Boulogne, dans l'allée réservée aux cavaliers. L'animal ayant fait un écart, le cavalier est précipité sur le sol recouvert de sable et ramolli par la pluie.

On le relève couvert de boue, mais ne présentant que de légères écorchures à la face. Les blessures sont si insignifiantes que le jeune homme reprend les jours suivants ses promenades équestres.

Au bout de trois jours il est pris de tétanos, et meurt à la fin de la semaine.

(1) Plusieurs faits cités dans la discussion récente au Congrès français de chirurgie, par MM. Thiriar et Maunoury, tendraient à faire admettre que la durée de la période d'incubation du tétanos inoculé est de six jours environ.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

LA GLYCOSE, LA GLYCOGÈNE ET LA GLYCOGÉNIE EN RAPPORT AVEC LA PRODUCTION DE LA CHALEUR ET DU TRAVAIL MÉCANIQUE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE. Note de M. *A. Chauveau*. — La première étude que l'auteur présente aujourd'hui sur ce sujet est relative à la calorification dans les organes en repos. Elle est le résultat de recherches commencées il y a trente ans, c'est-à-dire aussitôt après la découverte de Claude Bernard sur la glycogénie hépatique. A cette époque, M. Chauveau communiquait à l'Académie les premiers travaux tendant à établir le rôle important que jouent, dans la production de la chaleur, la destruction incessante du sucre contenu dans le sang et son renouvellement non moins incessant.

Depuis lors, il a continué à s'occuper des rapports qui peuvent exister entre la fonction glycogénique d'une part, la production de la chaleur et le travail musculaire d'autre part.

Enfin, dans ces trois dernières années, 1883-1886, il a entrepris, avec la collaboration de M. Kaufmann, plusieurs séries d'expériences sur cet important sujet. C'est ainsi que, actuellement, il croit être en mesure, en s'appuyant sur de nombreux faits, de formuler avec toute la certitude désirable des conclusions qui affirment le rôle prépondérant rempli par la glycose du sang dans toutes les combustions organiques, source de la chaleur animale et du travail musculaire.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. les docteurs *Magitot* et *Félix Brémond* et M. *Maumenée* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres.

M. *Moissan* envoie une lettre de candidature pour la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Nicolas* (de La Bourboule) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *Pugibet*, médecin-major à Aïn-Beïda (Algérie), envoie un Rapport sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1886.

M. le docteur *Dechaux* adresse la Relation manuscrite d'*une épidémie de variole à Montluçon en* 1886.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Dubrandy*, une brochure intitulée : *L'alcoolisme et le monopole des alcools ;* 2° de la part de M. le docteur *Drasche*, un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Ueber Pasteur's Schutzimpfung gegen die Tollwuth*.

M. *Empis* présente la 25° année des *Causeries scientifiques* de M. *de Parville*.

M. *Larey* dépose un mémoire de M. le général *Maxwell* sur *les bras et jambes artificiels de Baufort pour les mutilés pauvres*.

M. *de Villiers* présente, de la part de M. le docteur *Worms*, une série de documents relatifs au fonctionnement du service médical de la Compagnie des chemins de fer du Nord, tant au point de vue des faits pathologiques qui s'y rencontrent qu'à celui d'une administration portant sur 39 000 agents, lesquels reçoivent les soins de 200 médecins répartis sur l'ensemble du réseau.

M. *Tillaux* dépose une note et un appareil de M. le docteur *Debacker* (de Roubaix) afin de remédier aux principaux accidents consécutifs à l'accouchement naturel.

M. *Armand Gautier* fait hommage de son ouvrage ayant pour titre : *Cours de chimie*.

M. *Chauveau* présente une brochure de M. *Galtier* (de Lyon) sur *la rage envisagée chez les animaux et chez l'homme au point de vue de ses caractères et de sa prophylaxie*.

M. *Lagneau* dépose, au nom de M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe, un mémoire manuscrit, portant pour titre : *Études statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Loire-Inférieure*.

M. *Brouardel* offre un ouvrage de M. le docteur *Gilles de la Tourette*, sur l'*hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*.

RÉTENTION DU PLACENTA APRÈS L'AVORTEMENT. — Cette question a été très discutée dans ces dernières années. Deux complications principales peuvent survenir dans ces cas, l'hémorrhagie et la septicémie. Contre ces accidents les interventions manuelles et instrumentales sont-elles rationnelles et nécessaires? Pour les faire accepter de tous il faudrait démontrer deux choses : 1° que la rétention du placenta est réellement une source d'accidents fréquents; 2° que toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on a recours n'offrent aucun danger.

A la première question M. le docteur *Budin* répond par des faits qu'il emprunte à son service de la Charité et à la Maternité. Sur un total de 210 cas d'avortement (57 à la Charité, 153 à la Maternité), il y a eu quarante-six fois rétention du placenta, soit 22 pour 100; or, à la Charité il n'y a pas eu d'hémorrhagie, à la Maternité il y a eu deux fois une légère hémorrhagie au moment de la délivrance tardive. Les accidents septiques ont été presque nuls. Il n'y a eu qu'un décès, celui d'une femme entrée à la Maternité, avec de la bronchite et de la fièvre, qui a expulsé son placenta soixante heures après et qui est morte de pneumonie quinze jours après son avortement.

Donc, sur 210 avortements s'accompagnant quarante-six fois de rétention du placenta, il n'y a eu qu'un seul décès dont la cause ne paraît guère imputable à l'avortement. Quant aux manœuvres digitales, instrumentales, etc..., elles sont inefficaces ou dangereuses; différents opérateurs ont constaté des hémorrhagies graves, de l'endométrite, des phlegmons pelviens et même des cas de mort à la suite d'interventions de ce genre.

Le traitement suivi à la Maternité et à la Charité se résume ainsi : dans les cas simples, toilettes et injections vaginales antiseptiques et l'arrière-faix s'élimine en général spontanément. S'il survient des complications graves contre l'hémorrhagie, on emploiera le tamponnement exécuté avec toutes les précautions antiseptiques; contre la septicémie au début, les injections vaginales antiseptiques faites toutes les deux heures et même toutes les heures si les symptômes d'infection sont graves, on fera des injections intra-utérines antiseptiques (sublimé, 1 pour 2000 ou pour 3000; acide phénique à 3 pour 100). Les lavages intra-utérins doivent être pratiqués avec une sonde qui assure le retour du liquide, par exemple avec la sonde à canal en forme de fer à cheval. L'état général ne sera pas négligé et l'on administrera le sulfate de quinine.

C'est cette méthode — expectation et antisepsie — qui a donné les résultats énoncés ci-dessus et il semble difficile d'en obtenir de meilleurs. Elle a en outre l'avantage de pouvoir être facilement mise en pratique par tous les médecins et par les sages-femmes.

ALCOOLISATION DES VINS. — M. *Léon Le Fort* rappelle qu'il a antérieurement cherché à démontrer l'innocuité du vinage modéré avec l'alcool de vin, tout en se bornant à demander la proscription des alcools industriels. M. Riche ayant prouvé que les alcools de vin ne sont pas tous innocents et que les alcools industriels bien rectifiés peuvent être absolument purs, sa proposition doit être modifiée dans ce sens; mais il ne faudrait pas néanmoins admettre, comme le demande la Commission, que le vinage doit être considéré comme nuisible au point de vue de l'hygiène, puisqu'il est impossible, d'une part, de prouver que, pratiqué dans de faibles proportions et avec de l'alcool pur, il puisse être défavorable à la santé et que, d'autre part, le vinage est indispensable pour l'exportation de certains vins délicats et jugés faibles. Il y a donc deux variétés de vinage : l'un, honnête, nécessaire, sans danger, qu'il faut absolument respecter, à moins de réduire à néant le transport et l'exportation de nos vins français les meilleurs; l'autre, malhonnête, dangereux, qu'il faut absolument proscrire. D'un autre côté, l'Académie n'a pas à se prononcer sur les procédés propres à se substituer au vinage; elle doit ne retenir de

cette discussion que les deux faits suivants : 1° si l'ivrognerie résulte surtout de l'abus du vin et des spiritueux, l'alcoolisme est surtout le résultat de l'abus et même de l'emploi quelque peu exagéré d'alcools de mauvaise nature, sous quelque forme qu'ils soient ingérés ; 2° la science constate difficilement l'impureté de l'alcool mélangé au vin ; il est, au contraire, facile de reconnaître si l'alcool en nature n'est pas absolument pur. Aussi M. Léon Le Fort propose-t-il à l'Académie de voter la proposition suivante : Le vinage, dans la proportion de 2 à 3 pour 100 d'alcool, pratiqué dans le but d'assurer la conservation ou de permettre le transport du vin, ne saurait, au point de vue de l'hygiène, être regardé comme nuisible, pourvu que l'alcool soit absolument pur. Il n'en est plus de même lorsque le vinage, tel qu'on le pratique trop souvent aujourd'hui, a pour effet de suralcooliser les vins, soit pour frauder les droits de douane, soit pour permettre le dédoublement ultérieur des vins par le mouillage ; c'est alors une véritable falsification nuisible à la santé publique, et le danger devient plus grand encore lorsque l'alcool ajouté au vin est insuffisamment rectifié. Cette falsification, qui est une des causes puissantes de l'alcoolisme, doit être énergiquement réprimée, et l'Académie appelle vivement sur ce point l'attention des pouvoirs publics.

Sans doute, fait observer M. *Brouardel*, l'industrie peut fournir de l'alcool éthylique absolument pur, et, d'autre part, l'expérience a montré que l'alcool éthylique tiré du vin, dans les conditions où se pratique aujourd'hui cette distillation, était impur ; mais d'où vient l'alcool servant au vinage ? De plusieurs sources, notamment de source étrangère, d'Allemagne surtout ; or l'alcool allemand est importé en France grâce à son mélange avec les vins espagnols ; en outre, il n'est pas pur, et son prix est très inférieur à celui de l'alcool français ; d'autre part, le vinage se fait aussi en France avec l'alcool fourni par les bouilleurs de cru, en dehors de tout contrôle, ou à l'aide des alcools fabriqués par les distillateurs agricoles. D'où il résulte que si le vinage est autorisé à un degré quelconque, il sera pratiqué avec des alcools de qualité inférieure. Quelle garantie possède-t-on contre ce danger ?

Personne ne nie la progression croissante de l'alcoolisme. On conteste toutefois que l'alcoolisation des vins entre pour une part dans cette situation. Or, 333 000 hectolitres d'alcool allemand destinés au vinage entrent au moins annuellement en France sous la rubrique de vins espagnols ; les bouilleurs de cru en fabriquent 500 000 hectolitres ; si bien que le chiffre de l'alcool introduit dans le vin que chaque Français consomme chaque année porte, au bas mot, à 3 litres par tête en moyenne. D'ailleurs tout le monde n'est pas égal devant l'alcool ; il est des individus qui, sous l'impression de doses quotidiennes, même faibles, d'alcool ou de vin, éprouvent des troubles cérébraux, de l'excitation et de la torpeur, suivant leur impressionnabilité personnelle ; de même, toute personne ayant des prédispositions à la folie supporte mal l'alcool, et l'alcoolisme, rare autrefois chez ceux qui ne buvaient que du vin, devient fréquent aujourd'hui même chez ces derniers. Faut-il donc, dans ces conditions, autoriser les marchands de vin français à placer leurs vins, au point de vue de leur vente, sur un pied d'égalité avec les vins étrangers, c'est-à-dire de les porter à 15°,9 d'alcool ? on n'aurait plus alors dans la consommation que des vins alcoolisés, puis dédoublés, c'est-à-dire nuisibles.

On s'est aussi demandé quel est l'effet de l'addition de l'alcool dans le vin, et quel est celui de l'addition de l'eau. M. Brouardel admet que le vin ne soit pas un aliment vivant, mais il est un aliment, même lorsqu'il a été privé de son alcool, grâce aux sels qu'il contient. Or, lorsqu'on ajoute brusquement à un vin 5 ou 6 degrés d'alcool, il se trouble, la matière colorante se précipite, ainsi qu'une partie de l'extrait, du tanin, du tartre, etc. Si l'on n'ajoute que 2 ou 3 degrés d'alcool, au premier moment, l'apparence du vin reste bonne ; mais si l'on attend quelques mois, l'analyse démontre que progressivement l'extrait et l'acidité diminuent, que ses propriétés nutritives baissent. Pour qu'un vin soit bon, il faut que les principes qui le constituent, l'eau, le sucre, les sels, le tanin, etc., existent dans des proportions harmoniques ; toute liqueur reconnue sophistiquée par surélévation artificielle du titre alcoolique peut et doit être repoussée. Aussi ce n'est pas le producteur du vin qui demande le vinage ; il sait bien que ce n'est pas lui qui en profiterait, mais les intermédiaires. Enfin l'usage des vins alcoolisés dédoublés, mouillés a un autre inconvénient : ces vins fermentent avec une très grande facilité, d'où ces dyspepsies si fréquentes aujourd'hui, même chez les personnes qui n'ont jamais fait d'excès de boisson, et que l'on voit cesser en même temps que l'usage du vin est supprimé.

« En résumé, dit M. Brouardel, malgré le progrès fait par l'industrie de la distillerie, je ne puis me ranger à l'opinion de M. Riche, parce que, d'une part, l'augmentation de la consommation d'un alcool, même pur, à doses journalières répétées, n'est pas sans inconvénient ; parce que, d'autre part, rien ne garantit que le vinage se fera avec ces alcools bien rectifiés, surtout quand on pense que le bénéfice du commerce est de viner à l'étranger, où nous n'avons aucun contrôle. De plus, les faits cliniques en présence desquels les médecins sont journellement placés, suffisent à leur prouver que les accidents de l'alcoolisme se manifestent de plus en plus fréquemment encore, chez des personnes qui ne font pas d'excès alcooliques et qui ne boivent que du vin. Enfin on ne peut dire que le mouillage, conséquence obligée du vinage, soit *non nuisible* pour la santé publique. Il substitue à un produit alimentaire un autre qui a perdu tout ou partie de ses propriétés alibiles. Il altère le produit mis à la disposition du consommateur, au grand détriment de ses fonctions digestives et de sa santé générale. Pour ces diverses raisons, j'espère que l'Académie votera la première conclusion proposée par sa commission. En l'adoptant, l'Académie sait qu'elle n'aura pas fait cesser les ravages de l'alcoolisme en France, les plus sages conseils ne peuvent rien sur l'alcoolique volontaire. Mais l'Académie doit signaler à l'attention des pouvoirs publics cet alcoolisme inconscient, clandestin, qui existe déjà et constituerait un véritable danger pour les populations, si l'on autorisait le vinage dans les conditions proposées. En dévoilant le péril, l'Académie aura fait son devoir. »

Aucun orateur n'étant plus inscrit pour la discussion, le vote des conclusions de la commission des amendements proposés aura lieu au commencement de la prochaine séance.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

De l'élongation du spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique : M. Schwartz. — Anévrysme fusiforme de l'artère poplitée. Ligature de la fémorale à l'anneau de Hunter : M. Schwartz. — Influence du traumatisme sur les affections cardiaques. Discussion : MM. Verneuil, Trélat, Monod. — Des suites de l'accouchement chez les femmes cardiaques : M. Guéniot. — Cas de pseudarthrose infantile prolongée jusqu'à l'adolescence : M. Nepveu.

M. *Tillaux* lit un rapport sur l'observation de M. Schwartz relative à l'élongation du nerf spinal. Il s'agissait d'un torticolis spasmodique chez une femme hystérique. En présence de l'insuccès du traitement médical, M. Schwartz a eu recours à l'élongation du nerf spinal et à la résection de ce tronc nerveux sur une étendue de 2 centimètres. Après l'opération on a noté une amélioration notable.

M. *Terrillon.* La malade dont M. Schwartz rapporte l'histoire était dans le service de M. Terrillon. Ce dernier

insiste sur la facilité de la découverte du nerf spinal grâce à une incision pratiquée derrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien, incision indiquée par M. Tillaux, il y a quelques années.

— M. *Humbert* donne lecture d'un rapport sur une observation de M. Schwartz : *Anévrysme fusiforme de l'artère poplitée.* Le sujet atteint d'anévrysme poplité présentait une hypertrophie cardiaque avec un souffle d'insuffisance aortique. On essaye d'obtenir la guérison de l'anévrysme par la compression digitale, par l'application d'un sac de plomb : pas de résultat. M. Schwartz pratique la ligature de la fémorale au canal de Hunter et serre modérément le fil à cause des lésions athéromateuses de l'artère. Pansement antiseptique. Le lendemain de l'opération, irrégularité du pouls, phénomènes cardiaques, etc.; ces symptômes s'aggravent les jours suivants, et le malade succombe au dix-huitième jour. A l'autopsie, on trouve dans l'artère fémorale un caillot remontant jusqu'à l'origine de la fémorale profonde et s'étendant dans l'artère poplitée jusqu'au tronc tibio-péronier. M. Humbert attribue la mort à l'aggravation de l'affection cardiaque par le fait de l'intervention chirurgicale. Il rappelle que M. Verneuil, le premier, a mis en relief le danger des opérations pratiquées sur les malades atteints de cardiopathie.

M. *Verneuil*, en 1877, a mis en évidence l'influence du traumatisme sur les cardiopathies et réciproquement. Il y aurait un intérêt considérable à noter avec beaucoup de soin l'état du cœur, avant l'intervention chirurgicale. On aurait ainsi, et à bref délai, de nombreux documents pour résoudre cette question si importante des effets du traumatisme chirurgical sur les cardiopathies. A l'appui de sa thèse, M. Verneuil rapporte deux nouveaux cas. Après l'ablation, à l'anse galvanique, d'un petit épithélioma de la langue, chez une dame atteinte d'insuffisance mitrale, une petite hémorrhagie survint au cinquième jour et se répéta les jours suivants. La digitale mit bientôt fin à cette petite complication.

Dans le deuxième cas, il s'agit de l'ablation d'un épithélioma des lèvres chez un cardiaque. Après l'opération hémorrhagies répétées; elles cessent par la digitale. Instruit par d'autres faits analogues, M. Verneuil ne commence un traitement chirurgical chez les cardiaques qu'après l'usage de la digitale, comme mesure préventive. Cette pratique lui a donné toujours de bons résultats.

M. *Trélat* depuis un an et demi a vu deux de ses opérés succomber à une affection cardiaque, quelques jours après l'intervention chirurgicale.

Premier cas. Une femme de soixante-trois ans présente à la pointe du cœur un léger souffle d'insuffisance mitrale. Quatre jours après l'opération, accès de suffocation avec pâleur de la face et état syncopal. Cette crise dure deux heures. Au douzième jour, nouvel accès, mais qui cette fois amène la mort.

Deuxième cas. Un homme de quarante-sept ans, très vigoureux, est opéré d'un épithélioma de la langue; on avait noté avant l'opération un léger souffle d'insuffisance mitrale. Pendant le pansement, état syncopal de très courte durée. Le quatrième jour l'opéré se soulève, s'assied sur son lit, fait une grande inspiration et retombe mort.

Instruit par ces faits, M. Trélat recommande de dresser avec le plus grand soin le bilan du malade avant l'opération, afin de faire des réserves, suivant le cas, sur le sort de l'opéré.

M. *Verneuil* ne considère pas les lésions cardiaques comme des contre-indications opératoires. Il a voulu simplement montrer combien le pronostic est aggravé par les cardiopathies et insister sur la nécessité d'une thérapeutique cardiaque avant de commencer le traitement chirurgical.

M. *Monod* a opéré récemment une fistule à l'anus chez un malade atteint de cardiopathie. Administration du chloroforme facile ; suites de l'opération très bénignes.

— M. *Guéniot.* Les hémorrhagies utérines sont fréquentes chez les accouchées atteintes d'une affection cardiaque. M. Guéniot rapporte le cas d'une femme qui mourut subitement quelques jours après l'accouchement. On croyait à une embolie, mais l'autopsie révéla un rétrécissement très notable de l'orifice aortique. Ce cas doit être rapproché de ceux qui ont été signalés par MM. Verneuil et Trélat.

— M. *Nepveu.* M. Verneuil a pratiqué le 31 octobre dernier une amputation de jambe pour une pseudarthrose datant de l'enfance. M. Nepveu montre, sur la pièce anatomique, le faible volume des extrémités osseuses reliées par un épais trousseau fibreux. Il a relevé dans la littérature médicale 11 cas semblables. Un seul cas a été laissé sans traitement. Dans 7 autres on a pratiqué, sans bénéfice, la résection des extrémités osseuses, et dans 3 l'amputation, qui a donné chaque fois d'excellents résultats. L'amputation est donc la ressource ultime pour ces pseudarthroses.

P. VALAT.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Centre des mouvements de la pupille : M. Darchkewitch. — Sur l'étiologie de certaines paralysies hystériques : M. Féré. — Sur le placenta chez les cobayes : M. Laulanié. — De la production artificielle des monstres : M. Chabry. — La fonction photogénique des myriapodes : M. Dubois. — Des injections rectales d'hydrogène sulfuré : M. Peyrou. — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel : M. Balzer.

M. *Déjerine* communique les résultats des recherches faites par M. *Darchkewitch* sur un nouveau centre spécial pour les mouvements de la pupille. D'après ces recherches, qui sont à la fois d'ordre physiologique et histologique, il existerait au-dessus du noyau du nerf de la troisième paire un noyau spécial duquel partent des fibres qui se rendent à ce noyau de la troisième paire. Les fibres du noyau spécial constituent la partie ventrale de la commissure postérieure. Les filets qui en proviennent et dont les uns sont moteurs et les autres sensitifs, sont, d'après M. Darchkewitch, complètement indépendants du noyau de la troisième paire.

— M. *Féré*, recherchant la cause d'une paralysie hystérique qu'il avait l'occasion d'observer, a pu constater que cette paralysie était survenue, tout autre antécédent faisant défaut, à la suite d'un rêve qui avait laissé chez le sujet une très grande lassitude dans les jambes; comme il arrive souvent chez les hystériques, ce rêve s'était reproduit et à chaque fois l'état de fatigue s'aggravait. C'est là un cas de paralysie par épuisement. D'ailleurs M. Féré a pu, par le même mécanisme, déterminer de semblables paralysies chez les hypnotiques.

— M. *Mathias-Duval* dépose une note de M. *Laulanié* sur le processus vaso-formatif qui préside à l'édification de la zone fonctionnelle du placenta maternel chez le cobaye.

— M. *Chabry* donne quelques renseignements sur le procédé qu'il emploie (simple piqûre au moyen d'une pointe de verre très fine) pour déterminer la production artificielle de monstres chez les ascidies Il survient au point piqué un état granuleux du protoplasma qui s'étend peu à peu à toute la cellule. Les œufs d'oursins ne sont pas sensibles à cette excitation. Pour arriver à produire des monstres chez les oursins, il faut, par exemple, enduire d'abord la pointe de verre avec laquelle on opère d'acide sulfurique; mais les monstres qui se développent à la suite de ce traumatisme ne se rencontrent pas dans la nature.

— M. *P. Dubois* a fait quelques recherches sur la fonction photogénique de certains myriapodes, recueillis aux environs de Heidelberg. La lumière émise par ces êtres est verdâtre, moins verte cependant que celle des pyrophores. Quand on saisit un de ces myriapodes, il se vide par l'anus de sa matière lumineuse. Tout éclat disparaît après deux ou trois jours. Mais on peut faire reparaître cette lumière par des excitations mécaniques ou en soumettant l'animal à une température plus élevée. M. Dubois a déterminé dans quelle portion de l'organisme s'élabore la matière lumineuse; c'est dans de grosses cellules épithéliales situées à la partie interne de la tunique propre de l'intestin; ces cellules sont remplies de granulations volumineuses de guanine qui présentent à la lumière réfléchie un pouvoir réflecteur considérable.

— M. *Peyrou* a fait sur des chiens des injections d'hydrogène sulfuré dans le rectum et il a vu survenir, quand la dose est un peu forte (100 à 120 centimètres cubes), des accidents graves, tout de suite mortels. Il croit donc utile de signaler le danger de ces injections, au moment où on tend à les faire entrer dans la pratique médicale (traitement de la tuberculose).

— M. *Balzer* vient de traiter plusieurs cas de syphilis grave par les injections sous-cutanées de calomel. L'injection n'est pas douloureuse; il se forme une sorte de gangue inflammatoire, qui s'indure peu à peu et disparaît. C'est un traitement très actif; il suffit de quatre ou cinq injections de 0gr,10 faites en un mois environ pour que tous les accidents prennent définitivement fin.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Du compte-gouttes comme procédé d'analyse chimico-clinique volumétrique : M. Duhomme (Discussion : MM. Yvon, Tanret, Rougon, Boismont, F. Vigier). — Appareil pour les injections d'acide carbonique dans le rectum : M. Bardet (Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Tanret).

M. *Duhomme* donne lecture d'une note sur l'emploi du compte-gouttes comme procédé d'analyse chimico-clinique volumétrique. Il est d'avis qu'en se servant de solutions d'essai titrées à la goutte, on peut plus aisément concilier les exigences de la chimie et celles de la pratique médicale; mais il est indispensable de se servir d'un compte-gouttes pipette de précision, et d'opérer toujours sur un même volume de liquide à analyser. En effet, la quantité de réactif nécessaire pour parfaire l'analyse n'est pas rigoureusement proportionnelle au volume du liquide à analyser : ainsi l'on n'obtiendra pas un résultat absolument identique en opérant sur 10 centimètres cubes d'urine en une fois, ou sur cette même quantité d'urine prise centimètre cube par centimètre cube. En opérant de cette dernière façon on a, d'autre part, l'avantage de pouvoir contrôler l'un par l'autre chacun des résultats des épreuves successives. Pour reconnaître, par un essai rapide, si l'acide phosphorique d'une urine existe en proportion normale, c'est-à-dire avec une variation de 1 gramme à 3 grammes par litre, le dosage au compte-gouttes peut rendre de grands services. On emploie une solution d'azotate d'urane dont la goutte correspond exactement à 1 milligramme d'acide phosphorique, et l'on opère sur 1 centimètre cube d'urine à laquelle on ajoute deux gouttes de solution d'acétate de soude et une goutte de ferrocyanure de potassium. Il est évident que s'il faut employer une, deux ou trois gouttes d'azotate d'urane pour obtenir la réaction caractéristique, on reconnaîtra que l'urine analysée renferme 1, 2, ou 3 grammes d'acide phosphorique par litre.

M. *Yvon* fait observer que le mode de dosage de l'acide phosphorique proposé par M. Duhomme n'est pas plus rapide que le procédé classique; il ne voit donc aucune raison de le préférer, d'autant plus qu'il a l'inconvénient d'être moins exact. Les solutions titrées d'azotate d'urane sont très difficiles à conserver et leur titre varie constamment; d'ailleurs, si l'on veut obtenir une réaction précise au moyen du ferrocyanure, il ne faut pas ajouter ce réactif dans l'urine que l'on analyse, mais essayer une goutte à part sur une soucoupe de porcelaine, jusqu'à ce qu'on obtienne la coloration probante. D'autre part, les variations dans la quantité d'acide phosphorique que renferme l'urine sont bien moins étendues que ne le dit M. Duhomme; on en trouve à peu près constamment 2gr,50 pour l'urine des vingt-quatre heures; lorsqu'il y en a moins de 2 grammes, cette quantité est inférieure à la normale. Il faut toujours prendre, pour les analyses d'urine, un échantillon provenant de l'ensemble des urines des vingt-quatre heures, et non pas établir, sur un échantillon quelconque, la proportion par litre, si l'on veut avoir des résultats concordants et en rapport réel avec les troubles de la fonction urinaire.

M. *Duhomme* ne peut partager cette opinion, et objecte que l'on se serait privé de bien des renseignements utiles sur la glycosurie, en particulier, si l'on n'avait pas analysé séparément les urines du jour et celles de la nuit. Quant au dosage à la touche, dans lequel on recherche la réaction sur une simple goutte de liquide, c'est un procédé que l'on doit considérer comme un pis-aller. Il faut bien reconnaître, cependant, que lorsqu'on ajoute directement le ferrocyanure dans l'urine, la réaction manque d'instantanéité et de stabilité. Les deux procédés ne fournissent pas absolument le même résultat, mais il resterait à déterminer lequel des deux est le meilleur.

M. *Tanret* a constaté que le rapport entre le taux de l'acide phosphorique dans l'urine et celui de l'urée est constant et égal à 1/10 à très peu près, aussi bien dans les urines physiologiques que dans les urines albumineuses ou sucrées. Ce rapport constant se trouve commandé sans doute par la désassimilation des albuminoïdes renfermant de l'azote et du phosphore dans des proportions déterminées. Il en résulte que le chiffre de 2gr,50 indiqué par M. Yvon pour le taux de l'acide phosphorique dans l'urine des vingt-quatre heures, n'est exact que si le taux de l'urée est normal dans le même temps.

M. *Rougon* a souvent constaté des variations physiologiques du chiffre de l'acide phosphorique, comprises entre 2 et 3 grammes. Il croit d'ailleurs qu'il faut tenir grand compte de l'alimentation plus ou moins substantielle.

M. *Boismont* a constaté, comme M. Tanret, le rapport de 1/10 entre le chiffre de l'acide phosphorique et celui de l'urée dans l'urine normale.

M. *Yvon* considère qu'il n'est pas possible de se rendre un compte exact des variations des éléments de l'urine si l'analyse ne porte pas sur un échantillon provenant de la totalité recueillie pendant les vingt-quatre heures. Il a, par exemple, constaté à diverses reprises, chez les mêmes malades, des différences considérables dans le taux de la glycose pour l'urine de la nuit, recueillie à part, tandis que le chiffre moyen restait sensiblement constant pour l'urine des vingt-quatre heures.

M. *Duhomme* reste convaincu qu'à bien des égards le mélange des urines des vingt-quatre heures, comme prise d'essai au point de vue clinique, est un procédé mauvais. Pour lui, il se sert ordinairement des seules urines de la nuit pour les soumettre au dosage, et obtient ainsi des résultats parfaitement comparables au point de vue clinique.

M. *Boismont* partage entièrement l'avis de M. Duhomme. Il considère les résultats fournis par l'analyse des urines de

la nuit comme toujours comparables en clinique et parfaitement suffisants dans la plupart des cas.

M. *F. Vigier* a vu le même malade ne point excréter de glucose dans ses urines de la nuit, tandis que les urines du jour en renfermaient constamment. La manière de faire préconisée par M. Duhomme eût alors induit complètement en erreur.

M. *Duhomme* fait remarquer que si M. F. Vigier s'était contenté d'analyser, chez ce malade, un échantillon des urines totales des vingt-quatre heures, il ne se serait jamais aperçu de la particularité qu'il vient de signaler.

M. *Bardet* présente un nouvel appareil *injecteur rectal gazogène*, qu'il a imaginé sur la demande de M. Dujardin-Beaumetz, et qui est destiné à l'application du traitement préconisé par le docteur Bergeon, dans la phthisie pulmonaire et différentes affections du poumon et des bronches. Cet appareil a l'avantage de réunir dans une boîte : 1° le *générateur d'acide carbonique;* 2° le *réservoir;* 3° le *barboteur;* 4° l'*injecteur*. Tous les tubes de ralliement de ces divers appareils sont réunis sur une seule pièce métallique. Il ne sort de la boîte que la poire de l'injection et la canule avec son tube. La canule est en caoutchouc, ce qui la rend moins irritante que les canules en os ou en métal. Pour se servir de l'appareil, on commence par verser dans le barboteur la solution médicamenteuse; après quoi on verse dans le générateur une cartouche qui renferme la proportion de sels (acide tartrique et bicarbonate de soude) suffisante pour obtenir 4 litres de gaz ; on ferme le générateur, puis on verse un peu d'eau : aussitôt le ballon réservoir s'emplit. Lorsque le réservoir est plein, on ferme le robinet de communication qui le relie au générateur et l'on fait fonctionner deux ou trois fois la poire pour chasser l'air des tubes. La canule étant alors introduite, l'opérateur presse lentement sur la poire, en faisant une poussée toutes les cinq ou six secondes, et en poussant *lentement*. La dose maxima de chaque insufflation est de 4 litres, mais on fera bien de s'en tenir tout d'abord à deux litres, soit à la moitié de la capacité du ballon de l'appareil.

M. *Dujardin-Beaumetz* a appris de M. Bergeon lui-même qu'il est indispensable d'employer dans le barboteur, comme source d'acide sulfhydrique, une eau sulfureuse naturelle; l'acide sulfhydrique artificiellement produit, même au moyen d'une eau sulfureuse artificielle, irrite le rectum d'une façon pénible. Il est également très important de ne pas employer un acide minéral énergique pour préparer le gaz carbonique, sans quoi des parcelles de la liqueur acide sont toujours entraînées et peuvent avoir une action nuisible sur la muqueuse rectale. On est, jusqu'à présent, assez limité, par suite de cette grande susceptibilité du rectum, pour varier les vapeurs ou les gaz médicamenteux que l'on veut injecter dans l'intestin : seuls l'acide carbonique, l'acide sulfhydrique, l'iodoforme et le sulfure de carbone sont bien tolérés. Le sulfure de carbone offre un danger sérieux dans la pratique, c'est la grande inflammabilité de ses vapeurs; il a, en outre, l'inconvénient d'attaquer les tubes de caoutchouc des appareils. Il faut, pendant l'injection des gaz dans le rectum, surveiller avec grand soin la distension de l'intestin et prendre garde de ne la pas mener trop rapidement ou trop loin.

M. *C. Paul* a expérimenté la méthode. Il s'est servi d'un appareil un peu différent de celui de M. Bardet, et qu'il présentera à la Société dans la prochaine séance. Il a employé le sulfure de carbone chez trois malades : dans les deux premiers cas, tout s'est bien passé ; mais, chez la troisième malade, il y eut projection d'une petite quantité de sulfure de carbone dans l'intestin ; la malade fut prise de douleurs atroces avec menace de syncope, et la sensation de brûlure fut assez persistante en dépit d'un lavement que l'on administra aussitôt. Pendant que l'on s'empressait autour de la malade, la serviette souillée par les déjections mélangées de sulfure de carbone, et qui avait été jetée à terre près du foyer, prit feu et menaça d'incendier l'appartement. Si l'on songe que, d'autre part, le sulfure de carbone attaque le caoutchouc, on reste convaincu qu'il faut absolument renoncer à son emploi. L'eau de Challes, très riche en sulfure de sodium, est un des meilleurs liquides à mettre dans le barboteur comme source d'acide sulfhydrique.

M. *Tanret* se déclare surpris de cette différence d'effet local entre l'acide sulfhydrique de l'eau sulfureuse naturelle et l'acide sulfhydrique artificiel. Il est cependant incontestable que tous deux sont identiques : c'est le même corps.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne se charge pas d'expliquer le fait, mais il le tient de M. Bergeon, qui l'a constaté par une expérimentation comparative.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

(Suite. — Voy. les nos 43, 44, 45, 46 et 47.)

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les luxations traumatiques irréductibles.

MM. le professeur Trélat (Paris); Mollière (Lyon); Borrelly (Paris); professeur Ollier (Lyon) : De la résection de l'épaule dans la luxation ancienne. — Doyen, Decès : Arthrotomie du coude. — Le professeur Tripier (Lyon) : De l'intervention opératoire dans la luxation de l'épaule, compliquée de fracture. — Maydl (de Vienne) : Contribution à l'étude du traitement opératoire des luxations irréductibles. — Le professeur Severeanu (Bucharest) : Sur trois cas de luxation de l'épaule et de la résection dans les luxations traumatiques et irréductibles du pied et de la hanche.

Quelle est la cause pour chaque articulation de l'irréductibilité immédiate ou tardive? Quand le chirurgien doit-il renoncer aux essais ordinaires de réduction pour en venir à l'ostéoclasie, à l'ostéotomie, à l'arthrotomie, à la résection? Telles sont les questions que l'on a cherché à résoudre par les débats du Congrès, chacun apportant des documents sur l'une ou l'autre des grandes articulations : épaule, coude, hanche, cou-de-pied. Nous verrons qu'au point de vue qui nous occupe il n'y a aucune parité à établir entre ces diverses jointures, aussi bien pour l'irréductibilité des luxations anciennes que pour celle des luxations récentes.

Pour M. *Mollière*, une luxation ne peut être dite *irréductible* que lorsque les surfaces sont déformées, les cavités osseuses comblées à la suite d'un déplacement ancien ; alors seulement existe un obstacle anatomique à la coaptation des extrémités articulaires et jusque-là on doit triompher de ce qui résiste à l'aide des manœuvres de force. Cela ne serait contre-indiqué que chez les tout jeunes enfants, chez les vieillards et chez certains individus débilités. En réalité, on ne tarde pas à se convaincre que, par son efficacité et sa bénignité, la méthode sanglante est souvent préférable pour l'irréductibilité immédiate, aux tractions violentes. On n'a cependant communiqué au Congrès que peu de faits de ce genre. Nous les signalons à propos de chacune des jointures en particulier.

Les luxations de l'épaule sont, de toutes, les plus fréquentes. L'intervention immédiate est le plus souvent simple. Il y a cependant un cas dont M. le professeur *Tripier* (de Lyon) a signalé l'importance : dans une luxation avec fracture, la tête se loge dans l'aisselle et on constate que le pouls radial est affaibli ou nul. Le chirurgien ne doit pas hésiter : il

doit enlever la tête humérale et réduire le fragment inférieur dans la cavité glénoïde. M. Tripier a eu ainsi un résultat excellent, tandis que, dans un cas pareil, par des manœuvres de réduction tentées malgré le refroidissement du membre, il a vu provoquer une gangrène envahissante ; il fallut désarticuler l'épaule. Si la tête est tout à fait indépendante, si les vaisseaux et nerfs sont intacts, on doit s'abstenir de toute opération et s'en tenir à la réduction puis à la mobilisation du fragment diaphysaire.

Il est relativement rare qu'on laisse les luxations de l'épaule non réduites, faciles qu'elles sont à diagnostiquer et à réduire. Mais, lorsque l'erreur a été commise, on a d'abord le droit d'user des manœuvres de force. Souvent la réduction est obtenue pour de vieilles luxations; plus souvent encore on a une demi-réduction. Mais, M. *Mayal*, assistant du professeur Albert (de Vienne), soutient, avec raison, que cela suffit, avec une mobilisation ultérieure énergique. Quand il échoue tout à fait, M. *D. Mollière* (de Lyon) imite M. Polaillon : avec un ténotome il traverse le deltoïde et divise ensuite les brides fibreuses de la capsule rétractée : il doit sept succès à cette méthode. Cela peut rester insuffisant : le mieux serait alors de fracturer le col huméral et de réduire le fragment inférieur, puisque cette réduction donne d'excellents résultats dans les fractures accidentelles. A cela, M. le professeur *Ollier* (de Lyon) préfère la résection, opération peu pratiquée il est vrai dans ces circonstances, aussi bien en France qu'en Amérique ou en Allemagne. M. L. Thomas (de Tours) a publié l'annnée dernière une observation de ce genre. M. Ollier vient d'intervenir de la sorte, après avoir constaté l'inefficacité des débridements capsulaires, faits cependant une fois la tête mise à nu par l'incision de résection. La capsule, tassée, formait une sorte de ménisque derrière la tête : il fallut, après résection osseuse, l'inciser crucialement. Dans les résections ordinaires de l'épaule, le mouvement d'abduction doit être précoce, car il est difficile à obtenir : ici, au contraire, le bras fut fixé dans une adduction prolongée. Sans cette précaution on obtient une néarthrose huméro-coracoïdienne et non huméro-glénoïdienne. Quoique la tête soit dans l'aisselle, il faut l'aller chercher par l'incision classique : c'est plus délicat, mais on sait mieux ce qu'on fait. Langenbek, Kuester, ont fendu l'aisselle sur la tête saillante, enlevée en un tour de main. Reste à savoir quel a été le résultat fonctionnel.

Peu partisan de la résection de l'épaule, M. *D. Mollière* est un défenseur de la RÉSECTION DU COUDE, ici comme pour les ankyloses. Les sections sous-cutanées ne servent de rien. Tout marche à souhait, en général, avec l'ablation de la seule extrémité humérale ; on pourra lui joindre celle de la cupule radiale ; autant que possible on respectera l'olécrâne qui souvent se régénère trop et est trop crochu. Mais d'autres chirurgiens sont moins radicaux : pour M. *Maydl* (de Vienne) il suffit, la plupart du temps, d'ouvrir le coude et de faire la réduction sans résection : l'incision longitudinale est insuffisante ; l'incision transversale s'oppose pendant trop longtemps à la mobilisation ; le mieux est d'aborder la jointure par deux incisions, une de chaque côté de l'olécrâne. Plus hardi, M. *Doyen* (de Reims) a fait une incision cruciale : un trait vertical, de 10 centimètres ; un trait transversal allant de l'épitrochlée à l'épicondyle. Les cavités cubitale et radiale, les fossettes olécrânienne et coronoïdienne de l'humérus furent trouvées comblées de tissu fibreux. Le tout fut raclé à la curette tranchante et, sans résection, la réduction fut opérée. Tout fut suturé : M. Doyen eut la réunion par première intention et le retour des mouvements. Il a assisté M. *Decès* (de Reims) dans deux autres interventions analogues où le résultat fut également favorable. Mais, même avant d'entreprendre cette opération, où les délabrements sont relativement légers, on ne doit pas désespérer trop vite de la méthode non sanglante. La réduction par les manœuvres de force (extension puis flexion brusque) s'obtient au bout de six mois, de neuf mois, d'après des observations de M. *Bouilly* (de Paris) à l'aide de l'appareil à traction d'Hennequin. Le professeur *Trélat* a réduit de même une luxation de dix mois. D'autre part, chez l'enfant surtout, les mouvements se rétablissent mieux qu'on ne le pense dans la luxation abandonnée à elle-même : MM. *Redon* et *Trélat* ont fourni une observation à l'appui de ce dire.

Les LUXATIONS DU COU-DE-PIED nécessitent souvent des résections immédiates. On n'en a pas parlé au congrès. Pour les luxations anciennes avec fractures, où le pied est rejeté latéralement à angle droit, M. *Mollière* préconise l'ostéoclasie même quand le col est éburné. Il nous l'avait déjà dit dans la discussion sur les résections orthopédiques C'est au même moment que M. *Decès* (de Reims) nous avait parlé d'une résectioin de la malléole interne pour fracture bimalléolaire avec luxation. Aujourd'hui, le professeur Severeanu (de Bucarest) nous a entretenus d'une observation analogue.

Le professeur *Trélat* avait désiré d'abord localiser la discussion aux LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES DE LA HANCHE. Elles rendent, en effet, le chirurgien fort perplexe. Il y a un an, M. Trélat reçut dans son service un homme de cinquante et un ans, porteur, depuis six mois, d'une luxation iliaque qui, par de vives douleurs, le rendait infirme. Que faire ? Dans Hamilton, on trouve vingt-trois luxations anciennes de la hanche ; onze furent réduites, mais toutes par les seules manœuvres de douceur. Les manœuvres de force restent toujours infructueuses et il y a près de vingt ans Broca a déterminé ainsi une suppuration diffuse mortelle : l'autopsie a été relatée par M. Tillaux à la Société de chirurgie en 1868. Cela se comprend bien, car la cause de l'irréductibilité de ces luxations anciennes est dans l'occlusion des cotyles par des lames capsulaires et musculaires, tandis que des néoformations osseuses comblent la cavité. Mais au bout de combien de temps cela se fait-il ? M. Trélat l'ignore et voudrait, précisément, obtenir du Congrès quelques renseignements. A. Cooper a dit : au bout de deux mois, la réduction de la hanche est une chance, et toujours elle est dangereuse ; cela a été vérifié par Volkmann pour une luxation de deux mois et demi. Tout se borne pour le moment à quelques bribes d'observation. Dans une observation de M. Polaillon, l'irréductibilité fut immédiate et il fallut, après des tentatives variées, opérer au quarante-sixième jour.

Lorsqu'une luxation ancienne a résisté aux manœuvres de douceur, quelle conduite tenir ? Ici encore règne l'obscurité et M. Trélat a renvoyé son malade sans lui rien faire. Mais il est certain que la méthode sanglante n'a aucun succès opératoire à son actif. Au sixième mois, Hamilton a fait des sections au ténotome, des muscles, des aponévroses, des tendons : il échoua. Volkmann, Mac Cormack, ont tenté l'arthrotomie et, n'obtenant rien, ont réséqué la tête fémorale. Le résultat ne fut pas mauvais : mais c'est une opération imprévue, non réglée. M. Polaillon fut plus heureux et, par l'arthrotomie, opéra la réduction : malheureusement son malade, alcoolique avéré, succomba le dix-septième jour, avec le cœur gras, le foie gras, une plaie putride. Pour mettre fin à cette série néfaste, M. *Severeanu* (de Bucarest) a fait connaître aujourd'hui un cas favorable. Au quatrième jour, toutes les manœuvres ayant échoué, ce chirurgien fit l'arthrotomie. Il trouva la capsule tordue sur elle-même ; il l'incisa et cependant ne put réduire. Il réussit immédiatement après résection de la tête.

Cette observation vérifie donc les conclusions déjà posées par le professeur *Trélat*. Etant donnée une luxation récente de la hanche, il est indispensable de faire un diagnostic prompt et exact, et de tenter la réduction immédiate, par la douceur d'abord, par la force ensuite. Si, malgré tous les essais, l'échec est avéré, il ne faut pas abandonner le malade dans cette période encore favorable. Il faut ouvrir l'articulation, débrider la capsule et être prêt à enlever la tête fé-

morale. Mais, passé deux mois, les méthodes de douceur seules donnent encore quelques succès; les méthodes de force sont dangereuses. Quand on est certain d'un échec définitif, on doit tenir compte de la variété de luxation et de la position du membre. Si la cuisse est dans l'extension, il faut seulement favoriser la néarthose. Si la cuisse est fléchie, les douleurs permanentes indiqueront la résection. Sinon, le mieux sera de s'adresser à l'ostéotomie ou à l'ostéoclasie. Pour appuyer cette dernière assertion, on se souviendra que MM. *Bouilly* et *Verneuil* ont obtenu chacun un excellent résultat par la fracture involontaire du fémur au cours des manœuvres de réduction.

Communications diverses.

— M. *Paul Berger* (de Paris). *Amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc; manuel opératoire.* — L'ablation complète du membre supérieur avec l'omoplate se vulgarise, et, sur 48 cas récents, on obtient 80 pour 100 de succès. M. Berger cherche à en régler le manuel opératoire à l'aide de ce qu'il a lu et à l'aide d'expériences cadavériques faites en commun avec M. Farabeuf. L'opération comprend deux actes. Le *premier acte* se compose de deux temps. Il a pour but l'hémostase provisoire, et son importance a d'abord été mise en relief par M. Ollier. On fait une incision parallèle à la clavicule, longue d'environ 10 centimètres, et s'arrêtant à l'articulation acromio-claviculaire; puis 1° on résèque la partie moyenne de la clavicule; 2° on sectionne les vaisseaux sous-claviers entre deux ligatures. Le *second acte* consiste à enlever le membre; c'est un procédé à deux lambeaux : cervico-scapulaire (supéro-postérieur) et pectoro-axillaire (antéro-inférieur). Cela nécessite trois temps : 1° tracer et disséquer le lambeau pectoro-axillaire, dont font partie les extrémités des muscles grand et petit pectoral et grand dorsal; on conduit l'entaille jusqu'à ce qu'on ait divisé le plexus brachial; 2° tracer, inciser et relever le lambeau supérieur, qui est doublé par le trapèze; 3° section des muscles (grand dentelé, rhomboïde, omo-hyoïdien, angulaire) qui s'insèrent aux bords supérieur et interne. Ce second acte est d'une grande rapidité. Il est fait sans hémorrhagie, grâce à la ligature préventive, qui a pour autre avantage d'éviter l'entrée de l'air dans les veines; cet accident a été la cause de la mort chez quatre opérés.

M. *Ollier*. Le point capital est dans l'hémostase provisoire; quant aux lambeaux, on les fait comme on peut.

— M. *Vaslin* (d'Angers) lit deux observations sur *les indications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, fractures et contusions*. Il s'agit d'extraction de séquestres. Voici le résumé officiel de ces deux observations :

« Obs. I. — Epilepsie traumatique consécutive à l'enfoncement de la table interne, région pariéto-frontale droite, trépanation et extraction du séquestre huit mois après l'accident. — Guérison.

« Obs. II. — Phénomènes de compression cérébrale, consécutifs à une chute sur la région pariéto-occipitale droite. — Extraction d'un large séquestre comprenant les deux tables et le diploé, suivie de l'évacuation d'une collection purulente intra-crânienne. — Cessation immédiate des accidents, guérison rapide. »

— M. *Aug. Reverdin* (de Genève). *Observation de ligature de la carotide primitive pour un traumatisme.* — Cherchant à se tuer, un homme se logea une balle de revolver dans le conduit auditif externe. Il ne perdit même pas connaissance, et le lendemain il fit 4 kilomètres à pied pour aller se faire extraire le projectile par un chirurgien. L'oreille une fois désinfectée, l'appareil de Trouvé révèle un corps étranger métallique. L'abstention est la règle aujourd'hui quand la plaie est aseptique: celle-là était septique; elle était voisine du cerveau; il fallait la désinfecter, et ce n'était possible qu'après extraction de la balle. Trois prises de tire-fonds dérapèrent; à la quatrième, un jet énorme de sang jaillit de l'oreille. M. J.-L. Reverdin enfonça son doigt dans le conduit auditif, et, tandis qu'un vaste épanchement soulevait la joue, M. Aug. Reverdin découvrait à la hâte la carotide primitive et la coupait entre deux ligatures. L'hémorrhagie cessa immédiatement, et le malade guérit sans avoir présenté aucun trouble cérébral. Il semble qu'il y ait contradiction entre les deux faits, car l'absence de troubles cérébraux indique que la circulation collatérale s'est bien rétablie; mais alors comment le bout périphérique n'a-t-il pas saigné? C'est probablement que le caillot, existant dans un canal osseux, a pu comprimer suffisamment le vaisseau. Puis le malade a voulu être débarrassé de sa balle : M. Reverdin a réussi après avoir décollé l'oreille, suturée ensuite. La balle était perforée de part en part par le tire-fonds. Serait-ce donc là la cause de la blessure de la carotide? M. Reverdin ne le conteste pas.

M. *Fontan* a lié la carotide primitive pour un coup de hache qui s'accompagnait d'une hémorrhagie intense de la méningée moyenne. Le malade mourut d'encéphalite au dix-huitième jour. Dans les cas de ce genre, ne vaudrait-il pas mieux lier la seule carotide interne, ce qui n'est pas plus difficile que de lier la carotide externe?

(*A suivre.*) A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Contribution à l'étude des altérations du foie dans les maladies infectieuses, par le docteur A. Siredey. — Les altérations hépatiques au cours des maladies infectieuses sont, à coup sûr, de notion ancienne; ainsi Louis, puis Andral, Grisolle, Barth, Tardieu ont noté le retentissement sur le foie de l'infection typhoïdique; Chédevergne, en 1864, a signalé dans cette maladie la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, bien étudiée depuis lors par Wagner, qui a le premier indiqué la présence de petits nodules dans les travées interlobulaires; Damaschino, Hoffmann, Liebermeister, Frerichs, Klebs, etc., ont contribué à faire connaître les altérations des cellules du foie chez les typhoïdiques. Des lésions analogues, d'origine également infectieuse, ont été signalées pour la variole par Brouardel, Desnos et Huchard, Weigert, qui décrit, dans le foie, des nodules embryonnaires formant parfois des foyers nécrosiques, et qu'il nomme pustules hépatiques; pour la rougeole, par Parrot; pour le choléra, par Tschudanowsky, auquel n'a pas échappé la prolifération des gaines péri-vasculaires, qui accompagne la lésion des cellules.

Résumant l'ensemble de ces recherches, Rendu, Cornil et Ranvier concluent que, dans les maladies infectieuses, les lésions du foie sont celles d'une hépatite parenchymateuse variant d'intensité, depuis la tuméfaction trouble jusqu'à la dégénérescence graisseuse et à la fonte cellulaire.

Les nombreux examens histologiques qu'il a eu occasion de pratiquer sur des foies d'individus ayant succombé à diverses maladies infectieuses, ont permis à M. Siredey de reconnaître que, dans tous les cas, on observe au début la congestion et la dilatation des capillaires sanguins du lobule, avec diapédèse de cellules lymphatiques qui sont fort abondantes à l'intérieur du vaisseau. Il existe à ce moment à peine un peu de tuméfaction trouble des cellules. Le foie, à l'œil nu, semble alors congestionné (*foie hortensia* des typhoïdiques).

Puis, à une seconde période, survient une anémie relative, résultant du gonflement et de la desquamation de l'endothélium vasculaire dont les cellules, obturant en grande partie la lumière du vaisseau, subissent la dégénérescence vitreuse. En même

temps apparaît ou s'accentue la tuméfaction trouble des cellules hépatiques avec prolifération des noyaux, suivie de dégénérescence granulo-graisseuse.

Dans le foie des typhoïdiques, on rencontre, en outre, les nodules signalés par Wagner : nodules irréguliers, variables de siège dans le lobule, formés de cellules lymphatiques agglomérées et tassées. Ils offrent la plus grande analogie avec les nodules tuberculeux, mais ne contiennent pas de cellules géantes, n'offrent pas la disposition régulière par zones concentriques, et ne sont pas caséeux à leur centre

On voit, en un mot, que le type général des lésions infectieuses du foie est celui d'une hépatite diffuse aiguë d'intensité variable, intéressant les espaces intercellulaires aussi bien que les cellules. Les lésions premières, par leur importance et leur moment d'apparition, sont les altérations des artères et des capillaires sanguins, accompagnées d'altérations périvasculaires, et produites sans doute par l'agent infectieux en circulation, quelle que soit d'ailleurs sa nature.

Se plaçant à un point de vue plus élevé, et considérant l'ensemble des déterminations viscérales des maladies infectieuses, M. Siredey se croit autorisé à considérer, dans tous les organes, les artères et les capillaires sanguins comme le point de départ, le centre d'évolution de toutes les déterminations d'ordre infectieux, les modifications cellulaires étant postérieures.

Au point de vue clinique, on peut observer, comme conséquence de ces lésions, soit des complications immédiates de la maladie infectieuse principale, soit la persistance d'une tare organique pouvant se révéler, à longue échéance, sous l'influence d'un autre processus pathologique intercurrent. (*Revue de médecine*, juin 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, par le docteur Robert BARNES et le docteur Fancourt BARNES, traduit et annoté par le docteur A.-E. CORDES. 1 vol. in-8° de 978 pages. — Paris, 1886. G. Masson.

Le titre même choisi par les auteurs de cet important ouvrage témoigne du désir d'affirmer hautement leur conviction, fort juste selon nous, au sujet des caractères que doit présenter toute étude dite spéciale, telle, par exemple, que l'obstétrique ou la gynécologie. L'accoucheur ou le gynécologue doivent être à la fois médecin et chirurgien s'ils veulent occuper dignement leur place au milieu de leurs confrères; toutes les diverses parties de la médecine sont, en effet, trop directement reliées, trop intimement unies, pour que l'on puisse séparer entièrement l'une d'elles de l'ensemble des connaissances dont elle fait partie. « De même, disent les docteurs R. et F. Barnes, que l'on ne peut apprécier exactement un point spécial, pris isolément en obstétrique, si l'on néglige ses relations avec la science entière, il est impossible aussi de juger avec précision un grand nombre de grands problèmes de médecine et de chirurgie générale si l'on ne dirige sur eux la lumière que donne une étude attentive de l'obstétrique. La réciproque est vraie, autant vaut dire : l'obstétrique n'est pas une spécialité, c'est une partie intégrante de l'art de guérir. Celui-là seul mérite d'être appelé spécialiste qui rétrécit le champ de sa vision aux limites dans lesquelles le renferment les préjugés transmis par l'ignorance et la routine aveugle. En un mot, le spécialiste est celui qui, dirigeant spécialement son attention sur un seul facteur d'un problème médical, néglige spécialement les facteurs corrélatifs. »

C'est bien dit et sagement pensé ; et si le nom seul des auteurs n'était déjà une suffisante garantie de la valeur de l'œuvre, on resterait convaincu, après avoir lu les divers chapitres de leur *Traité d'obstétrique*, que ce n'est point là un livre écrit par des spécialistes, mais bien par des médecins instruits et expérimentés. Déjà, le *Traité clinique des maladies des femmes* de Robert Barnes nous avait appris à connaître la droiture et la sûreté de jugement de l'accoucheur du Saint-George's Hospital, aussi ne pouvions-nous douter du mérite du nouvel ouvrage, pour lequel l'auteur anglais s'est adjoint comme collaborateur son fils, le docteur Fancourt Barnes. C'est à la plume de ce dernier que sont dus les chapitres concernant la prophylaxie des maladies puerpérales et les opérations obstétricales, et nous verrons, en rendant compte des diverses parties de l'œuvre commune, que l'élève a su marcher à grands pas sur les traces du maître.

L'ouvrage des docteurs R. et F. Barnes comprend vingt-cinq chapitres, que les auteurs ont eux-mêmes groupés, dans la préface de leur livre, en deux parties : « La première conduit à la fin de la grossesse; la seconde renferme l'histoire du travail, son mécanisme, ses accidents, y compris les ruptures et l'hémorrhagie; la physiologie du nouveau-né et les soins à lui donner; le *puerperium*, ses accidents, la description des maladies auxquelles la femme en couches est exposée; l'allaitement; enfin la description des opérations. »

Nous ne saurions évidemment analyser l'un après l'autre chaque chapitre de ce volumineux ouvrage, encore moins peut-être dégager de sa lecture une appréciation générale, une vue d'ensemble sur les tendances ou les convictions scientifiques des auteurs, qui ont eu à traiter à tour de rôle les sujets les plus divers, depuis l'anatomie du bassin jusqu'à l'état mental de la femme enceinte et de l'accouchée; aussi pensons-nous devoir nous contenter de signaler, chemin faisant, quelques-uns des chapitres qui nous ont particulièrement intéressé ou qui se rapportent à des questions de doctrine attendant encore leur solution définitive.

Après avoir successivement étudié l'anatomie des organes de la génération chez la femme et leurs anomalies, les processus de la gestation, de l'accouchement et de l'allaitement, les signes et le diagnostic de la grossesse, les grossesses anomales ou ectopiques, les déplacements de l'utérus gravide, les auteurs ont abordé la description des maladies de la grossesse et leur ont consacré un long chapitre fort instructif. Ils s'occupent tout d'abord des vomissements de la grossesse et de leur pronostic variable, montrant que, par suite de la marche ordinaire du vomissement des premiers mois, quel que soit le traitement, la plupart des cas résistent quelque temps, puis guérissent. Ils ne sont cependant pas partisans de « l'école timide du *ne rien faire* », et établissent nettement les grandes indications de l'intervention dans les cas sérieux qui, trop souvent, en arrivent à menacer l'existence : employer les médications classiques; puis recourir à la méthode de Copeman, la dilatation du col faite avec le doigt; et, sans trop tarder, pratiquer l'avortement alors qu'il peut encore mettre fin aux accidents. « Nous devons donc, disent-ils, combattre patiemment le mal par des palliatifs, aussi longtemps que possible, en attendant l'époque où la nature montrera sa puissance et nous déchargera »; mais il faut savoir agir hardiment lorsque les indications sont manifestes, car « tandis que l'on combat la maladie, guidé par l'empirisme, la malade marche vers la mort ».

Ce sont là de sages préceptes cliniques, fruits de l'expérience et de l'observation judicieuse des faits; on les retrouve en substance dans maints autres passages du *Traité d'obstétrique*, et ils nous ont remis en mémoire le principe qu'énonçait si volontiers le professeur Pajot, comme devant guider la pratique du bon accoucheur : « Savoir attendre, » c'est-à-dire savoir agir en temps opportun, sans hâte inquiète comme sans expectation craintive.

Les manifestations nerveuses d'ordres divers ne sont pas rares au cours de la grossesse, du travail ou de la puerpéralité, et l'on peut même dire à juste titre que la femme, pendant cette période d'activité des fonctions de reproduction, semble placée en état d'opportunité pour les manifestations morbides dépendantes du système cérébro-spinal; il y a là

une sorte de mise en branle de son organisme, par suite de la création d'un foyer génital toujours prêt à devenir le point de départ d'excitations réflexes.

Chacun de ces troubles nerveux est successivement étudié dans ses rapports avec la grossesse et la parturition : crampes, spasmes, tétanie, chorée, etc. Enfin l'éclampsie a longuement fixé l'attention des auteurs, qui résument la discussion sur la pathogénie des accidents éclamptiques en admettant, ainsi que R. Barnes l'avait soutenu déjà en 1873, que « diverses conditions concourent à les produire : l'état hydrémique de la grossesse, qui amène une nutrition imparfaite des centres nerveux et augmente la tension et l'irritabilité nerveuse morale; la tension vasculaire, et l'empoisonnement du sang résultant de l'élimination incomplète des matériaux de rebut par les reins et les autres émonctoires ». Sans proscrire la saignée, qu'ils regardent, en pareille circonstance, comme un bon moyen de traitement dans quelques cas, les auteurs anglais manifestent clairement la préférence qu'ils accordent aux inhalations de chloroforme sur les autres procédés thérapeutiques; ils indiquent cependant comme doués de quelque efficacité la morphine, le nitrite d'amyle, l'atropine, les lavements de chloral, parfois même la position genu-cubitale ou le décubitus latéral imposé à la malade. Ils conseillent également des règles d'hygiène et de diététique propres à prévenir, autant que faire se peut, ces graves accidents convulsifs pendant le cours de la grossesse. Ils posent enfin les principes de l'intervention obstétricale, et se montrent partisans d'une prompte intervention; contrairement à l'opinion énoncée en France par Pajot, ils sont d'avis que, « dans tous les cas où les convulsions ont éclaté, il faut provoquer l'accouchement prématuré ».

Ce sont ensuite les désordres mentaux qui ont fixé leur attention, et là encore nous avons à signaler quelques pages d'un très réel intérêt. Certes on peut trouver, dans les conditions multiples où la femme se trouve placée pendant la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité ou la lactation, bien des causes plus ou moins efficientes de folie; mais les auteurs montrent très judicieusement que derrière ces causes, dont ils reconnaissent l'influence, s'en trouve une autre bien puissante, qui doit être placée au premier rang dans la plupart des cas, quelle que soit l'époque où la maladie éclate : c'est l'hérédité. Il s'agit en effet, le plus souvent, de femmes prédisposées héréditairement aux troubles mentaux, et appartenant à la grande famille névropathique si bien décrite par Lasègue et récemment encore par Féré. Du reste, dans un paragraphe résumant l'étude des accidents nerveux qu'ils viennent de décrire, les auteurs, avec un grand sens clinique, se déclarent très frappés par les traits de ressemblance ou par les rapports qui existent entre les formes diverses de maladies convulsives qu'on observe dans la grossesse; ils comprennent d'ailleurs sous ce titre la syncope, le vertige, la migraine, l'apoplexie, la paralysie, le délire, la folie, qui forment souvent les anneaux d'une seule chaîne, se reliant intimement à l'épilepsie, la chorée et l'éclampsie. Ils sont, dès lors, amenés à se demander quelle est la cause déterminante de l'épilepsie dans un cas, du vomissement dans un autre, de la chorée dans un troisième, de l'éclampsie ou du tétanos dans un quatrième; cette cause générale, dont l'influence se manifeste dans tous les cas, c'est « un état particulier des centres nerveux inconnu ou non soupçonné jusqu'au moment où il se déclare sous l'influence de l'ordalie de la grossesse ». N'est-ce pas là la théorie des *prédisposés* et des *héréditaires*, si importante en pathologie nerveuse, et que Déjerine a développée dans une récente thèse d'agrégation.

Il est cependant un point de doctrine relatif à la responsabilité médico-légale des femmes en couches qui nous paraît commander quelques réserves; nous avouons, en effet, éprouver une certaine hésitation à suivre les auteurs alors qu'ils posent en principe que le délire passager au moment de la délivrance, « lorsque la femme est mise hors d'elle-même par la douleur et les émotions, en un mot qu'elle est sous la domination du système nerveux réflexe », peut être considéré comme la rendant irresponsable de ses actes. Les tribunaux anglais, « en condamnant rarement une fille pour un infanticide commis peu après l'accouchement », ne font-ils pas preuve d'une indulgence bien grande et quelque peu dangereuse?

L'intéressante question des maladies du cœur dans leurs rapports avec la grossesse nous a paru traitée moins complètement peut-être que les précédentes. Il est des noms d'auteurs français que l'on regrette de ne pas trouver cités à cette occasion : la description donnée par Peter des troubles *gravido-cardiaques*, la thèse d'agrégation de Porak, les recherches de Letulle méritaient au moins une mention à propos de ce sujet encore à l'étude. Peut-être le paragraphe consacré à la tuberculose de la mère et à l'hérédo-tuberculose pourrait-il encourir un reproche analogue.

Nous ne pouvons, faute de place, prolonger outre mesure cette analyse, et nous devons nous contenter de signaler les chapitres qui traitent de l'avortement, des maladies de l'embryon et du placenta, les conseils si sages et si pratiques relatifs au rôle du médecin pendant le travail et les suites de couches, aux soins que réclame le nouveau-né, etc. Ce sont des pages à lire et qui sont remplies d'utiles enseignements.

A l'occasion des accidents du travail et de ses suites, une étude d'ensemble des hémorrhagies de la grossesse, de l'accouchement, des hémorrhagies *post-partum* et des hémorrhagies puerpérales secondaires, permet au lecteur de suivre pas à pas les modifications qu'apportent à la pathogénie, au pronostic et au traitement de la perte sanguine les différentes phases de la gestation et de la puerpéralité. Les auteurs se montrent d'ailleurs éclectiques au sujet de la lutte bien connue entre les partisans de l'eau froide et de l'eau chaude employées comme moyen hémostatique. Pour eux, il faut recourir d'abord à l'eau froide; puis, si l'hémorrhagie persiste, employer l'injection d'eau chaude, et au besoin les alterner jusqu'à cessation des accidents.

Le chapitre des fièvres puerpérales prêterait à bien des considérations d'un haut intérêt, mais il est impossible de discuter à demi cette grave question, élargie encore par les auteurs, qui admettent « qu'on doit entendre sous la dénomination de *fièvre puerpérale* toute fièvre chez une accouchée », et font ainsi rentrer dans le cadre de la fièvre puerpérale la *phlegmatia alba dolens*, les fièvres éruptives et la dothiénentérie se montrant après les couches. Pour eux, parmi les différentes formes des fièvres autogénétiques et hétérogénétiques qui représentent l'ensemble des fièvres puerpérales, la seule vraiment digne de ce nom est « la fièvre excrétoire simple, résultat de l'endosepsie ou arrêt de l'excrétion des matériaux de rebut produits par l'involution ». On conçoit que nous ne puissions entreprendre de critiquer ici cette classification, si différente, à bien des égards, de celle qui paraît prévaloir dans les autres pays. Mais nous sommes heureux de constater que du moins les règles de l'antisepsie obstétricale prophylactique sont tracées avec beaucoup d'autorité et de précision par le docteur Faucourt Barnes, auquel est due cette partie de l'œuvre commune.

La description de l'arsenal obstétrical et des opérations diverses, application du forceps, version, embryotomie, opération césarienne, etc., nous semble mériter une lecture attentive; les questions de théorie y sont discutées avec impartialité, et l'on sent que ces chapitres ont été rédigés par un praticien qui a pris son expérience pour guide.

Nous sommes convaincu que les médecins et les accoucheurs trouveront, comme nous, intérêt et profit à la lecture de cet ouvrage, qui aura certainement bientôt, en France, la place qu'il s'est acquise déjà en Angleterre et qu'il mérite à tous égards.

Dr André Petit.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 20 novembre, M. Peter, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

— Par arrêté ministériel en date du 20 novembre 1886, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par décret en date du 22 novembre, M. Lescœur, professeur de chimie organique, est nommé, sur sa demande, professeur de chimie minérale et de toxicologie.

— M. Gaulard, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale et accouchements.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par décret en date du 22 novembre, M. Grasset, professeur de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de toxicologie de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1887, devant l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Limoges pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 18 novembre 1886, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. le docteur Nogier.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. le docteur Ferron.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. les docteurs Cruzel, Bayard, Jubiot, Hocquard, Charroppin.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. les docteurs Prat, Bodinier, Mickaniewski, Quoquand, Moreau, Soulé, Plantié, Lagrange, Peyret, Janicot.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. le docteur Couette.

DISPENSAIRE PEREIRE. — On vient d'inaugurer à Levallois-Perret un dispensaire fondé et entretenu grâce à la générosité de Mme Pereire. Cet établissement comprend un sous-sol, un rez-de-chaussée et des combles. Dans le sous-sol se trouvent, d'un côté, de vastes salles; de l'autre, un service de bains et d'hydrothérapie; au rez-de-chaussée, les salles des consultations, d'opération et de délivrance des médicaments; au premier, le logement du personnel et quelques chambres destinées à recevoir des malades dont un traitement spécial ou l'opération ne doit pas durer plus de trois à quatre jours; au-dessus, les communs et débarras. Le service se fait à l'aide d'un monte-charges métallique, surmonté d'une cheminée d'aération.

L'architecte, M. Lavezzari, connu par sa construction du magnifique hospice de Berck-sur-Mer, a aménagé cet établissement avec une entente remarquable des nécessités de l'hygiène; les salles sont vastes, aérées; le chauffage se fait par circulation d'eau chaude sous pression; la ventilation est activée par l'emploi des vitres perforées de MM. Appert, Geneste et Herscher. L'ensemble a l'aspect d'une élégante villa plutôt que d'une maison de secours.

Cinq médecins et un chirurgien donnent, quatre fois par semaine, des consultations gratuites, notamment sur les affections spéciales des yeux, de la bouche, des oreilles, du nez, etc. De plus, les personnes qui ne sont pas indigentes, mais dont la situation de fortune est modeste, peuvent y trouver, moyennant une très faible rétribution, les soins du médecin, les médicaments et la pension. L'administration est confiée à cinq sœurs de l'ordre de Saint-Joseph de Cluny.

CHOLÉRA. — Le choléra a peine à quitter l'Europe. Bien que, dans les divers pays envahis cette année, l'épidémie diminue, elle y fait encore de temps à autre des apparitions sur divers points. C'est ainsi qu'en Italie la ville de Gênes vient d'en avoir quelques cas; qu'en Espagne on en signale également à Carthagène; qu'en Allemagne un cas vient de se montrer à Breslau chez un ouvrier arrivé d'Autriche, où l'épidémie n'a pas encore complètement cessé.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Dix-septième liste.

Association médicale et pharmaceutique des Pyrénées-Orientales	186 fr.
Première liste remise par le docteur Ollivier (d'Arbois-l'Abbaye) : la commune d'Arbois; Mgr l'évêque de Châlons, chacun 50 francs. L'abbé Pasquier, 10 francs. M. Denizart; docteur Ollivier, chacun 5 francs. MM. Huribart, Bosay, Richard, chacun 3 francs. M. Maingaud, 2 francs. Total	131
Docteur Thiriar (de Bruxelles)	100
Docteur Narich (de Smyrne)	55
Le Petit Moniteur de la santé	50
Ville de Joinville-le-Pont	50
Ville du Raincy	25
Mme la marquise de Montmart	20
Mmes Aville (de Mareuil) et Baclé, chacun 10 francs	20
L'abbé Huet	5
Total	642 fr.
Montant des listes précédentes	52.816 fr. 90
TOTAL GÉNÉRAL	53.458 fr. 90

MORTALITÉ A PARIS (45e semaine, du 7 au 13 novembre 1886. — Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 3. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 19. — Choléra, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 27. — Phthisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 53. — Bronchite aiguë, 32 — Broncho-pneumonie, 33. — Pneumonie, 28. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 25; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 75; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 14. — Total : 959.

MORTALITÉ A PARIS (46e semaine, du 14 au 20 novembre 1886). — (Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 2. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections [illegible]émiques, 0. — Méningite, 42. — Phthisie pulmonaire, 200. [illegible]s tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 5[illegible]mations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronc[illegible], 25. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 42. — A[illegible]psie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 41; au sein et mixte, 20; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 82; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 82; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 14. — Total : 955.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7785. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

Extrait du **Dictionnaire de médecine** publié par le docteur Paul Labarthe, avec la collaboration de plusieurs Professeurs agrégés de la Faculté de Médecine, de Membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine, etc. — C. Marpon et E. Flammarion, éditeurs, rue Racine, 26.

Quévenne (Fer).— Le Fer Quévenne, dont le professeur Bouchardat a dit, dans son *Formulaire magistral*, qu'il « est la meilleure peut-être des préparations ferrugineuses » et qu'ont prôné Andral, Chomel, Cruveilhier, Piorry, Gubler, Grancher, etc., est du *fer réduit par l'hydrogène*, c'est-à-dire du fer à l'état pur, débarrassé de ses oxydes, privé de soufre, d'arsenic, de phosphore, de cuivre, de carbone, de silice, d'alcali, etc., et amené chimiquement dans un état de division moléculaire tel, qu'au contact des sucs digestifs il est facilement absorbé, au fur et à mesure de sa dissolution, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, c'est-à-dire à l'état naissant. Il se présente sous la forme d'une poussière très fine, d'un beau gris ardoisé, couleur qui est celle du fer à l'état pur et complètement réduit, tandis que le fer réduit du commerce est d'un noir tirant sur le brun, nuance due à la quantité parfois considérable des mélanges cités plus haut qu'il renferme.

Son introduction dans la thérapeutique date de 1840, époque à laquelle, s'inspirant de ce passage de Sydenham, le premier qui nous a appris à guérir l'anémie par le fer : « *Une longue suite d'observations m'ont convaincu que le* « *fer, dans son état de plus grande simplicité, dans son* « *état métallique, agit bien plus vite et plus efficacement* « *que de quelque manière qu'il ait été préparé* », Quévenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, s'appliqua à la recherche d'un procédé de préparation qui permît de présenter au malade le fer sous une forme aussi simple et aussi élémentaire que possible, mais en même temps dans des conditions de pureté et de division que l'industrie métallurgique, le pilon et la lime étaient impuissants à lui donner. Nous ne reviendrons pas sur le procédé employé par l'éminent chimiste, il a été décrit à l'article publié au *fer réduit*. En 1854, il publia, dans les *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène*, un long mémoire bourré d'expériences et d'observations, couronné par l'Académie de médecine, dans lequel il démontra les avantages du fer Quévenne d'une façon si péremptoire que cette Société donna en même temps l'approbation à ce produit et que, peu de temps après, un arrêté du Ministre ordonna d'insérer le fer Quévenne au *Recueil des remèdes officinaux*.

Les avantages du fer Quévenne ont été parfaitement résumés par le professeur Bouchardat. D'après cet éminent thérapeutiste, ces avantages seraient : 1° « d'être dans un état « de division extrême, ce qui le rend facilement attaquable « par les acides du suc gastrique, dans lequel il se dissout « d'une manière lente et graduée, et auquel il cède, à poids « égal, plus de fer que n'importe quel autre ferrugineux, en « même temps qu'il donne lieu à la formation de sels au « minimum d'oxydation; 2° d'agir à doses très petites; « 3° d'avoir moins de disposition que les sels de fer à exercer « sur les tissus organiques une action locale constrictive; « 4° d'être dépourvu de cette saveur d'encre que possèdent « les préparations ferrugineuses à un degré proportionné à « leur solubilité, de telle sorte qu'on peut le donner aux « personnes les plus difficiles. » (Bouchardat, *Formulaire de thérapeutique*, 26e édition, 1886.)

Le fer Quévenne s'administre sous deux formes : 1° en nature, à l'aide d'une petite cuiller-mesure qui permet au malade de mesurer lui-même les doses; 2° en petites dragées, composées simplement de fer et de sucre et renfermant chacune 5 centigrammes de fer. Il doit être pris, par parties égales, au commencement des deux principaux repas, dans une cuillerée de potage ou tout autre aliment, pourvu qu'il ne soit pas acide. D'après le professeur Gubler, il suffit d'en donner 5 à 10 centigrammes deux fois par jour.

THÉRAPEUTIQUE

De l'influence des affections utérines sur les fonctions digestives.

Les affections de l'utérus ont une influence prépondérante dans le développement des affections digestives. Il n'y a rien là du reste qui doive nous surprendre quand on songe au rôle considérable que joue dans l'économie de la femme l'importante fonction de la génération, au retentissement que les modifications physiologiques elles-mêmes subies par les appareils de la reproduction ont souvent sur l'organisme tout entier, retentissement qui se traduit par des troubles locaux ou généraux, portant plus spécialement sur le système nerveux. Ces troubles de l'innervation suffisent pour nous rendre compte des perturbations qui, dans un grand nombre de circonstances, surviennent du côté de la digestion.

Tout le monde sait que, chez un grand nombre de femmes, des troubles gastriques de diverse nature accompagnent chaque époque. Ces troubles gastriques, dont les vomissements sont l'expression la plus évidente, ne sont-ils pas portés à un haut degré dans la grossesse? Il n'est donc pas étonnant que les modifications pathologiques, plus ou moins profondes, éprouvées par l'utérus, agissent comme les modifications physiologiques qu'il subit. Aussi la dyspepsie est-elle le cortège presque obligé de ces affections chroniques de la matrice caractérisées par des écoulements catarrhaux, par de la leucorrhée. D'autre part, il ne faut pas oublier que la leucorrhée est souvent non plus la cause, mais l'effet de la dyspepsie qui trouble la menstruation et souvent supprime les règles; généralement, les malades ne manquent pas d'attribuer aux flueurs blanches dont elles sont tourmentées les accidents du côté de l'estomac, tandis qu'en réalité ce sont les troubles gastriques qui ont été le point de départ des troubles utérins.

Il est quelquefois très difficile d'arriver à déterminer si c'est l'affection utérine qui cause les troubles digestifs, ou si ceux-ci sont le résultat d'un état morbide chronique de la matrice. On comprend cependant combien il est important, au point de vue du traitement, de déterminer qu'elle est, de ces deux maladies, celle qui a débuté la première, afin de pouvoir, en la combattant, faire disparaître les manifestations morbides qui en sont les conséquences. Mais cette détermination est presque toujours impossible; aussi, en présence de cas semblables, il n'existe qu'un seul mode de traitement rationnel : c'est celui qui s'adresse à la fois aux troubles digestifs et à l'affection utérine. De tous les agents pharmaceutiques, aucun ne peut remplir ce double but, de sorte que l'on se trouverait complètement désarmé si l'on n'avait à sa disposition le traitement hydro-minéral.

Il serait trop long de passer en revue les différentes eaux que l'on pourrait employer dans tel ou tel cas spécial, et nous dirons tout de suite que la seule qui remplisse les indications cherchées est l'eau de Pougues-Saint-Léger.

Et son efficacité dans toutes les formes de dyspepsie est trop connue pour que j'aie besoin d'y insister. Qu'il me suffise de rappeler que la source de Saint-Léger, prise en boisson, à la dose d'une bouteille par jour, est facilement digérée, qu'elle éveille ou active les fonctions de l'estomac, et qu'elle est diurétique en même temps qu'apéritive. La présence de l'acide carbonique qu'elle renferme à l'état libre produit l'excitation habituelle chez les personnes faibles ou délicates, et parfois agit comme diaphorétique. Donc on atteindra déjà un premier but en restaurant les fonctions digestives. D'autre part, l'eau de Pougues contenant du fer et du manganèse, en proportion notable, agira par ces deux éléments sur la leucorrhée, qui est toujours entretenue par un état anémique assez prononcé.

L'eau de Pougues, ainsi administrée, se trouvera donc remplir la double indication que nous signalions plus haut : combattre l'état dyspeptique et s'attaquer en même temps aux troubles utérins. La guérison sera encore plus rapide si, après avoir pris l'eau de Pougues à domicile, on va faire une saison à cette station, où les pratiques hydrothérapiques viendront compléter très heureusement le traitement interne.

Mais outre cette grande action générale que l'eau de Pougues exerce dans les états morbides que nous venons d'indiquer, nous signalerons en outre une action pour ainsi dire complémentaire, qui lui est bien spéciale : c'est que, par les éléments ferrugineux qu'elle contient, elle concourt à la reconstitution de l'organisme débilité par l'altération des fonctions digestives. On sait, en effet, que le fer existe dans ces eaux dans une proportion insuffisante pour produire des effets toniques et reconstituants, mais trop faibles pour amener ces troubles gastralgiques qu'on observe si souvent quand on fait usage de ferrugineux à haute dose. C'est là, il faut l'avouer, un fait important qui mérite d'appeler l'attention.

L'élément ferrugineux n'est pas le seul qui concourt à la reconstitution de l'organisme, car les dernières analyses faites à l'École des mines par M. Carnot, ingénieur en chef, et, dans son laboratoire, par M. le docteur Bovet, médecin-inspecteur de la station (1), ont décelé l'arsenic dans les eaux de Pougues. Il est inutile d'insister sur l'importance de cette découverte, qui est venue confirmer ce que l'empirisme avait reconnu depuis longtemps, c'est-à-dire la valeur incontestable de la source Saint-Léger comme tonique dans toutes les maladies débilitantes.

Ajoutons enfin que la présence de l'iode, signalée par Mialhe dans les eaux de Pougues, les rend tout particulièrement indiquées chez les femmes lymphatiques, strumeuses, qui présentent si souvent des écoulements leucorrhéiques persistants, difficiles à combattre, et qui cessent cependant après un usage suivi de la source Saint-Léger.

(1) *Contribution à l'étude analytique des eaux minérales*, par le docteur Charles Bovet. (Ouvrage couronné en 1885 par l'Académie de médecine.)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

7785. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine: Alcoolisation des vins.

Après de nombreuses séances, l'Académie a enfin clos sa discussion sur l'alcoolisation des vins en adoptant les conclusions que sa Commission lui a présentées en dernier lieu. Comme il arrive dans toutes les discussions de ce genre, où l'on ne veut pas serrer de trop près la réalité, partisans et adversaires des conclusions de l'Académie pourront se déclarer également satisfaits ou également mécontents ; car la solution qui a eu la bonne fortune d'obtenir gain de cause auprès de la majorité est presque aussi éloignée des opinions premières de la Commission que des critiques qui lui avaient été adressées. Le tableau que la *Gazette* a reproduit dans son dernier numéro (voy. p. 774) montre en effet, si on le compare avec les conclusions votées mardi et que l'on trouvera plus loin (voy. p. 801), quel pas a été fait par la Commission du côté de ses adversaires. De plus, ceux-ci ne manqueront pas de se prévaloir des lacunes que présente l'opinion à laquelle la Compagnie s'est ralliée, ainsi que des hésitations si caractéristiques du débat.

A prendre au pied de la lettre le vote définitif de l'Académie, on constate : qu'elle a formellement condamné le mouillage et qu'elle a recommandé l'emploi exclusif d'alcools absolument purs dans la fabrication des eaux-de-vie et des liqueurs. Mais elle a été malheureusement moins affirmative à l'égard du vinage, puisqu'elle vient de déclarer qu'il peut être toléré avec de l'alcool pur et à une dose ne dépassant pas 2 degrés, sans déterminer, comme le lui demandait M. Vallin, le titre total que le vin viné ne devrait pas dépasser et sans avoir voulu admettre, ainsi que le proposait M. Armand Gautier, que le vinage ne serait toléré que pour les vins marquant moins de 10 degrés alcoométriques. Aussi beaucoup de personnes regretteront-elles que l'Académie n'ait pas donné satisfaction au désir exprimé par MM. Vallin et Gautier, d'autant que les déclarations du rapporteur de sa Commission permettraient de supposer que la tolérance adoptée par elle peut ne pas être aussi stricte que son texte le dit. Si bien qu'en l'absence de toute indication du titre total pour le vin viné, il semblerait que l'Académie n'ait

FEUILLETON

Lettres médicales.

Comment sont exécutées à Paris les mesures sanitaires.

Je n'ai pas à vous apprendre, cher confrère, que notre organisation sanitaire n'est point précisément ce que l'Europe nous envie le plus. A diverses reprises je vous ai dit ici même ce qu'il faudrait de réformes pour améliorer un état de choses que condamnent tous les hygiénistes, et tout récemment à la *Société de médecine de Paris* on discutait une série de vœux qui, transmis à la Commission parlementaire qui examine le projet de M. Siegfried, auraient pour objet de faire créer au ministère du Commerce ou de l'Intérieur une direction de la santé publique. Un jour prochain, sans doute, la *Gazette hebdomadaire* recommencera ses doléances à cet égard et s'efforcera une fois encore de faire comprendre l'intérêt d'une semblable mesure. Je dois reconnaître toutefois que si tout n'est pas pour le mieux dans nos institutions sanitaires, la faute n'en est pas toujours imputable à ceux qui ont la lourde tâche de les diriger.

Vous savez, en effet, quels progrès ont été réalisés dans ces dernières années, grâce surtout à la réorganisation du Comité consultatif d'hygiène et à l'activité qu'impriment à ses travaux son président actuel et le nouvel inspecteur général des services sanitaires. Grâce à eux on s'est efforcé, aujourd'hui que les quarantaines sont jugées inapplicables, de surveiller attentivement nos frontières et d'établir des postes sanitaires partout où l'on était en droit de redouter l'invasion d'une maladie épidémique. Il y a quelques mois la *Gazette hebdomadaire* vous annonçait que des précautions étaient prises contre les provenances d'Autriche-Hongrie et que les trains venant de Vienne étaient l'objet d'une surveillance spéciale. Précédemment elle vous avait informé que tout individu, suspect ou non, était dès son

modifié que pour la forme son avis de 1870, à savoir « qu'il n'y a aucun danger à alcooliser les vins avec des alcools de bonne qualité jusqu'à ce que leur titre ne dépasse pas 10 degrés », ce qui serait le cas pour tous les vins naturels chez lesquels le vinage autorisé à 2 degrés ne déterminerait que ce même titre.

Et cependant il est manifeste, pour tous ceux qui ont assisté à ces débats, que la majorité de l'Académie est hostile à l'alcoolisation factice des vins et que ses membres sont d'accord pour reconnaître que l'alcoolisme constitue actuellement, à tous ses degrés, un véritable danger social.

Les uns estiment qu'en l'état actuel des transactions commerciales garanties par des traités non encore révocables et en présence des déficits persistants de notre récolte vinicole, il est impossible d'empêcher la consommation de vins vinés plus ou moins, même à des degrés incompatibles avec les exigences de la santé; ils ne croient pas que la pureté d'un alcool ajouté au vin puisse être nettement démontrée et qu'un degré faible de vinage puisse être reconnu. D'autres pensent que les alcools impurs restant toujours les moins coûteux, l'industrie privée ne cessera de se servir de ceux-ci, quoi qu'on fasse, dans l'état actuel des choses. On arriverait logiquement ainsi à admettre l'opinion suivante : les falsifications de plus en plus nombreuses des alcools et le titre alcoolique de plus en plus élevé des vins vinés offrent de grands dangers pour la santé publique; la répression de ces falsifications et la constatation de ce fait deviennent de plus en plus difficiles et coûteuses. N'y aurait-il pas alors avantage à ce que l'État ne permît que la consommation d'alcool pur et, pour en avoir la certitude absolue, en monopolisât lui-même la fabrication? L'application de la législation existante sur l'ivrognerie et la surveillance des débits de boissons suffiraient ensuite à en restreindre l'abus autant que possible. Ce sont là des mesures assez difficiles à exécuter par elles-mêmes mais si c'est là ce que l'on veut, les pouvoirs publics ont besoin de s'appuyer sur les opinions nettes et précises de corps savants, compétents et autorisés.

— On connaît les discussions auxquelles a donné lieu l'étude des rapports qui peuvent exister entre la syphilis et le rachitisme. Cette question si complexe vient d'inspirer à M. H. Roger un rapport des plus remarquables qu'on lira avec intérêt au *Bulletin de l'Académie* (voy. aussi p. 801).

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Kyste hydatique du bord supérieur et de la face convexe du foie guéri par simple ponction. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 12 novembre 1886, par M. Millard.

Vous avez encore présent à l'esprit le cas si intéressant et si malheureux de kyste hydatique de la face convexe et du bord supérieur du foie dont notre président, dans notre avant-dernière séance, nous a raconté avec émotion les péripéties et la fin tragique. Permettez-moi de vous entretenir aujourd'hui d'un cas analogue, plus consolant, que j'ai eu occasion d'observer cette année en ville avec M. le docteur Haussmann.

Bien que la marche et la terminaison aient été absolument différentes, vous serez toutefois frappés de ce fait qu'il y a eu au début les mêmes difficultés de diagnostic. Des complications pleurales et péritonéales ont masqué la véritable nature de l'affection et ont fait croire successivement à un début de tuberculose, à une lésion syphilitique, à de la lithiase biliaire, etc., jusqu'à ce qu'enfin, après plusieurs années, le développement considérable de la glande hépatique ait rendu le diagnostic plus facile et m'ait permis de le vérifier d'emblée par une ponction simple et même d'obtenir ainsi une guérison qui jusqu'ici paraît définitive.

Voici l'observation que, sur ma demande, a bien voulu rédiger M. le docteur Haussmann; quoique écourtée, elle retrace bien la marche et la physionomie générale de la maladie.

Obs. — Mme L..., âgée de trente-deux ans, bouchère, me fait appeler dans le courant du mois de juin de l'année 1884, dans la soirée, pour des douleurs de ventre, dont elle souffre depuis plusieurs jours, mais qui jamais n'avaient été aussi violentes, douleurs siégeant à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, irradiant dans le moignon de l'épaule du même côté.

Après un examen sommaire, pensant avoir affaire à un accès de coliques hépatiques, je pratique une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine rapidement suivie de soulagement et de repos.

Le lendemain, nouvelle crise douloureuse, nouvelle injection de morphine, et ainsi de suite pendant quelques jours.

Le calme une fois revenu, j'examine plus attentivement la malade et voici ce que je constate.

Peu de chose à relever dans les antécédents: une fièvre typhoïde à douze ans, trois grossesses à terme, pas de fausses couches; ni alcoolisme, ni syphilis; les règles ont complètement disparu depuis 1882. C'est à cette époque également que le ventre de la malade aurait commencé à grossir.

Et en effet, le foie, dont le volume m'avait déjà frappé à ma

---

arrivée à Paris, soumis à une inspection médicale et que ces mesures étaient prises en vue d'arrêter dès ses débuts une épidémie menaçante. Je n'ai pas à revenir sur ce qui a été prescrit par les autorités sanitaires. Elles ont fait leur devoir. Mais j'ai à mon tour le droit d'affirmer que leurs instructions ne sont pas exécutées. Voici, en effet, ce que m'écrit un médecin dont l'autorité et la compétence en pareille matière sont indéniables, et que je connais assez pour garantir ses informations.

Un voyageur part de ... le 1er octobre dernier. Le 3, il arrive à Vienne. Le soir du même jour il prend le train express pour Paris. Le 4 au soir le train s'arrête à Avricourt. Les douaniers examinent les petits bagages, puis à la porte de sortie on demande à mon voyageur : « D'où venez-vous? — De Vienne. — Alors passez à gauche. » Il va à gauche dans la même salle et se trouve en présence d'un interne des hôpitaux — le délégué officiel de l'administration sanitaire — qui lui pose les questions nécessaires pour s'assurer de son identité, savoir d'où il vient, s'il a visité une contrée plus ou moins contaminée et voir, en même temps, s'il paraît ou non malade. (Laissez-moi, cher confrère, vous faire remarquer entre parenthèses que c'est là tout ce qu'on peut exiger du préposé aux mesures sanitaires. Quelles réclamations si, sous prétexte d'enquête plus approfondie, il retardait la marche du train dit *express !*). Après s'être assuré que le voyageur était assez bien portant d'apparence, ce préposé lui remet un imprimé portant à peu près ceci : « M... venant de ... en bonne santé ... demeurant à... se présentera à la préfecture, de police », et il signe en recommandant au voyageur de se rendre, dès son arrivée à Paris, au bureau de la préfecture, où il devra produire la pièce en question. Il est probable, je le suppose du moins, qu'il transmet de son côté à ladite préfecture et le nom du voyageur et les observations qu'il lui a suggérées.

La personne dont je vous parle est exacte et respectueuse des lois de son pays. Elle arrive à Paris le 5 et s'empresse,

première visite, présente des dimensions réellement colossales, remplissant les deux hypochondres et, distendant le thorax, s'étendant verticalement de la troisième côte jusque dans la fosse iliaque et comprimant le poumon droit de façon à le réduire à la moitié à peine de son volume ordinaire. Pas d'ascite, pas d'ictère; râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons, surtout marqués aux bases; souffle anémique au premier temps et à la base du cœur.

Devant une telle augmentation de volume de l'organe hépatique, en l'absence de tout ictère, je me sentis vraiment embarrassé dans mon diagnostic et me décidai à appeler en consultation le docteur Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière qui, se basant sur les râles mentionnés plus haut, ainsi que sur l'état général de la malade, porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec son pronostic habituel et prescrivit un traitement purement tonique.

La malade recouvra d'ailleurs une partie de ses forces, et au bout de quelque temps pouvait reprendre ses occupations.

Au mois de septembre 1884, nouvelle période de crises douloureuses et nouvelle consultation (le 22 septembre), cette fois avec le docteur Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Malgré l'absence de tout antécédent spécifique et pour ne rien négliger, le docteur Quinquaud prescrit l'iodure de potassium, que l'on continue pendant quelque temps pour revenir ensuite au traitement de la lithiase biliaire (eau de Vichy, perles d'éther et de térébenthine, etc., etc.).

Les douleurs s'apaisent de nouveau, et ma cliente reprend sa place à la caisse de sa boucherie.

Elle avait d'ailleurs profité d'une visite que l'une de ses parentes faisait au docteur Empis pour consulter ce médecin, qui conseilla un séjour à Vichy. Elle ne put s'y rendre.

Cependant le foie conservait ses dimensions, augmentait même de volume; plus de crise très douloureuse comme auparavant, mais des tiraillements plus ou moins gênants dans le ventre, le dos et l'épaule droite; œdème des membres inférieurs et ascite.

Le 1er avril 1886, je me décide à demander l'avis d'un nouveau confrère, et j'appelle en consultation le docteur Millard, médecin de l'hôpital Beaujon.

En examinant la malade, il perçoit presque immédiatement sur la ligne médiane, une sensation assez nette de rénitence et même de fluctuation; il conseille la ponction.

Le 4 avril, il vient la pratiquer avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur de Dieulafoy en un point situé à droite et près de l'appendice xiphoïde, à 2 centimètres environ de la ligne médiane, et il retire 540 grammes d'un liquide clair, limpide, incolore, neutre au papier de tournesol, non albumineux et dans lequel l'examen microscopique décèle la présence de crochets isolés, et même d'un échinocoque armé de sa couronne de crochets (analyse de M. Garnaud, pharmacien, ancien interne en pharmacie).

Le même soir je vais voir la malade, dont le ventre avait été immobilisé avec la ouate et un bandage de corps, et on me rapporte que deux heures environ après notre départ, elle a été prise de frisson, avec claquement des dents et vomissements de matières porracées.

Facies grippé, ventre ballonné, douloureux à la pression, ascite. Pouls faible, fréquent; le thermomètre appliqué dans l'aisselle marque 39 degrés.

Injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, glace, badigeonnage avec le collodion.

Le lendemain 5 avril, la température du matin ne dépasse pas 37°,8, les vomissements ont cessé, la nuit a été calme, mais depuis quelques heures, la malade souffre de démangeaisons presque insupportables occasionnées par une éruption généralisée d'urticaire; glace, grogs et champagne glacés.

Le 6 avril au matin, 37°,5. Le ventre est plus souple, les démangeaisons persistent.

Le soir, 38°,5. Congestion pulmonaire à droite, vésicatoire.

Le 7 avril, 37°,5, l'urticaire a complètement disparu.

Le 8 avril, température normale, état général satisfaisant.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'ascite a disparu ainsi que l'œdème des membres inférieurs, la malade se lève et reprend peu à peu ses occupations habituelles.

Aujourd'hui 10 novembre, plus de sept mois après la ponction, la santé de la malade est parfaite; les règles ont reparu d'une façon régulière, le foie encore volumineux a cependant considérablement diminué; il commence à la cinquième côte et ne dépasse pas l'ombilic; enfin la voussure qui existait à la région épigastrique a maintenant fait place à une dépression.

Chez cette malade le début remontait donc à plus de deux ans, peut-être même à quatre ans, car il est dit que le ventre avait commencé à grossir dès 1882. Le siège de la maladie était le même que chez le malade de M. Guyot, au bord supérieur et à la face convexe du foie, mais combien la marche et les conditions ont été différentes! Chez le jeune officier traité par notre collègue, quelques troubles digestifs vagues et intermittents, jamais d'ictère, pas de tuméfaction appréciable du foie, qui ne déborde jamais les fausses côtes et ne les soulève que vers la fin et dans des proportions presque insensibles; tout se passe vers le diaphragme et vers la plèvre, et ce sont les phénomènes de voisinage, la pleurésie sèche, qui pendant tout le temps absorbent l'attention, déroutent les observateurs, jusqu'à ce que des phénomènes de suppuration finissent par éclairer le diagnostic, et aussitôt l'intervention chirurgicale commencée, éclate une entérorrhagie foudroyante, par suite de l'ouverture du kyste dans le tube digestif. Tout cela s'est passé en neuf mois. C'est là une rapidité exceptionnelle, et il est à présumer, comme le faisait judicieusement remarquer M. Féréol, que, le diagnostic eût-il été fait plus tôt, les conditions anatomiques du kyste n'étaient guère favorables pour obtenir la guérison radicale, malgré les progrès de la chirurgie contemporaine.

Chez notre malade, au contraire, l'évolution se fait heureusement avec une grande lenteur et du côté du ventre plus encore que du côté des organes thoraciques. Le foie augmente rapidement de volume et donne lieu à des crises de douleurs, qui rappellent exactement les coliques hépatiques; le péritoine se prend, et trompé d'une part par la sensibilité et la

---

avant toute installation, de se rendre à la préfecture de police. Elle présente son papier. On lui dit de se rendre, 7, boulevard du Palais. Notre voyageur s'y rend. Il arrive à la porte de la caserne. Le factionnaire lui donne, avec obligeance, les renseignements qu'il doit réclamer une seconde fois : « Traversez deux cours, montez un étage et demandez de nouveau. » Il traverse; il monte et arrive devant une série de portes et de bureaux. Il entre au hasard. Dans l'un d'eux il se trouve en face de deux jeunes gens à qui il présente le billet délivré à Avricourt. Les jeunes commis lisent l'un après l'autre ce laisser-passer du préposé aux mesures sanitaires de la gare d'Avricourt. Ils se regardent d'un air étonné, se consultent à voix basse, puis d'un air dégagé, renvoient notre voyageur en lui disant : « Montez encore un étage. Là-haut ils comprendront peut-être. » Le voyageur monte. Un immense corridor s'ouvre devant lui; il voit des bureaux partout, même ceux du laboratoire municipal. Ne pouvant affirmer qu'il n'ait ingéré aucune substance salicylée, fuchsinée ou frelatée d'une manière quelconque, et craintif comme on l'est quand, en arrivant d'Allemagne, on se trouve en face du laboratoire municipal de Paris, notre correspondant se hâte de se précipiter dans le bureau le plus éloigné du laboratoire. Il représente son papier. « C'est à côté, » lui dit-on. Il entre à côté. On lui dit d'attendre. Il s'assied et attend. La conversation des employés finie, on lui demande ce qui l'amène. Il remontre son papier. Un employé le lit, regarde la signature et sort sans rien dire. Le voyageur qui tombe de fatigue s'endort un instant et devant ses yeux se déroule, avec la rapidité fantastique des rêves, toute la série des tortures qui pourraient en d'autres pays lui être imposées. Il se voit interné dans un pavillon d'isolement comme il l'a été jadis à Constantinople, fumigé comme on l'est encore en Espagne, pourchassé à coup de fourches comme dans les villages d'Italie. Un grand bruit le réveille. Est-ce un bourreau? Non, c'est la porte qui se ferme brusquement. C'est l'employé qui rentre et lui dit: « Ma foi,

tuméfaction abdominale, par les symptômes pleuro-pulmonaires de la base droite, et d'autre part par la suppression prolongée des règles jointe au mauvais état général du sujet, notre collègue Duguet redoute une tuberculose péritonéale et pleurale. Trois mois après, les symptômes inflammatoires du ventre se sont calmés, l'état général s'amende sensiblement; le diagnostic de péritonite tuberculeuse ne peut plus être maintenu. Le foie reste seul en cause avec son volume considérable; M. Quinquaud, malgré l'absence de tout antécédent, se décide par exclusion à admettre une lésion syphilitique et un peu comme pierre de touche, prescrit l'iodure de potassium. Quelque temps après, M. Empis, frappé des coliques si douloureuses du début, admet de préférence la lithiase biliaire avec une énorme congestion hépatique et conseille les alcalins. On s'en tient à ce diagnostic; pendant un an la médication est instituée dans ce sens, et la malade reprend tant bien que mal ses occupations, jusqu'à ce qu'enfin le développement croissant de la tumeur amène successivement de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, une grande fatigue, de l'amaigrissement et le facies caractéristique des affections graves de l'abdomen.

C'est dans ces conditions que j'interviens, appelé comme vous voyez, au moment favorable, deux ans après M. Duguet, quinze mois après MM. Quinquaud et Empis, alors que le kyste avait eu le temps de se développer, faisait une saillie arrondie très appréciable à la région épigastrique et sous les fausses côtes droites, et se révélait enfin par une sensation vague de fluctuation qui invitait à la ponction. Il n'a pas été question du frémissement hydatique parce que nous l'avons vainement cherché et que pour mon compte je le considère comme un signe infidèle et très rare. Ce qui peut paraître surprenant, c'est qu'avec une tuméfaction du foie aussi considérable que celle qui existait déjà en juin 1884, aucun des observateurs qui m'ont précédé ne semble avoir songé au kyste hydatique. Or on sait que de toutes les tumeurs du foie ce sont celles qui acquièrent les plus grandes dimensions. Si un pareil soupçon avait seulement traversé l'esprit, l'attention aurait été éveillée depuis longtemps sur les moindres signes de fluctuation et on aurait pu tenter beaucoup plus tôt des ponctions exploratrices qui eussent permis d'établir le diagnostic.

N'en est-il pas des kystes hydatiques comme de certains états latents et larvés que nous méconnaissons parfois, faute d'y penser suffisamment, et en temps utile, tels que la grossesse, la syphilis, les vers intestinaux, la leucémie, le saturnisme, le diabète et l'albuminurie, pour ne citer que les principaux?

J'attirerai votre attention sur l'ascite et l'œdème des membres inférieurs qui sont signalés par tous les auteurs comme fort rares dans cette maladie et qui résultaient évidemment de la compression des gros troncs veineux par la tumeur.

Ainsi que l'éruption d'urticaire, les accidents de péritonite passagère, qui ont suivi immédiatement la ponction au bout de plusieurs heures, avaient été prévus par nous; ils ont cédé rapidement à l'emploi du collodion sur le ventre et à l'administration de l'opium, en potion et sous forme d'injections morphinées.

Je suis porté à attribuer en partie à la décompression subie par le lobe inférieur du poumon droit, à la suite de l'évacuation du liquide kystique, les accidents de congestion pulmonaire, qui se sont montrés à la base droite le surlendemain de la ponction et qui ont été vite enlevés par un vésicatoire.

Depuis six mois la guérison se maintient et s'affirme chaque jour. Sera-t-elle définitive? Nous n'osons y compter, et par surcroît de précaution, la malade a été présentée sur notre conseil à M. le docteur Terrier, qui a été d'avis de surveiller et d'attendre, et se tiendrait prêt à agir chirurgicalement à la moindre menace de récidive.

Si au contraire ce succès se confirme, ce sera le second que j'aurai observé dans ces dernières années. Déjà en 1879, j'avais eu la chance d'obtenir par la ponction simple la guérison définitive d'un kyste hydatique du foie chez une malade de M. le docteur Chanu à Bellevue et qui, par une analogie au moins bizarre, était elle aussi une ancienne bouchère. Ainsi que cela paraît être décidément la règle, le diagnostic s'était cette fois encore égaré dès le début; nous avions cru primitivement à une congestion hépatique liée à des habitudes anciennes d'alcoolisme, et ce n'est qu'à un second examen pratiqué quelque temps après qu'une fluctuation assez nette nous avait fait recourir à la ponction. La poche était petite et ne se reproduisit pas.

Frappé de la similitude de la profession chez mes deux malades, j'ai dû me demander si l'on n'avait pas signalé, comme pour le ténia, une fréquence plus grande des kystes hydatiques du foie chez les personnes (bouchers, tripiers ou charcutiers), qui font le commerce des viandes et se nourrissent volontiers de chair crue; mes quelques recherches sur ce point ont donné des résultats négatifs.

De l'analyse du fait que je viens de vous exposer, on peut du moins tirer les conclusions suivantes:

1° Les kystes de la face convexe et du bord supérieur du foie sont le plus habituellement impossibles à reconnaître à leur début; ils sont masqués pendant un temps plus ou moins long par des accidents de voisinage, spécialement du côté de la plèvre.

2° Le développement progressif et souvent énorme du foie, l'élévation anormale de la ligne supérieure de matité qui

---

monsieur, puisque vous êtes bien portant, on ira vous voir ces jours-ci. » Le voyageur avait pâli. Le rouge lui monte à la face. Il est sauvé... ou du moins il se sauve, heureux, après toutes ces pérégrinations à travers la préfecture, de se sentir momentanément libre. Rentré chez lui, baigné, réconforté, reposé, il se dit que tout est bien, que la visite annoncée constatera encore son parfait état de santé et que la mesure prescrite a du bon si elle oblige la préfecture à surveiller pendant quelques jours les personnes arrivées de l'étranger. Il attend donc avec impatience le délégué — ce sera sans doute un médecin — qui viendra lui donner l'assurance qu'il est et restera bien portant. Il l'attend deux jours, trois jours, un mois, six semaines. Personne ne vient. Et dès lors il ne peut s'empêcher de dire et de m'écrire pour que je le répète: « Que j'ai donc été naïf de me fatiguer à courir après des employés qui ne m'attendaient pas! Que je me garderai désormais d'obéir aux injonctions des petits papiers qu'on distribue à la frontière! Mais aussi que Paris se trouve bien protégé contre le choléra et que les mesures de prophylaxie internationale sont bien prises! »

Toute plaisanterie à part, ne vous semble-t-il pas, cher confrère, que dans ce cas encore — et il est plus que probable qu'il en est de même tous les jours — ce ne sont pas les institutions qui sont mauvaises, ce ne sont pas les médecins qui sont dans leur tort. Les règlements sont bons. Les délégués sanitaires font leur devoir, mais MM. les employés de la préfecture de police oublient d'obéir. Et le jour où un malade sera atteint du choléra entre Avricourt et Paris et viendra importer la maladie dans un hôtel du boulevard, on dira encore que les règlements sont mauvais et que la faute en est au Comité consultatif ou à l'inspecteur général des services sanitaires! C'est ainsi d'ailleurs que s'écrit l'histoire.

Laissons donc de côté les administrations publiques et parlons un peu, si vous le voulez bien, de deux œuvres nouvelles, dues à l'initiative privée.

correspond à cette glande, la voussure et l'élargissement des espaces intercostaux au dessous du mamelon, la saillie et la rénitence de la région épigastrique, et surtout la sensation plus ou moins nette d'un point fluctuant, sont les principaux signes qui finissent par mettre sur la voie du diagnostic.

3° Une ou plusieurs ponctions simples peuvent non seulement établir l'existence de ces kystes, mais même suffire, dans des cas heureux et exceptionnels, à en amener la guérison.

Permettez-moi, en terminant, de vous présenter un malade, qui semble m'avoir été envoyé tout exprès pour confirmer ces conclusions. Il m'a été adressé il y a quatre jours par le docteur Pioger, de Bois-Colombes qui, avec raison, croit à un kyste hydatique. Tous les signes ici se trouvent en effet réunis et il est vraiment impossible aujourd'hui de porter un autre diagnostic. Mais il n'en a pas été de même pendant longtemps. Cet homme, dont je vous apporte l'observation détaillée, recueillie par M. Barbier, mon interne, est malade depuis quinze mois et c'est tout récemment qu'on semble avoir soupçonné la véritable cause de sa douleur de côté. Il a été vraisemblablement traité pour d'autres affections. Il l'a été sûrement pour une pleurésie sèche, qui est encore actuellement caractérisée par des frottements pleuraux très nets en arrière, car il porte des traces multiples de vésicatoires et de pointes de feu jusque sur l'épaule où se propageaient fréquemment ses souffrances. Pour le dire en passant, cette irradiation des douleurs vers la région scapulaire, est un trait commun à toutes les affections hépatiques et mériterait peut-être d'être utilisé dans les cas obscurs. Je ne puis m'empêcher de vous signaler le goût si prononcé de ce malade pour la viande de bœuf crue, et de me demander encore s'il n'y a pas quelque rapport étiologique à chercher entre cette alimentation et le développement des kystes hydatiques. Quoi qu'il en soit, vous serez immédiatement frappés ici de la dilatation et de la voussure manifestes de la base droite du thorax (la différence avec le côté gauche est de 2 centimètres), de la saillie de la région épigastrique, du volume énorme du foie qui remonte en haut jusqu'au mamelon et descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, du développement anormal du réseau veineux sous-cutané de l'hypochondre, de l'élargissement des espaces intercostaux sous-mamelonnaires, et enfin d'un certain degré d'œdème des membres inférieurs.

A l'épigastre, à 2 centimètres à droite de la ligne médiane et à 6 centimètres au-dessous de la pointe de l'appendice xyphoïde, vous constaterez une petite cicatrice récente d'une ponction blanche, qui a été tentée dimanche dernier par le docteur Pioger. Si elle n'a pas donné de résultat, c'est qu'elle a porté sur un point non fluctuant et à mon sens trop rapproché de la ligne blanche.

Je crois avoir senti et fait sentir à mes élèves un point rénitent et plus nettement fluctuant, situé beaucoup plus à droite, dans le sixième espace intercostal, à 10 centimètres verticalement au-dessous du mamelon et à 11 centimètres de la ligne médiane. C'est là que j'espère être plus heureux et que je compte pratiquer très prochainement une ponction aspiratrice avec les précautions et les soins ultérieurs qui nous ont déjà réussi. J'en rendrai compte à la Société.

Obs. — Le nommé B..., âgé de trente-deux ans, journalier, entré le 8 novembre 1886 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, lit n° 9. Cet homme habite Asnières et est adressé par le docteur Pioger, comme atteint d'un kyste hydatique du foie. Il exerce la profession d'homme de peine dans une imprimerie.

Pas d'autres antécédents morbides qu'une fluxion de poitrine à l'âge de onze ans.

Bonne santé habituelle. Pas de syphilis, ni d'habitudes alcooliques, ni d'impaludisme. Jamais de traumatisme sur la poitrine.

La maladie remonte à quinze mois. Elle a débuté par une douleur de côté, siégeant à droite, s'exaspérant par instants pour disparaître ensuite pendant quelque temps, *s'irradiant vers l'épaule droite*. Il n'y a eu au début ni fièvre, ni toux, ni oppression. Cette douleur a été soignée par des vésicatoires et des applications répétées de pointes de feu, dont il existe des traces sur la partie droite du thorax et sur l'épaule correspondante.

L'appétit avait diminué dans les premiers mois, sans dégoût particulier pour la viande ou la graisse; ce n'est que depuis quelque temps que le besoin de s'alimenter a reparu un peu.

De temps en temps, vomissements alimentaires et bilieux; jamais de crises aiguës, comme celles de la colique hépatique. Jamais d'ictère. Selles normales.

D'autre part, le malade nous apprend que non seulement il aime la viande peu cuite, mais que depuis 1879 il mange très souvent de la viande de bœuf crue, pour se donner de la force, dit-il. Et il y a à peine quinze jours qu'il en a encore fait usage malgré l'avis de son médecin.

Ce malade, qui s'observe mal, n'a pas remarqué si son ventre grossissait, il accuse simplement un certain degré d'amaigrissement.

A l'entrée : homme pâle, assez maigre. Voussure assez marquée de l'épigastre, avec rénitence à ce niveau et écartement de la ligne blanche dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Voussure manifeste de la région antéro-latérale droite du thorax, avec élargissement des espaces intercostaux à ce niveau. Dilatation du réseau veineux sous-cutané du même côté.

Foie. — Matité commençant en haut au niveau du mamelon, et en bas dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Le bord antérieur est lisse et tranchant.

A 10 centimètres directement au-dessous du mamelon et à 11 centimètres de la ligne médiane dans le sixième espace intercostal, on perçoit une sensation vague de fluctuation.

La mensuration du thorax, faite avec soin à ce niveau, donne 45 centimètres pour le côté gauche et 47 centimètres pour le côté droit.

Pas de frémissement hydatique.

En arrière, la matité à la base du thorax, à droite, remonte

Je vous avais annoncé il y a plusieurs mois déjà, l'organisation à Paris, d'une association nouvelle destinée à donner une pension aux médecins en cas de maladie. Tout en faisant quelques réserves non sur le but évidemment charitable mais bien sur les chances de succès d'une semblable entreprise, je vous avais dit que le docteur Gallet-Lagoguey et ses collègues de la Société du dixième arrondissement étaient pleins d'ardeur et d'espérance. J'apprends aujourd'hui que le nombre de leurs adhérents a été assez nombreux pour que l'association puisse se constituer et que, sous peu de jours, elle compte obtenir les autorisations qui lui permettront de fonctionner. Il n'était que juste de signaler ces résultats alors que dans la *Gazette des hôpitaux* on a pu lire tout récemment les avances faites à nos confrères par une Compagnie d'assurances sur la vie. A dire vrai, je crois que si les Compagnies sérieuses voulaient *et pouvaient* fournir toutes les garanties nécessaires à l'assurance en cas de maladie, leur concurrence serait néfaste à l'œuvre que projette M. le docteur Gallet-Lagoguey. Ainsi que bien souvent déjà la *Gazette hebdomadaire* s'est efforcée de l'expliquer, c'est aux Compagnies d'assurances, qui possèdent des capitaux considérables et sont en mesure de faire face à bien des difficultés, qu'il faut s'adresser si l'on veut, par mesure de prévoyance, garantir à ses héritiers une somme un peu considérable et de nature à les mettre à l'abri du besoin. Les assurances en cas de décès devraient donc je le crois, être souscrites par un plus grand nombre de nos confrères qui, en s'y prenant de bonne heure, n'auraient que d'assez faibles sacrifices à faire pour ne point craindre de laisser, en mourant, une femme et des enfants obligés d'avoir recours à la caisse de l'association générale. De son côté, celle-ci pourrait, de temps à autre, venir en aide aux médecins qui, par suite de maladie ou d'embarras momentanés, se trouvent hors d'état de payer leurs primes. Peut-être arriverait-on de la sorte à supprimer bien des misères. Mais tout autre me paraît être la question lorsqu'il s'agit d'indemnités payables

un peu au-dessus du quart inférieur au niveau d'une ligne horizontale qui passerait par le mamelon; à l'auscultation, dimension sensible du murmure vésiculaire et frottements pleuraux très nets.

Pas d'ascite, mais léger œdème des cuisses et des membres inférieurs. Le malade s'est aperçu, il y a environ un mois, que les pieds étaient un peu gonflés le soir. Urines claires: albumine, traces; sucre, 0; urée, 17,934 par litre; sels, 5,22 par litre (chlorures et phosphates); microscope, 0.

Le premier jour, les urines renfermaient un peu d'albumine. Rien au cœur, ni dans le reste de la poitrine.

La veille même de son entrée, le docteur Piogcr a pratiqué à l'épigastre, à 2 centimètres à droite de la ligne médiane, à 6 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, une ponction avec une fine aiguille. Il n'est sorti qu'une goutte de sang. Il n'y a eu aucun symptôme abdominal ou cutané à la suite de cette piqûre, dont on constate seulement la trace.

La rate n'est pas grosse.

Pathologie externe.

NOUVELLES NOTES SUR LE TÉTANOS ÉQUIN ET HUMAIN, par M. le professeur VERNEUIL.

(Suite. — Voycz le numéro 48.)

M. le docteur Pépin (d'Arpajon), qui m'a promis de me fournir des documents sur le tétanos dans la région où il exerce, m'a dit que sur les six ou sept sujets qu'il avait soignés, deux s'étaient blessés en tombant de cheval. L'un était un jeune homme dont le front ayant porté sur le sol présentait une plaie contuse. La lésion était minime, car le lendemain le blessé remonta à cheval, et vint à Paris le surlendemain; mais bientôt il fut pris de tétanos et succomba rapidement.

Je dois à l'obligeance de M. le docteur Combet, qui exerce à Longjumeau, communication de deux cas de tétanos traumatique qu'il a récemment observés.

Premier cas. — X..., dix-sept ans, garçon d'écurie, fut blessé le 7 février 1886. Une roue de charrette passant sur les deux pieds avait enlevé les téguments dorsaux et arraché le petit orteil d'un côté. Pansement phéniqué immédiat et renouvelé le lendemain matin avant le départ du blessé pour l'hôpital de Corbeil. Mort de tétanos environ dix jours plus tard.

Ce garçon couchait toujours dans une écurie de vingt-cinq chevaux, il y avait passé la nuit qui suivit la blessure. Le loueur à qui appartenait cette écurie apprit à M. Combet que vingt-cinq ans auparavant deux chevaux y étaient morts du tétanos à deux ou trois ans d'intervalle, mais que depuis on n'en avait pas vu de cas nouveaux.

Deuxième cas. — X..., vingt ans, domestique, habitant chez un cultivateur de Ballainvilliers, commune située à trois kilomètres de Longjumeau, eut, eu juillet 1886, le pied légèrement froissé par son cheval. Il en résulta uue contusion légère de la face dorsale du pied, avec plaie superficielle, large comme une pièce d'un franc, sur le gros orteil.

Grâce aux pansements phéniqués, la plaie, au bout de cinq jours, était en pleine cicatrisation. Mais vers le huitième jour M. Combet, appelé auprès de ce garçon qui se croyait atteint d'esquinancie, constata du trismus et de la raideur à la nuque.

Transporté immédiatement à l'hôpital de Corbeil, situé à seize kilomètres, X... succomba au tétanos au bout de vingt-quatre heures. Il couchait, lui aussi, dans une pièce en communication directe avec une écurie de deux chevaux.

Il est bon de noter qu'à Ballainvilliers, il y a sept ans, un cbeval est mort de tétanos dans une écurie située à 500 mètres environ du domicile du cultivateur précité.

Enfin, d'après le vétérinaire de la localité, il y aurait eu plusieurs cas de tétanos équin sept ou huit ans auparavant, alors qu'un vieux vétérinaire pratiquait la castration par torsion et non point avec les casseaux.

Ces faits de tétanos consécutifs à des chutes de cheval ou à des accidents de voiture présentent un intérêt particulier. Ils sont d'abord assez fréquents pour qu'on soit en droit d'admettre que le cheval y joue un rôle étiologique important; de plus, ils serviront bientôt au débat qui ne tardera pas à s'ouvrir entre les partisans de la provenance tellurique et ceux de l'origine équine du tétanos. A mon sens, on pourra mettre grâce à eux les plaideurs d'accord, en accordant aux premiers que la terre, au sens littéral du mot, terre des routes, des rues et des champs peut infecter les plaies et les inoculer, mais à la condition qu'elle aura été préalablement elle-même imprégnée des germes tétaniques fournis directement ou indirectement par le cheval. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer l'étiologie du tétanos dans le cas suivant, recueilli par mon élève et ami le professeur Jeannel, de Toulouse, que je trouve toujours prêt à m'aider dans mes recherches.

Obs. — *Plaie de tête superficielle, consécutive à une chute et pansée avec de la terre de route; putridité locale; tétanos; mort.* — Le 17 juin 1886, entra à l'hôpital de Toulouse, Marguerite G..., ménagère, de soixante-dix ans, atteinte de plaie contuse de la région occipitale. Cette femme, blessée en tombant sur des pierres, huit jours auparavant, n'avait ressenti qu'un peu d'étourdissement passager. La plaie saignante fut lavée et pansée avec de la terre prise sur place, c'est-à-dire sur une des grandes routes de la banlieue de Toulouse. Ce n'est que la veille de son admission à l'hôpital que Marguerite fut atteinte d'accidents nerveux.

Entrée à dix heures du matin, je la vis à quatre heures et demie du soir. J'appris alors par la surveillante du service qu'à trois reprises dans la journée la malade avait été prise de suffocation

---

en cas de maladie. Il faudra, dans ce cas, des visites multiples destinées à constater l'état d'incapacité absolue de travail du médecin. La Compagnie exigera des garanties, soulèvera des objections et bien souvent l'indemnité ne sera pas payée sans contestation ou procès. Il suffit de voir d'un peu près ce qui se passe dans les Compagnies d'assurances contre les accidents pour être bien certain que l'assurance en cas de maladie exposera toujours à toutes sortes d'ennuis. Une Société médicale analogue à celle que va diriger M. Gallet-Lagoguey, sera certainement plus en état de régler équitablement les indemmités qui lui seront réclamées. D'après les calculs minutieux qui ont été faits, les promoteurs de cette nouvelle association espèrent constituer rapidement une réserve suffisante pour assurer d'une façon définitive le payement de ces indemnités et donner de plus au décès des associés une allocation assez élevée aux veuves et aux orphelins. Je souhaite de tout cœur qu'il en soit ainsi.

Et puisque je suis amené à vous parler de ce projet, laissez-moi, cher confrère, vous entretenir d'une œuvre non moins digne de notre sollicitude, car elle est exclusivement charitable. C'est l'*œuvre de protection des pupilles du corps médical*, dont je trouve les statuts provisoires dans l'un des derniers numéros du *Concours médical*. A diverses reprises, je vous ai parlé ici même de la Société fondée, il y a huit ans, par le docteur Cézilly et des œuvres diverses qu'elle a successivement créées. J'aurai à y revenir sans doute à l'occasion des rapports qui viennent d'être lus à l'assemblée générale de l'*Union des syndicats médicaux*. Pour aujourd'hui, je me bornerai à vous citer les paroles de notre dévoué confrère. A quelque point de vue qu'on se place, on ne peut que souhaiter le succès de cette bienfaisante entreprise. C'est parmi les médecins, a dit M. Cézilly, que se rencontrent le plus fréquemment, à l'honneur de notre profession, les véritables *victimes du devoir*. C'est donc à venir en aide à leurs enfants quand ils restent sans fortune et sans appui que devront toujours s'appliquer ceux qui ont le bonheur de

et de raideur du cou alors qu'on cherchait à la soulever dans son lit; mais que chaque fois qu'on avait voulu la faire boire, sa mâchoire inférieure s'était violemment relevée et ses dents s'étaient fortement serrées. Du reste, elle remuait bien les bras et les jambes et n'avait pas eu de convulsions générales. La plaie de l'occiput était contuse, superficielle, recouverte d'une matière pultacée, putride, incluse sous une croûte épaisse formée de sang, de cheveux et de terre, mesurant transversalement 3 centimètres et 1 centimètre d'épaisseur, sans dénudation ni déformation de l'os sous-jacent. Rien n'autorisait à admettre une fracture du crâne. Du reste, le trismus, la raideur du cou, le spasme pharyngien et thoracique, la respiration rapide et superficielle, et enfin quelques crampes dans les bras indiquaient assez qu'il s'agissait du tétanos. La plaie, qui dégageait une odeur infecte, fut soigneusement lavée à l'eau phéniquée à 5 pour 100, les cheveux exactement rasés tout autour et raclés; un pansement à l'iodoforme fut appliqué. Je prescrivis l'isolement, le silence, l'immobilité et la chaleur constante, puis une potion contenant 6 grammes de chloral, à prendre par cuillerées tous les quarts d'heure.

Malheureusement il était trop tard, les muscles respirateurs se trouvant violemment pris dès le début. La malade mourut dans la nuit avant d'avoir terminé sa première potion. L'autopsie resta absolument négative.

La moelle fut recueillie, pilée dans un mortier avec un peu d'eau. Le liquide ainsi obtenu fut filtré, réduit à feu doux et injecté sans résultat sous la peau d'un lapin.

J'avais d'abord résolu d'agiter cette question d'origine avec M. Ricochon, en réponse à son intéressant travail, mais je crois qu'il est préférable d'attendre de nouvelles informations, qui rendront la discussion plus précise et plus substantielle.

C'est pour la même raison que je ne réponds pas aujourd'hui à mon honorable et sympathique confrère le docteur Saint-Vel. S'il veut bien convenir avec moi que les renseignements sur le tétanos à bord des navires sont incohérents et contradictoires, il comprendra la nécessité de faire une nouvelle enquête (de laquelle, soit dit en passant, a bien voulu se charger un jeune chirurgien de marine des plus distingués).

Pour aujourd'hui, étudions le tétanos à terre; si nous arrivons à démontrer sa nature virulente et sa provenance tellurique ou animale, il nous faudra bien admettre la même origine pour tous les cas, quand bien même ils apparaîtraient dans la mâture d'un navire de guerre. La tâche se réduirait à découvrir, si nombreux qu'ils puissent être, les intermédiaires entre le cheval et le matelot blessé.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Procédé d'augmentation de la virulence normale du microbe du charbon symptomatique et de restitution de l'activité primitive après atténuation. Note de MM. *Arloing* et *Cornevin*. — Il ne s'agit plus aujourd'hui, comme dans les précédentes études de MM. Arloing et Cornevin, des moyens d'atténuer le virus du charbon symptomatique et de le rendre vaccinal, mais bien, au contraire, de procédés capables d'augmenter l'activité de ce virus et de la lui restituer lorsqu'elle a été atténuée.

Après avoir posé tout d'abord en principe qu'on peut communiquer à ce virus une activité supérieure à celle qu'on lui connaît habituellement, les deux auteurs ont eu recours à l'acide lactique, en procédant de la manière suivante : On additionne le virus dont on veut activer les propriétés pathogènes d'un cinquième d'acide lactique, et on laisse le mélange en contact pendant vingt-quatre heures avant d'inoculer. On obtient ainsi un virus dont l'énergie normale est au moins doublée. Si l'on verse, dans ce mélange, un peu d'eau additionnée d'un sucre très fermentescible, et qu'on pratique des inoculations après le temps de contact indiqué, on communique au virus une activité maximum, ainsi que le prouvent les résultats de l'expérimentation sur des cobayes. En effet, ces animaux ainsi inoculés meurent entre la douzième et la quinzième heure, tandis que des inoculations faites avec le liquide virulent ordinaire les tuent entre la quarantième et la cinquantième heure seulement.

MM. Arloing et Cornevin ont recherché ensuite si l'on pouvait restituer à ce contage sa virulence première lorsqu'il a été atténué par l'un des divers procédés qu'ils ont autrefois déterminés. On sait déjà qu'on peut y parvenir en le faisant passer par l'organisme d'un cobaye qui vient de naître. Or leurs nouvelles expériences leur ont montré que l'on obtenait aussi la même restitution en agissant directement sur le vaccin par l'acide lactique. Il suffit d'ajouter à l'eau dans laquelle on délaye le vaccin charbonneux, pour l'emploi médical, un cinquième en volume de cet acide, et de laisser en contact pendant un laps de temps égal à celui du chauffage nécessaire à l'atténuation, soit six heures. L'inoculation du virus traité de cette manière n'est plus vaccinale, elle détermine sûrement la maladie charbonneuse mortelle. Le virus affaibli spontanément dans le sol arable par l'action naturelle des agents physiques peut également être régénéré par l'acide lactique. Une fois la virulence récupérée, elle se conserve avec son activité normale, et produit invariable-

---

pouvoir être considérés comme les heureux de la profession. Or nous avons été déjà devancés dans cette voie humanitaire par l'Italie. Une loi du 14 avril 1864 déclare que les veuves et les enfants des médecins et chirurgiens non fonctionnaires de l'Etat qui, envoyés par le gouvernement dans les localités où sévissent des épidémies, auraient succombé à cause de l'assistance donnée aux malades, auront droit à une pension de 400 à 600, 800 ou 1000 livres, suivant que ces médecins auront laissé une veuve ou une veuve et plusieurs enfants mineurs. M. Cézilly ne demande pas une loi nouvelle; mais il propose la formation d'un comité, dont les pupilles seraient les femmes, enfants ou ascendants des médecins, pauvres ou riches, morts victimes du devoir professionnel. L'assistance du comité se traduira par les avantages que peut procurer au pupille l'influence sociale des membres du comité. Celui-ci prendra les mesures nécessaires pour procurer à l'œuvre les souscriptions de membres bienfaiteurs. Enfin le comité recherchera ultérieurement les moyens de faire voter par les Chambres françaises une loi analogue à celle qui a été promulguée en 1864 par les Chambres italiennes en faveur des médecins victimes des épidémies.

D'après ce que M. le docteur Cézilly annonçait récemment à ses collègues du *Concours médical*, la liste des membres de ce comité est déjà à peu près arrêtée et les statuts définitifs de l'œuvre sont presque rédigés.

Je n'ai pas hésité, mon cher confrère, à vous la signaler tout de suite. Elle est de celles, je le répète, qui méritent l'adhésion de tous les médecins.

Consultations gratuites. — Des consultations gratuites pour les maladies des yeux seront organisées en faveur des indigents, à la mairie du Luxembourg (place Saint-Sulpice), à partir du 4 décembre prochain. — Ces consultations, qui seront faites par M. le docteur Ad. Piéchaud, inspecteur des Écoles, auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à une heure.

ment ses conséquences fatales tant que les causes habituelles d'atténuation ne viennent point à faire sentir leur action.

Les expériences de MM. Arloing et Cornevin concourent probablement à expliquer la plus grande fréquence du charbon symptomatique dans les pays d'industrie laitière comparativement à ceux d'élevage et d'engraissement, les germes charbonneux étant plus exposés à être soumis au contact de l'acide lactique dans les premiers que dans les seconds.

CONDITIONS FAVORISANT LA RÉGÉNÉRATION DES ÉLÉMENTS DE LA CORNÉE TRANSPARENTE. Note de M. *Gillet de Grandmont*. — Telle est la question que l'auteur a cherché à résoudre par des expériences sur les animaux, en soumettant deux séries de lapins à des traumatismes identiques de la cornée et en les traitant différemment. En effet, la première série a été traitée par tous les topiques les plus irritants, considérés autrefois comme favorisant la cicatrisation cornéenne. Le résultat immédiat a été la production d'ulcères suppurants et le résultat final la formation de taies opaques. Chez les animaux de la seconde série, loin de chercher à entretenir la suppuration lorsqu'elle est bien établie, M. Gillet de Grandmont l'a combattue énergiquement par les sels d'hydrargyre (bichlorure en solution au 1/1000e, biiodure au 1/20000e). Le résultat a été la formation de cicatrices translucides non adhérentes à l'iris. D'où l'on doit conclure que la médication qui favorise le mieux la régénération intégrale des éléments cornéens avec stratification transparente repose sur les trois facteurs : suppression de la suppuration, repos de l'organe, absence de toute intervention irritante, et que, dans ces conditions, tant que le sphacèle a épargné quelques éléments constitutifs de la cornée, tant que l'œil ne s'est point vidé, on peut espérer la restauration de la cornée et le retour des fonctions de l'organe.

ESSAIS DE VACCINATION ANTI-TUBERCULEUSE. Note de M. *Vittorio Cavagnis*. — Les expériences faites par l'auteur sur des cobayes, en imitant la méthode de M. Pasteur, consistant en des inoculations d'abord tout à fait inactives, puis faibles, enfin graduellement de plus en plus virulentes, lui ont donné les résultats suivants: L'inoculation d'une matière tuberculeuse, d'abord dépouillée de toute virulence, puis douée d'une virulence spécifique faible et enfin complètement active, n'a pas déterminé le développement de la tuberculose chez un cobaye et chez trois lapins. Sur un des deux cobayes ainsi traités, l'inoculation faite avec la même matière tuberculeuse non modifiée s'est montrée beaucoup moins infectieuse que dans les conditions ordinaires.

D'autre part, parmi plusieurs douzaines de cobayes et de lapins qu'il a inoculés avec des crachats tuberculeux naturels, c'est-à-dire non modifiés par des agents physiques ou chimiques, un cobaye et trois lapins ont été les seuls qui soient restés exempts de tuberculose. L'auteur poursuit ses recherches dans le but de savoir si la vaccination pastorienne est vraiment applicable à la tuberculose.

COMITÉ SECRET. — La section d'anatomie et zoologie a présenté, dans l'ordre suivant, les candidats à la place devenue vacante par suite du décès de M. Milne Edwards :

En première ligne: M. Sappey; en deuxième ligne: M. Dareste; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique: MM. Filhol, Périer, Ranvier; en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

LA GLYCOSE, LA GLYCOGÈNE, LA GLYCOGÉNIE EN RAPPORTS AVEC LA PRODUCTION DE LA CHALEUR ET DU TRAVAIL MÉCANIQUE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE. DE LA CALORIFICATION DANS LES ORGANES EN TRAVAIL. Note de M. *A. Chauveau*. — Les combustions organiques, source de l'énergie et de toute activité dans l'économie animale, ont déjà fait l'objet d'un certain nombre d'études. On a recherché les modifications qui surviennent pendant le travail, soit dans le sang des organes, soit dans les organes eux-mêmes. Ces recherches ont donné d'intéressants résultats; mais il est difficile d'en apprécier exactement la valeur. De plus, il y a des faits de première importance qui ne peuvent être étudiés que dans les conditions mêmes de la véritable activité physiologique des organes.

Ce sont ces considérations qui ont déterminé M. *Chauveau* à recourir, avec la collaboration de M. *Kauffmann*, à des expériences nouvelles, malgré les difficultés qu'elles présentent. Ils se sont adressés à deux fonctions naturelles, s'exerçant simultanément, la *mastication* et l'*insalivation*, fonctions qu'il est loisible de provoquer ou de faire cesser à volonté, en offrant ou en retirant les aliments aux animaux. Et ce sont le *muscle masséter* et la *glande parotide* qui leur ont servi à étudier la calorification pendant le travail physiologique, comparativement à l'état de repos. Les animaux sur lesquels ils ont expérimenté, sont la vache et surtout le cheval. Avec beaucoup d'exercice et de patience, ils ont réussi, à obtenir, dans des conditions de parfaite exactitude, tous les faits dont ils avaient besoin. Aussi leur est-il maintenant possible de faire connaître les résultats d'une étude — la première qui ait été faite — des combustions organiques pendant le travail vraiment physiologique des organes. Elle leur a permis de déterminer l'influence que ce travail physiologique exerce sur les rapports constatés pendant le repos des organes entre les combustions organiques et la consommation de la glycose. Voici d'ailleurs la formule générale qui exprime la nature de cette influence :

« Pendant le travail qui s'accomplit dans les organes en état d'activité physiologique, la quantité de glycose qui disparaît dans le système capillaire devient plus considérable et est proportionnée à la suractivité des combustions excitées par la mise en jeu des organes, c'est-à-dire qu'il y a peu de sucre consommé en plus dans les organes où ces combustions sont peu augmentées, comme dans les glandes, et qu'il y en a beaucoup dans les organes comme les muscles, où la suractivité des combustions est grande. »

La conclusion des recherches de MM. Chauveau et Kaufmann est que dans les glandes comme dans les muscles, on voit le travail des organes activer la destruction de la glycose proportionnellement à la suractivité des combustions dont ils sont le siège. Là où le travail n'entraîne qu'une faible transformation d'énergie et où les combustions s'activent à peine, il y a à peine aussi augmentation du sucre consommé. Là où le travail s'accompagne d'une suractivité considérable des combustions, la disparition du sucre devient également considérable.

Ces résultats démontrent péremptoirement le rôle important joué par la glycose dans la production de la chaleur et du travail.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. *A. Petit* et *Prunier* et M. le docteur *Beauregard* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Roussel* (de Genève) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*, renfermant une *Note* sur *les injections hypodermiques*. (*Accepté*.)

M. le docteur *Daremberg* envoie la photographie d'une difformité congénitale de la main gauche chez une fille de quatorze ans.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Snyers* (de Liège), un ouvrage intitulé : *Pathologie des néphrites chroniques;* 2° de la part de M. le docteur *Fazio* (de Naples), un volume ayant pour titre: *Trattato d'igiene*.

M. *Armand Gautier* présente un *Traité d'administration hospitalière*, par M. *Cros-Mayrevieille*.

M. *Larrey* offre : 1° au nom de M. le docteur *de Brun* (à Beyrouth), sa *Leçon d'ouverture du cours de pathologie médicale;* 2° de la part de M. *de Nadaillac*, un mémoire sur *les trépanations préhistoriques*.

M. *Lancereaux* dépose deux brochures de M. le docteur *Lavielle* sur *les beues de Dax*.

M. *Panas* présente un *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants*, par MM. les docteurs *de Saint-Germain* et *Valude*.

M. *Maurice Perrin* offre, au nom de M. le docteur *Chavasse*, un ouvrage intitulé : *Nouveaux éléments de petite chirurgie* et deux mémoires, l'un sur *les luxations tarso-métatarsiennes* et l'autre sur *les contusions et ruptures de l'intestin*.

M. *Léon Labbée* présente une note de M. le docteur *Vacher* (d'Orléans) sur *le tatouage coloré de la cornée*.

M. *Jungfleisch* offre, au nom de M. *Berthelot* et au sien, leur *Traité élémentaire de chimie organique*, et de la part de M. *Bourquelot*, deux brochures l'une sur *les propriétés physiologiques du maltose* et l'autre sur *la fermentation alcoolique d'un mélange de deux sucres*.

M. *Léon Labbé* présente, au nom de M. le docteur *Salet* (de Saint-Germain-en-Laye), un appareil destiné à remplacer la compresse dans les amputations des membres.

Rachitisme et syphilis. — La question posée pour le concours du prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance en 1886 portait : *Rachitisme et syphilis héréditaire;* au nom de la Commission, M. *Henri Roger* fait connaître les résultats de ce concours, auquel neuf mémoires ont pris part. On sait que, d'après Parrot, tous les enfants atteints de rachitisme seraient entachés de syphilis présente ou passée; telle n'est pas l'opinion qui se dégage de ces mémoires. D'une part les nécropsies démontrent que, si dans quelques cas l'on rencontre sur le même sujet les lésions osseuses des deux maladies, dans un beaucoup plus grand nombre le rachitisme apparaît pur de tout alliage spécifique, c'est-à-dire sans aucune trace de syphilis osseuse, viscérale, cutanée. D'autre part, les signes de la syphilis active ou éteinte, signes nouveaux que Parrot a donnés à l'appui de l'unicité de la cause du rachitisme, sont loin d'avoir une égale valeur diagnostique; si quelques lésions sont presque pathognomoniques, le crânio-tabes, les déformes du crâne natiforme, par exemple, d'autres au contraire sont plus ou moins douteuses, comme la glossite desquamative. Il en est de même pour les cicatrices cutanées persistantes, indélébiles, auxquelles Parrot attachait tant d'importance; celles du limbe labial et quelques-unes à la région fessière, etc., ont des caractères spécifiques, mais beaucoup d'autres n'ont aucune signification ou sont méconnaissables; de même encore pour les altérations dentaires dès la première dentition. Il faut enfin noter la rareté de la syphilis comparée à la fréquence du rachitisme, constatée par tous les auteurs des mémoires analysés, sauf un.

Hygiène de l'enfance. — M. *de Villiers* lit un rapport sur un certain nombre de travaux envoyés à la Commission de l'hygiène de l'enfance pour les prix de 1886; ces mémoires se rapportent en particulier à la protection des enfants du premier âge et à l'hygiène scolaire ; ils n'offrent rien de particulier.

Alcoolisation des vins. — La discussion sur le vinage se termine, après une discussion très mouvementée, par l'adoption des nouvelles conclusions suivantes, proposées par le rapporteur de la Commission, M. *Rochard :* « L'Académie de médecine, se plaçant au point de vue de l'hygiène, déclare : 1° le vinage ou alcoolisation des vins, à l'aide d'alcool pur et ne dépassant pas deux degrés, peut être toléré ; mais, en dehors de ces conditions, il doit être absolument interdit; 2° le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et souvent par la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin, mais encore parce qu'il permet de pratiquer le mouillage qui est, à la fois, une fraude et une falsification ; 3° les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs ; 4° l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des débits de boissons, de les réglementer et d'appliquer les lois répressives de l'ivrognerie. »

La première de ces conclusions a seule donné lieu à un débat assez vif; deux membres ont voté contre elle et plusieurs se sont abstenus. M. *Armand Gautier* ayant demandé qu'il n'y fût question que des vins marquant moins de 10 degrés, 19 voix contre 15 se sont d'abord associées à cette proposition, puis, sur la remarque faite par MM. *E. Besnier* et *Brouardel* que ce côté de la question n'avait pas encore été discuté, un nouveau scrutin l'a rejetée par 24 voix contre 20.

Une controverse s'est produite entre MM. *Riche* et *Armand Gautier*, le premier déclarant qu'il était impossible de s'assurer que le vinage ne dépasse pas 2 degrés et que cet alcool est pur; le second, admettant qu'au delà de 3 degrés la précision est suffisante.

M. *Vallin*, d'autre part, n'a pu faire admettre qu'il soit nécessaire de déterminer le titre total que le vin viné ne devra pas dépasser, sous peine en laissant ajouter 2 degrés qu'on puisse viner à 16 degrés du vin marquant déjà 14 degrés. M. *Gallard* enfin a proposé sans succès de dire que, l'Académie se plaçant, comme en 1870, au point de vue exclusif de l'hygiène, est toujours d'avis que le vinage, consistant dans l'addition à un vin naturel d'une certaine quantité d'alcool parfaitement pur, est une opération qui n'expose à aucun danger la santé du consommateur, si la quantité d'alcool ajouté ne donne pas aux vins ainsi traités une force alcoolique supérieure à celle des vins naturels.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques du foie : MM. Millard, Sevestre, Ferrand, Gallard, Dieulafoy, E. Labbé. — De l'oxydation dans le traitement des pyrexies et en particulier de la fièvre typhoïde : M. A. Robin. — Fibres végétales simulant des vers intestinaux : M. Laboulbène.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Millard* fait savoir à ses collègues qu'il a ponctionné à deux reprises le malade qu'il leur avait présenté dans la séance précédente. La ponction, faite le *vide à la main*, avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy, a porté dans le point qui paraissait profondément fluctuant; mais elle n'a donné issue à aucun liquide. Cinq jours plus tard une troisième ponction fut pratiquée par M. Ch. Monod avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain, enfoncé très profondément : même résultat négatif. Ces ponctions blanches n'ont eu, d'ailleurs, aucune conséquence fâcheuse pour le malade, qui paraît même éprouver moins de douleurs dans le côté droit. Les signes physiques restent les mêmes, et M. Millard se réserve de renouveler ses tentatives d'évacuation du kyste du foie.

M. *Sevestre* a vu, en 1872, dans le service de Jaccoud dont il était alors interne, la ponction simple amener la guérison d'un volumineux kyste hydatique du foie chez une femme. Un an après, la guérison ne s'était pas démentie. En 1876, il assista M. Duguet pour une semblable opération chez une petite fille d'une dizaine d'années : la guérison persistait plusieurs années après. En 1881, il reçut dans son service, à l'hôpital Tenon, un homme de trente-cinq ans, cordonnier, atteint d'une tumeur abdominale s'étant révélée au malade depuis trois mois par des douleurs et des troubles digestifs, mais datant évidemment d'une époque plus éloignée. L'examen méthodique permit de reconnaître une tumeur attenant au foie, globuleuse, mate, rénitente en un point, et descendant vers le flanc gauche jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il n'y avait pas d'ictère; l'état général demeurait assez satisfaisant. Le diagnostic de kyste hydatique fut formulé, et, pour remédier aux troubles digestifs et aux vomissements répétés, on pratiqua la ponction capillaire avec l'aiguille n° 1 de l'appareil

Potain. On avait, au préalable, fait au malade une injection hypodermique de 1 centigramme de morphine, et, pour n'avoir pas à le remuer après l'opération, on avait passé à l'avance sous son dos un bandage de corps. Cette ponction donna issue à 500 centimètres cubes de liquide brun, renfermant des globules sanguins mais pas de crochets. L'aspiration avait été poussée aussi loin que possible pour vider entièrement la poche. Aucun accident ne se produisit, mais la tumeur, affaissée dans le point où avait porté la ponction, restait encore volumineuse et saillante vers le flanc gauche. Convaincu de l'existence d'une autre poche, M. Sevestre pratiqua une seconde ponction, quinze jours plus tard, avec les mêmes précautions; il retira 1900 centimètres cubes d'un liquide brunâtre renfermant du pigment biliaire. La tumeur s'affaissa presque complètement; l'amélioration rapide s'accentua d'une façon continue, et, deux mois après, la guérison semblait complète. M. Sevestre rapporte également l'observation d'un homme auquel il a donné ses soins à l'hôpital Saint-Antoine, en 1883, et qui était atteint de kystes hydatiques multiples de la rate. Après une première ponction qui donna issue à 2400 centimètres cubes d'un liquide clair, non albumineux, renfermant des débris d'échinocoques, le malade, d'abord soulagé pendant quelque temps, fut pris d'une pleurésie droite, puis d'une sorte de vomique contenant des hydatides. Quelques mois plus tard, une nouvelle ponction fut nécessaire au niveau de la tumeur abdominale, et, si le malade ne fut pas guéri, du moins il n'éprouva aucun accident des suites de cette nouvelle opération. En résumé, la ponction des kystes hydatiques abdominaux offre une innocuité complète, et peut être parfois d'une réelle efficacité, à condition : 1° d'opérer selon les règles antiseptiques; 2° d'évacuer *complètement* le liquide du kyste; 3° d'immobiliser entièrement le malade, au moins pendant la première journée.

M. *Ferrand* a publié en 1874 l'observation d'un malade chez lequel, après une première ponction ayant amené l'issue d'un liquide limpide, non albumineux, et l'affaissement d'une partie de la tumeur hépatique, persistait encore une autre portion volumineuse de la tumeur située vers le flanc gauche. Il pratiqua en ce point une nouvelle ponction sans résultat, puis se décida à employer la méthode de Récamier. Il arriva ainsi dans un kyste d'où il put extraire une pleine cuvette d'hydatides. Le malade guérit. On voit que la ponction peut ne pas toujours donner des renseignements bien certains.

M. *Gallard* a pratiqué autrefois, à la Pitié, avec l'aide de M. Richet, deux ponctions successives chez un malade qui paraissait manifestement atteint de kyste hydatique du foie, sans obtenir l'issue d'aucun liquide. Ces ponctions avaient été faites avec le gros trocart à paracentèse, par suite de la crainte qu'inspirait à ce moment la ponction capillaire exploratrice. Le malade se cachectisa de plus en plus et finit par succomber; or, à l'autopsie, on reconnut qu'il existait deux kystes hydatiques du foie séparés par un pont de tissu sain, et que c'était précisément dans l'épaisseur de cette sorte de cloison qu'avaient porté les deux coups de trocart. On voit donc quelle est l'innocuité des ponctions hépatiques, et aussi combien est infidèle ce mode d'exploration. Dernièrement, il a inutilement ponctionné plusieurs fois, à divers intervalles, un homme de quarante ans, porteur d'une tumeur hépatique arrondie, indolente et rénitente, datant de deux ans; le malade n'est pas cachectique ; ce n'est pas un cancer, mais personne n'a pu jusqu'ici arriver à un diagnostic ferme dans ce cas, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un kyste.

M. *Dieulafoy* partage entièrement l'opinion émise sur l'innocuité des ponctions dans les kystes hydatiques, lorsque les précautions antiseptiques sont prises; il croit, d'autre part, qu'elles sont très souvent efficaces et que, dans bien des cas, la prétendue récidive n'est que le développement d'un nouveau kyste à côté du premier. Il relate deux observations dans lesquelles on voit, comme chez le malade de M. Millard, la ponction être suivie de phénomènes péritonitiques alarmants, puis d'urticaire, et la santé se rétablir rapidement. Il fait remarquer qu'en pareil cas, bien que les accidents semblent s'annoncer d'une façon inquiétante, il ne faut s'en préoccuper que médiocrement; il s'agit le plus ordinairement de péritonisme, et l'apparition de l'urticaire annonce l'amélioration définitive. Il a vu une fois l'urticaire limitée à la moitié droite du corps; d'autre part, il a observé qu'elle ne se développe qu'après la première ponction et jamais aux suivantes.

M. *E. Labbé* rappelle que l'on admet ordinairement le contact du liquide hydatique avec une séreuse, et en particulier le péritoine, comme cause de l'urticaire. Il a vu, à la maison municipale de santé, avec M. Féréol, un cas où l'apparition spontanée de l'urticaire a permis de penser que le kyste s'était rompu dans le péritoine; et M. Féréol a, d'autre part, publié une observation analogue, dans laquelle la ponction de l'abdomen a confirmé le diagnostic. M. E. Labbé insiste à nouveau sur l'importance de la pleurite sèche pour le diagnostic du kyste hydatique du foie et de son siége précis. Quant à l'innocuité des ponctions, il ne la met pas en doute, mais il est moins convaincu de leur efficacité thérapeutique : M. Dieulafoy lui-même n'a-t-il pas pratiqué plus de 300 ponctions sur une même malade? Pour lui, si la seconde ponction donne un liquide limpide non albumineux indiquant que les échinocoques sont encore vivantes, il juge opportun d'intervenir soit par une injection destinée à faire périr les échinocoques, soit par la laparotomie. Il peut y avoir de graves inconvénients à temporiser plus longtemps.

M. *Dieulafoy* n'ignore pas l'interprétation donnée par Finsen de l'apparition de l'urticaire dans le cas de kyste hydatique; mais il n'est nullement prouvé que cette loi soit absolue et que l'urticaire ne puisse se produire d'une autre façon. Quant aux 300 ponctions qui lui ont été déjà reprochées plus d'une fois, il fait remarquer que le fait remonte à l'époque de ses premiers essais relatifs à la méthode aspiratrice.

— M. *A. Robin* lit un mémoire intitulé : *Une nouvelle méthode thérapeutique. De l'oxydation dans le traitement des pyrexies et en particulier de la fièvre typhoïde.* (*Sera publié.*)

— M. *Laboulbène* montre une préparation microscopique permettant de reconnaître très nettement la nature végétale de filaments vermiformes qui lui ont été remis par M. Lereboullet. Ces filaments, rendus avec les matières par un enfant de douze ans, simulaient au premier abord des tricocéphales un peu longs et enchevêtrés. Chez cet enfant, atteint d'ailleurs de troubles gastro-intestinaux, la digestion des fibres végétales contenues dans les aliments ne peut évidemment plus s'opérer ; son intestin les dissèque, les rouit pour ainsi dire, mais ne les digère pas : on les retrouve composant des pelotons mélangés aux selles.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Tumeur vasculaire de l'ombilic: M. Colombes (de Lisieux). — Ablation de deux épithéliomes de la muqueuse buccale: M. Piéchaud (de Bordeaux). — Épithéliome lingual avec adhérence au maxillaire inférieur. Résection partielle de la mâchoire: M. Verneuil. — De la suture enchevillée: M. M. Sée.

M. *Lucas-Championnière* fait hommage à la Société de son ouvrage intitulé : *De la cure radicale des hernies.* Les

deux plus anciennes opérations relatées dans ce livre datent de cinq ans; depuis cette époque, la guérison s'est maintenue. L'auteur fait remarquer qu'il est exclusivement question, dans ce travail, de la cure radicale de hernies non étranglées.

— M. *Polaillon* dépose sur le bureau de la Société, de la part de M. le docteur Colombes (de Lisieux), une observation ayant pour titre: *Tumeur vasculaire de l'ombilic.* — Ce cas est renvoyé à l'examen d'une Commission.

— M. *Farabeuf* donne connaissance à la Société de deux observations envoyées par M. Piéchaud (de Bordeaux); il s'agit de deux épithéliomes développés sur la muqueuse buccale, à la face interne des joues, et c'est pour le procédé opératoire qu'on publie ces deux faits.

Dans les deux cas, l'épithélioma commençait à la commissure labiale et s'étendait à la muqueuse, mais la peau de la joue était intacte et parfaitement mobile. M. Piéchaud porta le bistouri au niveau de la commissure et l'enfonça vers la joue sous les téguments, qu'il disséqua dans toute l'étendue du mal, afin d'enlever ensuite l'épithélioma. Par ce procédé le sang n'envahit pas la cavité buccale et la chloroformisation est rapide et complète.

M. *Farabeuf* propose d'insérer les deux observations de M. Piéchaud dans les *Bulletins* de la Société.

M. *Verneuil.* Ces épithéliomes de la bouche récidivent très souvent. Aussi, quelque minime que soit l'étendue du mal, j'ai l'habitude d'enlever toute la joue (peau et muqueuse) et de laisser à la nature le soin de produire une lente cicatrisation.

M. *Peyrot* rapporte un cas dont les résultats ont été des plus satisfaisants. Il a enlevé, il y a près de six ans, une grande partie de la joue pour un cancroïde de la muqueuse. Pour fermer la plaie, il avait pris un grand lambeau cutané dans la région du cou. Quatre ans après l'opération, le malade est venu demander une nouvelle intervention pour un gros ganglion du creux sus-claviculaire. Le ganglion a été enlevé il y a environ un an et demi et la guérison s'est maintenue jusqu'ici.

M. *Verneuil.* La pratique de M. Peyrot est semblable à la mienne, sur un point: l'ablation totale de la joue; elle en diffère sur un autre: la réunion de la plaie. M. Peyrot taille un lambeau pour recouvrir la joue, tandis que je laisse la cicatrisation se former lentement.

M. *T. Anger* a opéré un cancroïde du milieu de la joue; la peau et la muqueuse étaient dégénérées. Il a enlevé largement les parties malades et pris un lambeau cutané dans les régions voisines. La guérison s'est maintenue pendant un an, mais ensuite est survenue une récidive dans le lambeau, nouvelle preuve de la malignité de ces tumeurs, et sur laquelle le professeur Verneuil vient d'insister.

— M. *Verneuil.* Il est une variété d'épithéliome qui débute par les bords de la langue à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, et contracte très souvent des adhérences avec le plancher buccal et le maxillaire inférieur. Pendant longtemps M. Verneuil a attaqué cet épithélioma par le procédé Rizzoli-Billroth, mais dans la majorité des cas la récidive a été très rapide. Après l'ablation d'un épithélioma de glande sublinguale, il y a eu une prompte récidive. Nouvelle opération et cette fois avec résection d'une portion du maxillaire inférieur. Depuis plus d'un an, la guérison reste parfaite. Depuis cette époque, M. Verneuil enlève la portion de la mâchoire en connexion avec le néoplasme pour dépasser les limites du mal et se mettre jusqu'à un certain point à l'abri de la récidive. Dans ce moment, il a dans son service deux malades opérés par ce procédé; la température a oscillé entre 37 degrés et 37°,8, tant l'asepsie est complète.

En résumé, le professeur Verneuil pense que dans la variété d'épithélioma lingual avec adhérences au maxillaire inférieur, la résection osseuse, dans l'étendue des adhérences, facilite la chloroformation et prévient mieux la récidive. Il a été précédé dans cette voie par M. Labbé qui, une fois, a fait la résection dans le but de faciliter l'opération, tandis que M. Verneuil y voit, avant tout, une garantie de plus contre la récidive.

M. *Bouilly* a eu l'occasion d'opérer de vingt-cinq à trente épithéliomes linguaux. Fidèle aux principes de M. Verneuil, il a toujours pratiqué une large ablation; aussi le plus souvent n'a-t-il pas vu la récidive se produire sur place, mais dans les ganglions sous-maxillaires, carotidiens, sus-claviculaires. Malgré la résection préconisée par son maître, il a un faible espoir d'obtenir de meilleurs résultats définitifs.

M. *Polaillon* a enlevé toute la langue pour un cancroïde et la guérison dura deux ans. Mais il y a trois ou quatre mois le malade est revenu à la Pitié avec une tuméfaction de la moitié droite du maxillaire inférieur et une dégénérescence des ganglions carotidiens. M. Polaillon n'a pas eu recours à une nouvelle intervention.

M. *Verneuil* répond à M. Bouilly que si la résection n'empêche pas la récidive, elle aura du moins pour effet de la retarder et de permettre une ablation plus complète de la tumeur.

— M. *M. Sée* fait ressortir les avantages de la suture enchevillée, et montre de petites plaques de cuivre destinées à fixer les fils.

P. Valat.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Sur le développement et la constitution des amygdales chez l'homme: M. Retterer. — Influence thérapeutique de la suggestion: MM. Fontan et Ségard. — Balance enregistrante: M. Constantin Paul (Discussion). — Mode d'alimentation des noctiluques: M. Bouvier-Lapierre. — Dégénération et centres trophiques des nerfs: M. Arloing. — Des oxydations dans les fièvres: M. Albert Robin. — Présentation d'instruments: M. Laborde.

Les recherches de M. *Retterer* lui ont montré que les amygdales résultent de la participation d'éléments qui proviennent les uns de l'épithélium de l'isthme du gosier et les autres du mésoderme. Comme les glandes, ces organes commencent à se développer sous forme de bourgeons épithéliaux, mais ces derniers se détachent comme le névraxe du feuillet corné originel et peu à peu ils sont pénétrés, éléments par éléments, par le tissu connectif et par les vaisseaux. C'est ainsi que se constituent les *follicules clos*, subissant dans un âge avancé un stade régressif pendant lequel les cellules épithéliales disparaissent. De là la présence de vides ou d'*alvéoles* dans le tissu amygdalien, dont la trame conjonctive est devenue fibreuse.

— M. *Ch. Richet* communique, au nom de MM. *Fontan* et *Ségard* (de Toulon), plusieurs cas de grande amélioration ou de guérison de diverses affections sous l'influence de la suggestion hypnotique (dans l'arthrite traumatique, la commotion cérébrale, l'uréthrite, la dyspepsie).

— M. *Ch. Richet*, à propos de sa récente communication sur une balance enregistrante, a reçu une lettre de M. *Constantin Paul* dans laquelle ce dernier expose qu'il a fait construire, il y a déjà plusieurs années, une balance enregistrante pour inscrire les pertes de poids subies par l'homme dans différentes conditions. Cette balance a fonctionné à l'hôpital Lariboisière.

M. *d'Arsonval* dit qu'il se sert depuis quinze mois environ d'une balance construite par les frères Richard sur le principe de leur évaporomètre. Il s'est occupé dans une première série d'expériences d'enregistrer simultanément la perte de poids et la production de chaleur d'un animal donné. Dans une autre série d'expériences, il a repris les expériences de Chossat sur la perte de poids pendant l'inanition et il a cherché en particulier à savoir quelle est l'influence de la température sur la perte de poids subie par un animal soumis à l'inanition.

— M. *Beauregard* rapporte les expériences faites par M. *Bovier-Lapierre* sur la façon dont mangent les noctiluques, le mode de préhension des aliments (grains d'amidon) et les transformations subies par ces aliments dans l'intérieur du corps.

— M. *François-Franck* dépose une note de M. *Arloing* sur la dégénération et les centres trophiques des nerfs.

— M. *Albert Robin* expose sommairement les résultats de ses recherches sur les oxydations dans les fièvres, en particulier dans la fièvre typhoïde. Ces expériences lui ont montré sur quelle erreur repose la méthode antipyrétique, qui veut diminuer la fièvre en diminuant les oxydations, car dans la fièvre typhoïde, loin d'être augmentées, comme on le croyait, les oxydations sont déjà diminuées.

— M. *Laborde* présente, au nom de M. *Verdin*, une boîte renfermant les diverses canules trachéales employées pour pratiquer la respiration artificielle chez les différents animaux de laboratoire et auxquelles M. Verdin a apporté un ingénieux perfectionnement.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

(Suite. — Voy. les nos 43, 44, 45, 46, 47 et 48.)

Communications diverses.

— M. *Reclus* (de Paris). *De la tuberculose primitive des bourses.* — En 1853, Deville a montré que le fongus du testicule de Lawrence, de Jarjavay, c'est-à-dire la hernie du testicule, est ordinairement une conséquence de la tuberculose génitale. Ce point reste acquis. Mais pour Deville il s'agit de foyers épididymaires devenus fistuleux ; les fistules s'agrandissent, se réunissent, et finalement l'orifice laisse sortir le testicule. M. Reclus vient d'observer deux faits en contradiction absolue avec cette doctrine classique. Un abcès froid des bourses s'ouvrit dans les deux cas, et brusquement le testicule émergea après l'issue du pus et l'agrandissement de l'ulcération. Or le testicule et l'épididyme furent trouvés presque sains, après la castration dans un cas, à l'autopsie dans l'autre, le malade étant mort phthisique. Mais est-ce là la règle, ou l'exception ? C'est la règle, et il est facile de s'en convaincre. Les foyers épididymaires s'entourent toujours de péri-épididymite adhésive, obstacle sérieux au déplacement de la glande séminale. Les fistules épididymaires sont presque toujours postérieures ; le fongus est toujours en avant, ou au moins en dehors et en avant. La tuberculose testiculaire est toujours bilatérale ; les trente-trois fongus réunis par Deville sont unilatéraux. La marche des foyers testiculaires est toujours lente ; les cas sont toujours rapides, où la glande s'est montrée au dehors. Dans les faits de Deville, enfin, où le testicule a été examiné, on l'a trouvé à peu près sain, sauf deux fois ; au reste, n'est-ce pas d'observation courante, et sans cela préconiserait-on le traitement de Syme, c'est-à-dire la réduction de la glande herniée dans les bourses après débridement de l'orifice, ensuite suturé ? Aussi M. Reclus conclut que le fongus superficiel du testicule est consécutif à la tuberculose primitive des bourses.

— M. *Peyrot* (Paris). *Sur un cas de tuberculose localisée.* — Une induration d'un doigt, consécutive à une attaque rhumatismale, se mit, quelque temps après, à s'enflammer. On crut à un panaris simple, on l'incisa. La maladie continuant son évolution, le sujet vint à l'Hôtel-Dieu consulter M. Peyrot. On constata l'existence d'un foyer caséeux et le doigt fut amputé. L'examen histologique démontra la nature tuberculeuse des lésions. Après avoir relaté cette observation, M. Peyrot étudie en détail les symptômes auxquels on peut reconnaître ces dactylites tuberculeuses.

— M. *Terrier* (de Paris). *De la cure radicale des hernies épigastriques et adombilicales non étranglées.* — Ces essais sont contraires, dit-on dans les livres classiques, aux règles de la prudence : les malades de M. Terrier n'ont pas eu à se plaindre d'une dérogation à ces lois. L'intervention chirurgicale est parfaitement indiquée quand il y a quelques accidents gênant le malade. La cure radicale est semblable ici à ce qu'elle est partout. On pénètre dans le sac avec plus ou moins de facilité et on réduit tout ce qui est mobilisable ; il faudra souvent réséquer plus ou moins d'épiploon. Puis on avive l'anneau et on le suture ; d'abord M. Terrier a, pardessus, réuni la peau. Cela avait certains inconvénients ; mieux vaut placer quelques fils prenant presque toute l'épaisseur de la paroi. Au reste ces tentatives ne sont pas nouvelles puisque, en 1802, Maunoir (de Genève) a eu un succès ; des opérations récentes et heureuses sont dues à Czeruny, à J. Reverdin (de Genève). On obtient des résultats fonctionnels excellents. Seul, un des malades de M. Terrier est resté quelque peu incommodé par un petit trajet fistuleux. Il faut appliquer ce traitement aussi bien aux hernies dites graisseuses et aux hernies intestinales.

— M. *Routier* (de Paris). *Du danger des injections hypodermiques dans le traitement de l'étranglement herniaire.* — M. Routier a opéré deux hernies ombilicales étranglées ; la kélotomie fut une fois précoce et la guérison fut rapide ; dans le second cas, des injections de morphine avaient permis à la malade de supporter l'étranglement sans trop souffrir. L'intestin fut trouvé sphacélé et la malade succomba malgré l'entérectomie. Il paraît que cette pratique des injections de morphine est très répandue : Walker la préconise, mais son observation ne prouve pas grand'chose ; à la Société de chirurgie, M. Le Dentu a fait des réserves sur trois observations adressées par M. Philippe (de Saint-Mandé) ; les autres faits de ce genre ne sont pas plus probants ; c'est un moyen trompeur qui masque les accidents, mais n'enraye en rien les lésions de l'anse intestinale : cela ne sert qu'à retarder la kélotomie et par conséquent à l'aggraver.

— M. *Aubert* (de Mâcon), donne lecture des observations suivantes : 1° Un homme s'empala accidentellement sur un échalas qui se brisa dans l'abdomen et lésa l'intestin. Le corps étranger fut extrait et le malade se leva au quatorzième jour. — 2° Une observation concerne un homme chez lequel, après réduction d'une hernie, les signes d'étranglement persistèrent. La laparotomie fut faite et M. Aubert trouva l'intestin étranglé par une bride d'épiploon ; le sphacèle de l'anse auparavant étranglée força ensuite à désunir la plaie et le malade guérit avec un anus contre nature, extrêmement rebelle. M. Aubert se décida alors à la dissection et à la suture des deux bouts (suture de Gély). Quelques jours après la paroi abdominale put être définitivement suturée.

— M. *Leriche* (de Mâcon). *Tumeur coccygienne congénitale.* — L'intestin ayant été lésé au cours de l'ablation, il persista, après guérison, une fistule intestinale. La tumeur était formée :

« 1° Par un kyste multiloculaire adhérent à l'intestin et à un *spina bifida* trilobé; 2° par une masse volumineuse de tissu adipeux, contenant à son centre un petit fibrome. Cette tumeur a de l'analogie avec celle récemment décrite à la Société de chirurgie par M. Kirmisson; elle en diffère pourtant par l'apposition de la masse graisseuse, et surtout par le cloisonnement et le feutrage du kyste, rappelant les kystes proligères de l'ovaire. Je ne crois pas qu'on ait encore signalé de dispositions semblables dans cette région. »

— M. *Malherbe* (de Nantes) fait une communication sur deux espèces de tumeurs encore mal connues. Il présente d'abord des pièces démontrant l'individualité de l'*épithéliome calcifié*. Puis il en montre d'autres prouvant que le *tubercule sous-cutané douloureux* est un myome à fibres lisses.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des céphalalgies nerveuses et neurasthéniques, par P. Glaz. — Les douleurs céphaliques se divisent, d'après l'auteur : 1° en *céphalalgies nerveuses proprement dites* par modification de l'action nerveuse, telles que les céphalalgies intermittentes de la dysménorrhée et de la malarie, les céphalées hystériques; 2° en *céphalalgies par troubles circulatoires*, de forme congestive et de forme anémique; 3° en *céphalalgies sympathiques de la dyspepsie.*

La céphalalgie nerveuse proprement dite est celle des personnes livrées au surmenage intellectuel; elle résiste à tout traitement curatif. Par contre la médication préventive est plus efficace et consiste dans une hygiène sévère, l'hydrothérapie et l'électrisation générale suivant la méthode de Beard. Quand cette affection se lie à la dysménorrhée, l'hydrothérapie rend de réels services sous la forme de douches froides, de bains de siège froids et de la ceinture de Priessnitz. Est-elle franchement neurasthénique? M. Glaz conseille les bains de mer, l'électricité, le massage, la marche et l'électricité statique et à l'exemple de Beard un repos mental absolu.

Parmi les céphalalgies d'origine vasculaire, les douleurs de tête par congestion sont justiciables de l'électrisation du sympathique au cou, de l'application à la nuque de compresses trempées dans l'eau à 50 ou 55 degrés, ou bien du sac à glace de Chapmann, enfin de l'ergotine. S'il existe en même temps des vertiges de l'état hystérique et des vomissements, on pourra faire usage de l'acide bromhydrique à la dose de 20 à 30 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée. Les céphalalgies anémiques sont justiciables de ces mêmes moyens, auxquels on ajoutera les médicaments excitants : mélisse, menthe, thé, café, alcool, et les antispasmodiques : valériane, zinc, castoreum. C'est dans ce cas que M. Glaz recommande le massage de la tête par une percussion rapide avec le doigt ou de petites palettes durant cinq à dix minutes. Les moyens hygiéniques sont indispensables : ils ont pour agents la gymnastique, l'hydrothérapie, la balnéation maritime, le fer et l'arsenic.

Le traitement de la céphalalgie dyspeptique a pour moyens les alcalins, les amers, le lavage stomacal, l'hydrothérapie et l'électricité. Les dyspepsies acides sont justiciables de l'hydrothérapie de Priessnitz (maillots suivis de piscines et de douches froides); les dyspepsies non acides, de l'acide muriatique associé ou non à la pepsine, que l'auteur prescrit à la dose quotidienne et trois fois répétée de 16 gouttes, de quart d'heure en quart d'heure après le repas.

En résumé, le traitement des céphalalgies neurasthéniques consiste dans l'emploi judicieux de l'hydrothérapie, de l'électricité et du massage, de l'ergotine, des bromures, de l'acide chlorhydrique, de l'arsenic et du bromhydrate de quinine, en un mot des moyens médicamenteux les plus aptes à modifier l'asthénie générale et à tempérer les accidents douloureux locaux. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juillet 1886, p. 69.)

L'antifébrine : ses propriétés antipyrétiques, par MM. Cahn et Hepp. — Sous ce nom, assez heureusement choisi d'ailleurs, ces observateurs recommandent l'usage de l'acétinalide ou phénylacétamide pour modérer l'hyperthermie des fébricitants. A cause de sa faible solubilité, ils la prescrivent en poudre sous forme de cachets ou en solution dans le vin, à la dose de 25 centigrammes à 2 grammes par vingt-quatre heures.

L'antifébrine serait quatre fois plus active que l'antipyrine et provoquerait un abaissement thermique, débutant une heure après son administration, persistant pendant deux à quatre heures, et ne s'accompagnant ni de rubéfaction, ni de transpiration cutanée.

D'après MM. Cahn et Hepp, ces phénomènes se produiraient en même temps qu'un ralentissement du pouls et l'augmentation de la tension vasculaire. La diurèse serait accrue, et un typhique, qui donnait quotidiennement 2500 grammes d'urine avant toute médication, en émettait 5500 grammes après l'administration de la première dose d'antifébrine.

D'autre part, au témoignage des mêmes observateurs, cette substance ne troublerait pas les fonctions du tube digestif. Jamais ils ne constatèrent, disent-ils, ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée, et dans quelques cas ils notèrent même le retour de l'appétit.

L'expérimentation sur les animaux a été négative; de sorte que, jusqu'à présent, les notions physiologiques relatives à ce médicament sont déduites de l'observation clinique seule. L'un de ces phénomènes, la cyanose des extrémités et de la face, mérite l'attention par l'époque de son apparition au moment de l'apyrexie et pour l'interprétation du mécanisme par lequel l'antifébrine abaisse la température.

Les essais cliniques ont consisté à prescrire cette substance aux typhiques, aux rhumatisants et à des fébricitants en puissance de maladies aiguës. On a dû varier les doses suivant la nature, l'intensité, la période de l'affection et l'idiosyncrasie du malade, sans qu'il soit possible d'établir actuellement une règle pour l'administration de l'antifébrine.

En résumé, les faits cliniques sont peu nombreux, et les expériences physiologiques sur les animaux incomplètes. La seule conclusion légitime du mémoire de MM. Cahn et Hepp est que ce médicament peu toxique, l'antifébrine, possède quelques vertus antithermiques, mais qu'il y aurait lieu et prudence de les étudier plus complètement avant de les mettre à profit dans la pratique. (*Centralb. für klin. Med.*, 1886, n° 33.)

De l'action exercée par divers médicaments sur la digestion stomacale, par M. Klikowicz. — Le procédé adopté par cet observateur consiste à doser les peptones et l'hémi-albuminose produites par la digestion d'un poids déterminé d'albumine pure dans une solution de pepsine acidulée par l'acide chlorhydrique. En additionnant ce liquide avec divers médicaments, M. Klikowicz a pu noter leur influence sur la durée et l'étendue de la digestion.

L'alcool arrête la digestion quand il entre dans le mélange par proportion de 15 pour 100; à 10 pour 100 il la ralentit, et à 5 pour 100 il la favorise dans quelques cas, mais la retarde dans d'autres.

L'antipyrine à la dose de 2 grammes ne la modifie pas. Il en est de même de l'arséniate de soude à la dose de 5 et 6 centigrammes, et de l'iodure ou du bromure de potassium à cette même dose. Par contre, 1 à 2 grammes de ces substances diminuent la peptonisation dans le rapport de 1 à 3.

L'hydrate de chloral agit ainsi à la dose de 2 grammes; une même quantité de chlorure de sodium et le chlorure de potassium l'arrêtent et diminuent les peptones dans la proportion de 37 pour 100.

Le lactate et le citrate de fer ne modifient pas la peptonisation. Le fer réduit par l'hydrogène, le sulfate et le chlorate de fer l'accélèrent; le calomel la diminue de 5 pour 100 quand sa quantité s'élève à 50 centigrammes et 1 gramme.

Le sulfate de soude à la dose de 2 grammes 1/2 la diminue de 48 pour 100; le sulfate de magnésie, de 23 à 37 pour 100, et pour la dose de 5 grammes, de 46 à 60 pour 100. Enfin le salicylate de soude la diminue de 52 pour 100 quand sa quantité s'élève à 2 grammes 1/2, et de 52 à 93 pour 100 quand on la porte à 5 grammes. (*Centralblatt f. d. med. Wissenchaft*, 1886, p. 186.)

De l'action physiologique du métilal et de son pouvoir hypnogogue, par M. PERSONALI. — Le métilal ou éther métilendimétilique est un acétal qui paraît posséder en partie les propriétés physiologiques des corps de cette famille. Liquide, odorante, réfringente, de saveur fraîche, cette substance est très volatile et entre en ébullition à la température de 42 degrés. Elle a pour formule $C^3H^8O^2$.

M. Personali l'a expérimenté sur la grenouille, le lapin, le chien et le pigeon, auxquels il l'administrait par la voie hypodermique. Ces animaux perdaient leur vivacité; leur température s'abaissait, et leurs mouvements respiratoires étaient moins fréquents; finalement, l'action hypnogogue augmentait, et la narcose devenait manifeste. Toutefois, ces phénomènes semblent avoir été peu apparents chez les chiens.

L'absorption du métilal par la muqueuse stomacale est facile, et les phénomènes qu'il provoque sont analogues à ceux qui suivent son administration par la voie hypodermique. Par contre, les inhalations par les voies respiratoires n'ont pas donné de résultats.

Le métilal diminuerait le uombre des pulsations cardiaques et abaisserait faiblement la pression sanguine. Enfin, M. Personali a essayé de constater si cette substance possédait des propriétés antagonistes de celles de la strychnine, et par conséquent avait, à ce point de vue, des analogies avec la paraldéhyde. Les expériences sur la grenouille permettent de le supposer, mais ne sont pas décisives.

En résumé, cet expérimentateur attribue au métilal des vertus hypnogogues, une action rapide, une élimination non moins prompte, et l'absence de tout accident consécutivement à son emploi. Ce sont là des faits qui méritent vérification, et qui ne suffisent pas encore pour donner à cette substance une place, même modeste, dans la matière médicale et parmi les agents de la médication sédative. (*Giornale della real Academia di Medicina di Torino*, juin 1886, p. 293.)

Travaux à consulter.

DE L'ACTION DE L'ANTIPYRINE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE, par M. GOLEBIEWSKI. — L'auteur a employé l'antipyrine chez un grand nombre de malades atteints de rbumatisme articulaire, soit aigu, soit chronique. Jamais il n'observa d'effets fâcheux de ce traitement, sauf parfois des vomissements. Il n'hésite pas à placer l'antipyrine à côté de l'acide salicylique où du salicylate de soude comme spécifique du rhumatisme articulaire. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n° 28.)

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA SACCHARINE, par M. E. SALKOWSKI. — Dans ce travail très important, l'auteur a étudié l'action de la saccharine sur la digestion et son action antiseptique, et s'est livré à de nombreuses expériences sur les animaux. (*Virchow's Archiv*, Bd CV, p. 46, 1886.)

CRITIQUE DES THÉORIES SUR LA FORMATION DU GRAS DE CADAVRE, par M. Alb. VOLTZ. — Question importante pour le médecin légiste. Tous les facteurs de la formation de l'adipocire ne sont pas déterminés; la transformation des albuminoïdes en graisse, démontrée peut-être pour l'organisme vivant, est loin de l'être pour les cadavres. Est-ce la graisse seule du cadavre, comme le disait déjà Thouret, qui est la source de l'adipocire? On ne saurait l'affirmer davantage. Voltz ne se prononce pas, mais il admet que, pendant la phase dé putréfaction qui précède celle de formation de l'adipocire, prend naissance un ferment non figuré qui détermine la saponification du cadavre. (*Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin*, 1886, Heft 4.)

DE L'ARGYRIE PROFESSIONNELLE LOCALE, par M. G. LEWIN. — Les ouvriers qui travaillent l'argent présentent des taches bleues de diverses nuances. M. Lewin a observé le premier cas de ce genre, et s'est livré à une enquête qui lui a permis de reconnaître la présence de la même lésion cbez un grand nombre d'ouvriers; pareil fait ne s'observe pas chez les ouvriers travaillant d'autres métaux, or, cuivre, etc. L'examen microscopique de ces taches permet, en en précisant le siège dans le tissu cellulaire, de démontrer en même temps l'existence dans celui-ci d'un système de canaux nourriciers en relation avec le système lymphatique et vasculaire sanguin. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, n° 26.)

OSTÉOMALACIE ET FRACTURES SPONTANÉES, par M. J.-A. RIGBY. — Ce mémoire a surtout pour but de combattre cette opinion trop exclusive que l'ostéomalacie est de beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et survient en particulier sous l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral. M. Rigby donne la relation d'un cas typique d'ostéomalacie chez l'homme. (*British med. Journal*, 3 mai 1886.)

DE LA TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DES ORGANISMES PARASITAIRES, par M. Max. WOLFF. — Les expériences de Koubassoff et de Pasteur, en 1885, paraissent avoir démontré la transmissibilité de microbes pathogènes de la mère au fœtus. M. Wolff s'est livré à des essais analogues avec les virus du charbon, de la vaccine et de la tuberculose, et les résultats qu'il a obtenus ne sont guère favorables à l'hypothèse de la transmissibilité. (*Virchow's Archiv*, Bd CV, p. 192, 1886.)

REMARQUES SUR L'ÉVACUATION PAR TRÉPANATION D'ABCÈS INTRA-CRANIENS CONSÉCUTIFS A DES SUPPURATIONS DE L'OREILLE, par M. J.-W. HULKE. — La guérison des abcès intra-crâniens de cette nature n'a été observée que dans de rares cas de perforation osseuse par carie, avec libre écoulement du pus dans le conduit auditif. M. Hulke pense que le médecin doit intervenir et pratiquer la trépanation, quelle que soit l'incertitude du diagnostic. Dans ce mémoire, on trouve consignés les résultats personnels de l'auteur à cet égard. (*The Lancet*, 3 juillet 1886.)

RELATIONS ENTRE LES AFFECTIONS DE LA MUQUEUSE NASALE ET L'ASTHME ET LEUR TRAITEMENT, par M. BÖCKER. — Ce mémoire, dans lequel l'auteur combat quelques-unes des assertions de Hack, dont nous avons analysé l'article dans un numéro précédent, fournit d'importantes données sur la pathogénie de l'asthme; pour lui, l'astbme n'est jamais la conséquence d'une affection du nez, en tant qu'effet réflexe; le plus souvent, l'asthme dépend d'une altération de la muqueuse bronchique; même dans l'asthme de foin, il y a irritation simultauée de la muqueuse bronchique et de la muqueuse nasale. Si, dans certains cas (polypes, tumeurs, etc., qui apportent un obstacle mécanique à la respiration), on peut obtenir l'atténuation ou la guérison de l'asthme par l'ablation ou la destruction de ces néoplasmes, il n'en est pas moins vrai qu'on éprouve des mécomptes. Il ne faut jamais, en effet, se borner au traitement local, mais chercher à agir sur la constitution même du malade. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1886, nos 26 et 27.)

BIBLIOGRAPHIE

Goîtres et médication iodée interstitielle, par M. le docteur Duguet, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière. — Paris, 1886. G. Steinheil.

On sait par quelles phases successives a passé la thérapeutique du goitre dans ses diverses variétés, à l'exclusion cependant du goitre exophthalmique qui doit être classé à part pour de multiples raisons. Le dernier mot paraissait être dit sur ce sujet par la chirurgie, qui offrait aux goitreux des procédés non moins sûrs que brillants pour les débarrasser de leur infirmité toujours gênante et parfois même dangereuse. Mais les résultats définitifs de l'opération se sont montrés moins satisfaisants qu'on ne l'avait tout d'abord espéré, et l'on a dû renoncer à l'extirpation totale du goitre en présence des faits si curieux de myxœdème opératoire signalés par Kocher, Reverdin, et des accidents d'ordre analogue observés chez le chien et le singe, par Schiff et Horsley, à la suite de l'ablation totale de la thyroïde. Seule l'ablation partielle est restée applicable à certains cas, sans faire courir aux opérés le même danger, mais en les laissant exposés à bien des accidents opératoires.

Aussi M. Duguet propose-t-il, avec très juste raison, de renoncer à des procédés aussi peu avantageux, pour ne pas dire plus, et de recourir, en règle générale, à la méthode des injections interstitielles iodées proposée par Luton en 1863; méthode non sanglante et dont l'efficacité et l'innocuité ont été affirmées par un nombre fort respectable d'observations cliniques.

Cette méthode, que Luton a été amené à créer dans son désir de porter l'iode, le fondant, le spécifique par excellence du goitre au sein même du parenchyme de la tumeur, est d'une simplicité extrême, et l'on ne peut que partager l'étonnement et le regret exprimés par M. Duguet de la voir moins appréciée et moins employée en France que dans les pays étrangers, et en particulier en Suisse, en Angleterre et en Allemagne. Qui sait même si elle ne nous reviendra pas un jour de l'autre côté de la frontière, ornée de quelque nom tudesque, et si cette seule modification ne lui vaudra pas l'enthousiasme de ceux qui la délaissent aujourd'hui?

Quoi qu'il en soit, M. Duguet qui sait discerner ce qui est produit de bon et d'utile dans tous les pays, même dans le sien, n'a pas attendu si longtemps pour faire bénéficier ses malades de cette thérapeutique.

Ce sont les résultats de son expérimentation, commencée en 1874, qu'il vient apporter aujourd'hui devant le public médical pour contribuer à éclairer la question du traitement du goitre et fixer la valeur du procédé de Luton.

Nous ne pouvons ici suivre l'auteur dans la description très précise et fort utilement minutieuse du manuel opératoire, et des précautions fort simples qui rendent ces injections interstitielles innocentes à ce point que, sur 266 injections iodées, M. Duguet n'a observé aucun accident de quelque importance; nous devons nous contenter de faire connaître les résultats fournis par la statistique des 34 observations personnelles rapportées par l'auteur. Il se dégage, en effet, de l'ensemble des cas soumis à la médication par les injections interstitielles de teinture d'iode que « le goitre charnu ou même kystique, pourvu qu'il soit récent, a toutes chances pour être radicalement et rapidement guéri; que s'il est ancien, et à plus forte raison s'il est dégénéré, il a encore toutes chances pour être réduit, beaucoup dans le premier cas, moins dans le second : en un mot, toujours sensiblement amélioré par les injections répétées. » L'extirpation partielle devra sans doute être réservée pour quelques cas de la seconde catégorie, absolument réfractaires à la méthode de Luton.

Ne faut-il voir dans le mode d'action des injections iodées interstitielles, ainsi que le veut Luton, que le seul effet médicamenteux de l'iode absorbé, se manifestant de façon également intense sur le goitre, alors même qu'il est injecté sous la peau, à proximité de la tumeur, mais non dans l'intimité de son parenchyme; ou bien faut-il admettre, en même temps, une action irritante locale, produite par l'alcool, une sorte d'inflammation non suppurative, suivie d'une rétraction scléreuse des tissus fibro-vasculaires et d'une prolifération adhésive des parois kystiques? M. Duguet croit pouvoir affirmer que les deux modes d'action concourent à amener la régression rapide de la tumeur thyroïdienne, et qu'ainsi se trouve justifié le choix de la solution alcoolique d'iode et le siège intra-parenchymateux de l'injection. Si les goitres anciens rétrocèdent moins rapidement, c'est qu'en pareil cas l'action adjuvante de l'irritation locale fait en grande partie défaut, puisqu'il s'agit de tissus indurés, déjà fibreux, et bien moins susceptibles d'une rétraction secondaire. Cette interprétation semble d'ailleurs amplement justifiée par l'étude des phénomènes cliniques qui accompagnent ou suivent l'injection interstitielle.

L'auteur est amené incidemment à s'occuper de questions connexes auxquelles il consacre quelques paragraphes intéressants : citons seulement pour mémoire, l'existence du goitre dans la race juive, mise en doute par de nombreux observateurs et dont il établit la réalité; et aussi l'action favorable des injections iodées sur les crises de migraine périodique dont souffrait une de ses malades, atteinte d'un goitre charnu, guéri après neuf injections.

Nous ne pouvons insister davantage; mais nous serions heureux que cette brève analyse pût inspirer, ne fût-ce qu'à quelques-uns, le désir de lire l'intéressant mémoire de M. Duguet, ne doutant pas du profit qu'ils en pourront tirer, et du bénéfice qu'y trouveraient par la suite les goitreux confiés à leurs soins.

André Petit.

Malarial manifestations due to traumatism, by Henry C. Coe. (Extrait du *New-York med. Journal*, 22 et 29 mai 1822.)

M. Coe traite dans cette brochure l'un des chapitres du grand problème de l'influence du traumatisme sur les diathèses. En dehors d'un article du professeur Verneuil, *Le paludisme considéré au point de vue chirurgical* (*Rev. de chir.*), et quelques thèses, ce chapitre n'a pas été l'objet d'études approfondies. Il faut donc savoir gré à M. Coe d'avoir repris la question et rassemblé les faits épars. L'intérêt de sa brochure n'est pas tant dans les faits positifs, déjà assez nombreux, qu'il relate et rapproche les uns des autres, que dans les points d'interrogation qu'il pose. Sa lecture sera utile à toutes les personnes qui s'occupent de l'influence réciproque des diathèses et du traumatisme.

A system of practical medicine by American Authors, edited by William Pepper, assisted by Louis Starr, vol. IV. In-8°. — London, 1886. Sampson Low, etc.

Cet ouvrage est conçu d'après un plan analogue aux grands *Handbuch* allemands de Ziemssen, de Pitha et Billroth, etc., mais beaucoup plus restreint dans son développement. Le volume que nous avons sous les yeux traite des maladies des voies génito-urinaires, des maladies du système musculaire, des maladies de la peau entièrement traitées par Dühring, de l'ophthalmologie et de l'otologie médicales. Parmi les affections des voies génito-urinaires, on trouvera traités la grossesse pathologique et compliquée, les désordres fonctionnels qui accompagnent la ménopause, l'avortement, etc. En un mot, lorsqu'il sera terminé, cet ouvrage constituera un compendium de toute la science médicale, dont les différentes parties se trouveront traitées par les auteurs américains les plus compétents dans la matière.

VARIÉTÉS

Protestation des agrégés des Facultés de médecine. — Nous avons reçu, il y a huit jours, trop tard pour pouvoir l'insérer dans notre dernier numéro, la protestation des agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier, qui, à l'unanimité, se sont associés à leurs collègues de Paris pour réclamer du ministre de l'instruction publique le retrait d'une décision aussi préjudiciable à leurs légitimes intérêts.

Les arrivages de l'Extrême-Orient et les quarantaines. — Les habitants de Toulon ont forcé le gouvernement français à aménager, dans les îles de Port-Cros et de Bagau, un sanatorium pour y recevoir les navires amenant des passagers militaires de l'Extrême-Orient et notamment du Tonkin. Le service sanitaire installé dans ces îles a fonctionné avec la plus grande régularité depuis plusieurs mois; mais les mauvais temps en rendent l'approche difficile pendant l'hiver, et tout récemment un navire a failli y sombrer; d'autre part, les dépenses y sont considérables. Aussi le ministre du commerce et de l'industrie a-t-il décidé, il y a quelques jours, que ces arrivages subiraient les mesures quarantenaires dans l'île de Ratonneau, dépendant du lazaret du Frioul, dans la rade de Marseille. On sait que la France y possède l'un des plus remarquables et des plus complets établissements sanitaires du monde entier, et que la surveillance y est des plus faciles.

Néanmoins les habitants de Marseille, la chambre de commerce de cette ville et ses représentants ne cessent en ce moment d'assaillir le gouvernement de réclamations; ils prétendent que cette mesure leur porte un préjudice très grave, et qu'elle est capable, sinon d'introduire le choléra dans leur cité, du moins d'en rendre les provenances suspectes dans les autres pays. Or le lazaret du Frioul sert depuis longtemps pour tous les arrivages maritimes; les transports et les navires s'y arrêtent tous pour la visite sanitaire, la désinfection, et au besoin la séquestration des voyageurs. Les navires qui amènent des troupes de l'Extrême-Orient n'éprouveraient aucune difficulté à y séjourner également, et la surveillance sanitaire peut s'y exercer de la manière la plus rigoureuse, beaucoup mieux que partout ailleurs. Les Marseillais espèrent sans doute que leurs plaintes amèneront l'Etat à entreprendre à ses frais l'assainissement de leur ville, qu'ils n'ont pu encore commencer, malgré l'urgence. Quoi qu'il en soit, les navires en question ne vont plus séjourner au Frioul, et, pour complaire aux réclamations trop calculées des villes du littoral, les soldats de la France devront se rendre tout d'abord en Algérie, au lazaret du cap Matifou, avant d'obtenir libre pratique pour la France.

Service médical de colonisation en Algérie. — Sous ce titre fonctionne, depuis longtemps, dans notre principale colonie, un service qui a été institué en vue d'assurer aux indigents des secours médicaux gratuits.

Le personnel comprend une centaine de médecins, qui sont divisés en cinq classes, auxquels correspondent des traitements variant de 3000 à 5000 francs. Les titulaires des circonscriptions médicales ont, en outre, droit au logement ou à une indemnité représentative fixée à 500 francs. A ces allocations fixes peuvent s'ajouter des honoraires provenant tant de la clientèle payante que des services spéciaux, tels que vacations judiciaires, police des mœurs, service médical des hôpitaux, etc. Toutefois ces avantages varient notablement d'une localité à l'autre. Presque nuls dans certaines circonscriptions où la population européenne est noyée dans l'élément indigène, ils ont, dans d'autres, une réelle importance. Les médecins de colonisation sont choisis, par le gouverneur de l'Algérie, parmi les docteurs en médecine n'ayant pas dépassé trente-cinq ans; mais la limite d'âge est portée à quarante ans pour ceux qui comptent cinq ans de services militaires.

Nous avons cru utile de donner ces renseignements sommaires sur une institution qui est si peu connue en France. Ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir des indications plus complètes les trouveront dans le décret du 23 mars 1883, qui a réorganisé le service dont il s'agit.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 10 décembre). — *Ordre du jour :* M. Roques : Observation de grippe suivie d'épanchement pleural. — M. Sevestre : Sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale. — M. Troisier : Existe-t-il une forme curable de cirrhose alcoolique du foie? (Présentation de malade.)

Clinique médicale de l'hôpital Necker. — Le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 8 décembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours s'ouvrira, le 15 juin 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

École de médecine d'Angers. — Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1887, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Albert Burckhardt-Merian, professeur d'otologie à l'Université de Bâle; de M. le docteur Adrien Routier, ancien interne des hôpitaux, père de M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux.

Mortalité a Paris (47e semaine, du 21 au 27 novembre 1886). — (Population : 2239928 habitants). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 38. — Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 23. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 37. — Broncho-pneumonie, 28. — Pneumonie, 54. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 32; inconnu, 0. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; de l'appareil circulatoire, 84; de l'appareil respiratoire, 59; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 18. — Causes non classées, 18. — Total : 1001.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein, par M. Azario Brodeur, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 fort volume grand in-8 de 576 pages avec 5 planches en chromolithographie et 9 figures dans le texte. Paris, G. Masson. 15 fr.

Arcachon, ville d'été, ville d'hiver. Topographie et climatologie médicales, par M. le docteur Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 volume in-8, avec phototypies, carte géographique, planches, profils, tableaux, etc. Paris, G. Masson. 4 fr.

De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets, par M. le docteur Robert. 1 volume in-8. Paris, G. Masson. 3 fr.

Pathologie et thérapeutique chirurgicales, par MM. Billroth et Winiwarter, professeurs aux Universités de Liège et de Vienne. 2e édition française, complètement remaniée et très augmentée, traduite d'après la 12e édition allemande par M. le docteur O. Delbastaille, assistant à l'Université de Liège. 1 fort vol. grand in-8 avec 176 gravures sur bois dans le texte. Paris, F. Alcan. 20 fr.

Nouveaux éléments de matière médicale, comprenant l'histoire des drogues simples, d'origine animale et végétale, leur constitution, leurs propriétés et leurs falsifications, par M. D. Cauvet, professeur de matière médicale et de botanique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. 2 vol. in-18 jésus, avec 800 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

Petit compendium médical, dictionnaire bijou de *pathologie thérapeutique, dosimétrie*, par M. le docteur Antonin Bossu. In-32 de de poche. Paris, F. Alcan. 1 fr. 25

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

7886. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

La mortalité dans la première enfance.
Par M. le docteur Achenne.

Les Bulletins de statistique enregistrent régulièrement des chiffres de décès dans la première enfance, qui montrent que la cause de mortalité la plus active, à cet âge, est la diarrhée infantile, gastro-entérite ou athrepsie.

La courbe s'élève graduellement avec la température pour atteindre, en été, un chiffre trois à quatre fois supérieur à celui de la saison d'hiver. Dans la dernière semaine du mois d'août, le nombre des décès a été de 205, à Paris, ce qui représente le cinquième environ du total des décès pour la population de la capitale.

La répartition des cas, d'après le mode d'élevage, montre que les enfants nourris au biberon et autrement, sont frappés dans la proportion des deux tiers; encore y a-t-il lieu de faire les réserves les plus formelles dans cette évaluation, car l'allaitement au sein est, le plus souvent, si incomplet qu'il mérite à peine d'être ainsi qualifié.

En définitive, c'est à une alimentation pernicieuse qu'est due cette mortalité effrayante et vraiment désastreuse.

Les recherches récentes du docteur Victor Vaughan, professeur de physiologie à l'Université de Michigan, sont de nature à porter la lumière dans cette question si intéressante. Le savant professeur américain a découvert dans le lait une ptomaïne qu'il a nommée *Tyrotoxion*, qui, d'après lui, serait due au développement de micro-organismes dans la fermentation lactique. Le savant physiologiste a cherché à établir une relation entre la symptomatologie de l'empoisonnement par l'ingestion du *Tyrotoxion* et la symptomatologie du choléra infantile.

C'est le *Journal d'hygiène*, toujours si bien informé, qui nous fait connaître ces travaux, d'où il tire des conséquences des plus importantes pour le traitement de cette dernière affection : il est évident que la première indication sera de proscrire le lait, même très pur, à cause de la fermentation successive qu'il peut subir dans le tube gastro-intestinal, surtout dans la période des chaleurs, où ces fermentations sont les plus actives.

Mais par quoi remplacer le lait? Nous savons combien la plupart des préparations alimentaires usitées sont défectueuses et quelle incertitude règne dans l'esprit des médecins, aussi bien que du public, pour le choix d'un aliment sain et suffisant. Aussi ne saurait-on prendre en assez grande considération certaines farines alimentaires que leur composition et les résultats qu'elles ont donnés à des expérimentateurs judicieux et sincères, recommandent à tous les praticiens.

La farine Morton, au gruau d'avoine, se place au premier rang de ces aliments de choix.

Les analyses qui en ont été faites, notamment sous la direction de M. le docteur E. Bouchut, et qui ont été publiées maintes fois, montrent, avec évidence, que les matériaux de nutrition s'y trouvent réunis dans les plus justes proportions.

Les essais réitérés qui en ont été faits à l'hôpital des Enfants et dans la pratique civile, indiquent que la farine Morton est un aliment complet, dont les effets cliniques sont en concordance parfaite avec les données de la physiologie et de l'analyse.

(*Gazette des hôpitaux.*)

THÉRAPEUTIQUE

L'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, et toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, jouissent du triste privilège de nous faire parcourir constamment la gamme des médications de toute espèce. Ce n'est pas que nous ignorions quels sont les agents qui peuvent influer sur ces diathèses si persistantes, mais c'est que nous hésitons sur la manière de les employer pour produire un résultat efficace. Le fer est l'agent par excellence de la rénovation du sang; mais il faut d'abord qu'il soit toléré, puis qu'il soit assimilé, enfin qu'il apporte dans l'économie ses propriétés fortifiantes sans faire naître cette déplorable infirmité qu'on appelle la constipation. Tous les chimistes se sont mis à l'œuvre pour résoudre le problème, et quelques-uns sont arrivés à des résultats très utiles. Nous voulons rechercher quelle est, dans l'état actuel de la science pharmaceutique, la préparation qui a le mieux réussi.

Les pilules de Vallet ont joui d'une faveur méritée; elles ont remplacé avec avantage ces affreuses boissons de rouille qui étaient répugnantes, à peu près inefficaces, et cependant indigestes. Elles n'ont pas su satisfaire à toutes les exigences du programme que les chercheurs sérieux s'étaient imposées : leur usage prolongé amenait presque toujours la constipation.

Les pilules de Blaud, recommandables à certains égards, n'ont pas davantage échappé au même écueil. Et nul ne saurait nier la gravité d'un semblable danger. La constipation est une des plus cruelles souffrances infligées à l'espèce humaine, et personne n'ignore que ce sont précisément les sujets anémiques et chloro-anémiques qui sont les plus prédisposés à cette terrible affection.

Beaucoup d'autres préparations ont été produites qui ont eu la prétention d'avoir résolu le problème; elles ne méritent pas même d'être citées; elles avaient les inconvénients des produits sérieux sans en avoir l'efficacité.

En 1839, MM. Gélis et Conté ont présenté à l'Académie de médecine une préparation nouvelle, soigneusement étudiée, et paraissant répondre à tous les desiderata. L'Académie a nommé une commission qu'elle a chargée d'examiner le nouveau produit.

Cette commission était composée de M. Fouquier, professeur à la Faculté de Paris, de M. Bally, président de l'Académie, et de M. Bouillaud, également professeur à l'Ecole de médecine. Il était difficile de constituer un jury plus compétent et plus honorable.

MM. Fouquier et Bouillaud se sont livrés à des expériences nombreuses, et leur verdict ne s'est pas fait attendre. Sans nier le mérite relatif des préparations déjà connues que nous avons citées plus haut, ils ont déclaré que les dragées de Gélis et Conté au lactate de fer étaient supérieures à ces préparations et devaient leur être préférées. A l'appui de leur opinion, ils ont apporté la relation d'observations nombreuses dans lesquelles ils constataient les résultats très satisfaisants qu'ils avaient obtenus de l'emploi fait par eux-mêmes de la médication nouvelle. Le docteur Hardy, chef de clinique du professeur Fouquier, est venu appuyer l'opinion de son chef de ses observations personnelles, et les services des professeurs Andral, Bouillaud, de MM. Bally, Beau, Nonat fournirent bientôt leur contingent d'observations aussi concluantes.

Sur le rapport de sa commission, l'Académie de médecine a voté des remerciements à MM. Gélis et Conté, et l'impression dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire qui avait accompagné la présentation de leur produit.

La supériorité du lactate de fer sur les autres préparations martiales a été de ce moment reconnue. Plus tard, elle fut confirmée par les nombreuses expériences, tant physiologiques que pathologiques, de MM. Claude Bernard, Bareswill et Lemaire, et plus tard encore, en 1858, par le rapport d'une nouvelle commission de l'Académie de médecine, composée de MM. les professeurs Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. Les expériences qui furent faites alors, en présence de MM. Robiquet, Boudault et Corvisart constatèrent d'une manière irréfutable les avantages du lactate de fer au point de vue de la digestion et de l'assimilation.

Il est donc définitivement acquis que les dragées de Gélis et Conté sont le ferrugineux le plus efficace, et qu'aucun ne saurait combattre l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie avec une plus grande certitude de succès.

(*Union médicale.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7785. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

MM. les Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. Lereboullet, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Administration sanitaire : M. Henrot. — Nouvel ophthalmoscope : M. Giraud-Teulon. — Cholécystotomie : M. Terrillon. — Drainage de la vessie : M. Marc Sée.

Le projet d'organisation de l'hygiène publique en France, dont M. le docteur Henrot a fait connaître les dispositions principales à l'Académie mardi dernier, a plutôt fait preuve des excellentes intentions de son auteur qu'il n'a convaincu la Compagnie. La première partie cependant, consacrée aux réformes que réclame notre législation sanitaire, n'a pu que recueillir tous les suffrages; mais on a paru moins disposé à admettre les rouages administratifs imaginés dans la seconde partie. La création de médecins sanitaires dans chaque commune a aussitôt soulevé cette objection qu'il existe en France tout près de 30000 communes où ne résident ni docteur, ni officier de santé. Mais, quand bien même des médecins sanitaires seraient institués auprès de plusieurs communes, comme il est fait en Italie à l'aide de la *medica condotta*, il faut se demander si ces médecins doivent dépendre uniquement des autorités municipales ou seulement des autorités départementales, ou encore des unes et des autres à la fois. Il importe surtout de diminuer, là comme ailleurs, le nombre des personnes auxquelles une partie de l'administration de la chose publique est confiée; un petit nombre d'agents sanitaires bien rétribués sera toujours préférable. Il faut, en outre, que les municipalités, comme celle que dirige avec tant de zèle et de dévouement M. Henrot, ne soient pas entravées lorsqu'elles veulent bien s'occuper de la santé publique de leurs administrés; mais il convient aussi que l'Etat puisse forcer à agir celles qui manquent à leurs devoirs à cet égard, et puisse même, dans l'intérêt public, se substituer à celles-ci dans certaines circonstances.

— Il nous faut renvoyer au *Bulletin de l'Académie* tous ceux qui voudront connaître, dans leurs détails, les modifications apportées par M. Giraud-Teulon aux procédés d'exploration de l'œil. Le nouvel ophthalmoscope que notre éminent confrère a imaginé paraît de nature à rendre les plus grands services. Il appartiendra aux spécialistes d en vulgariser les applications.

— L'observation présentée par M. Terrillon vient démontrer une fois de plus que, grâce aux progrès de la méthode antiseptique, les opérations longtemps considérées comme nécessairement fatales ou tout au moins comme très dangereuses, peuvent réussir quand elles sont entreprises par un chirurgien habile et expérimenté. Il s'agissait, on le verra plus loin (p. 815), d'une tumeur biliaire sans fistule, et M. Terrillon a eu quelque peine à en extraire un calcul enchatonné par la muqueuse. Le succès a été complet. Les lecteurs de la *Gazette* rapprocheront ce fait de ceux qu'avait communiqués à l'avant-dernier Congrès de chirurgie notre confrère de Strasbourg, le docteur J. Bœckel (*Gazette hebdomadaire*, 1885, p. 360 et 609.)

— Nous signalerons enfin un rapport de M. Marc Sée, qui, après avoir expérimenté le procédé de drainage de la vessie conseillé par M. le docteur Desmons (de Bordeaux), conclut, avec une judicieuse réserve, à la nécessité d'observations nouvelles avant de juger cette méthode.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Taille et lithotritie.

Lorsque, dans la première moitié de ce siècle, la lithotritie fut devenue une opération bien réglée, la lutte fut d'abord vive entre les lithotripteurs et les lithotomistes. Malgré la répétition des séances, les lenteurs et les accidents de la guérison, le broiement n'avait cependant pas tardé à triompher. Puis les instruments furent peu à peu perfectionnés; on put s'attaquer à des calculs de plus en plus gros et durs. En 1878, enfin, Bigelow inventa la litholapaxie et permit au

brisement d'utiliser toute sa puissance. Alors on cassa des calculs jusqu'à ce moment réservés à la taille et, tout aussi bien que par l'instrument tranchant, on les évacua en une seule séance.

On pouvait donc croire que la chirurgie avait fait une conquête sérieuse. Ce fut d'abord l'avis à peu près unanime, celui que nos lecteurs trouveront soutenu, dans la *Gazette*, par M. Reclus (voy. *Gaz. hebd.*, 1882, p. 374). Tout vient cependant d'être remis en question, et quelques chirurgiens, allemands pour la plupart, ont, depuis un an environ, proclamé l'infériorité manifeste de la lithotritie. Une discussion a eu lieu, en avril dernier, au Congrès de chirurgie de Berlin; le professeur Guyon vient, à son tour, de faire au Congrès de Paris une communication de la plus haute importance. Nous croyons qu'on peut tirer de tout cela une conclusion nette et pratique.

I

Il y a environ deux ans, au Congrès des naturalistes allemands, réunis à Magdebourg, von Volkmann n'hésita pas à dire « que la lithotritie n'était pas en rapport avec les progrès de la chirurgie moderne ». Petersen, respectueux pour une méthode qui avait eu ses heures de gloire, proposa de lui réserver une place honorable dans l'histoire de la chirurgie. Vu l'autorité des orateurs et l'importance de l'assemblée, ces paroles eurent un grand retentissement. Il y a six mois Kœnig vint les développer devant le Congrès des chirurgiens allemands, d'après son expérience et les recherches de son élève Kramer. Voyons donc de quelles preuves il soutient ses assertions (1).

Quand on lit les mémoire dont nous venons de parler, on demeure étonné par la tendance de leurs auteurs à l'affirmation pure. Que dit Kramer ? Depuis sept ans que Bigelow a fait connaître sa méthode, on a beaucoup étendu le champ d'action de la lithotritie ; mais malgré les statistiques de Thompson, Ivanchich, Dittel, il reste des doutes. Il faut une habileté telle que les succès sont rares; de plus, les récidives sont fréquentes. Aussi, Volkmann, Bergmann, Petersen ont-ils raison contre Dittel, Albert, P. Bruns, Monod et « quelques autres ». Kuester soutient bien que la pierre peut récidiver après la taille, laquelle ne guérit point la cause des calculs. Mais, malgré tout, les partisans de la lithotritie diminuent. Thompson lui-même, malgré toute son adresse, ne brise pas les calculs qui pèsent plus de 60 grammes, et, dans un travail récent, il recommande la taille hypogastrique aux patriciens peu expérimentés, surtout si la pierre est dure.

Tel est le résumé fidèle du préambule de Kramer. On s'attendrait, après cela, à voir développer quelques arguments. L'espérance du lecteur est déçue et les pages suivantes ne s'occupent que du choix entre les diverses tailles. On cherche alors la démonstration dans le mémoire de Kœnig et, en effet, le commencement promet. « Il n'est pas rare que le triomphe rapide d'une opération soit suivi d'une chute plus brusque encore et qu'il ne reste presque rien, hors le nom, d'une pratique qui avait semblé précieuse pour l'humanité. » L'histoire de l'élongation des nerfs en est une preuve ; celle du traitement des calculs vésicaux en est une autre. Après Bigelow, l'opération sanglante a été pour ainsi dire proscrite ; on y revient aujourd'hui, par la force même des choses, car « le broiement des pierres par les voies naturelles n'est pas acceptable dans la chirurgie antiseptique ». Dès lors, une seule question se pose: Quelle est la meilleure des voies, le périnée ou l'hypogastre? Quant à la lithotritie, il n'en est plus parlé que dans le paragraphe final, dont voici la traduction exacte :

« La discussion des indications de la lithotritie n'entre pas dans cette étude. Mais mes observations prouvent que j'ai recours à la taille et que j'ai toutes raisons de me contenter des résultats ainsi obtenus. S'il m'est permis de donner mon avis sur la lithotritie, je dirai que c'est une partie glorieuse de l'art médical dans le traitement des pierres vésicales. Mais je considère cette opération comme un art, qui doit être appris, et pour lequel quelques-uns n'acquièrent jamais la main. La lithotritie doit rester réservée à quelques-uns, tandis que d'autres chirurgiens, forts de l'antisepsie, peuvent diagnostiquer un calcul et l'extraire par une des différentes cystotomies. »

Voilà donc la lithotritie « enterrée sous les fleurs jetées aux chirurgiens qui la pratiquent avec succès », dit avec raison le professeur Guyon. La logique a cependant le droit de se déclarer peu satisfaite. Dans tout cela il y a des assertions, mais pas l'ombre d'une preuve, et il ne nous suffit pas d'entendre Schede soutenir l'opinion de Kœnig parce qu'il connaît un malade « opéré par un lithotripteur des plus renommés qui n'a eu comme bénéfice que d'avoir sept ou huit calculs au lieu d'un ». Aussi, Volkmann, Petersen ont rectifié leurs appréciations premières, et le brisement des pierres a trouvé des défenseurs autorisés dans Gussenbauer, Schœnborn, Ebermann. Ces auteurs ont donné, en quelques mots, leur opinion sur les indications et les contre-indications de la lithotritie. Ces quelques matériaux eussent été insuffisants pour prononcer en dernier ressort sur le travail de Kœnig. La dernière communication du professeur Guyon nous met en état de porter un jugement basé sur des faits en nombre considérable.

II

Depuis 1878, avènement de la litholapaxie, M. Guyon a soigné 678 calculeux. Il ne s'est adressé que 31 fois à la taille : cela fait donc 647 lithotrities, c'est-à-dire un chiffre que Kœnig lui-même trouvera respectable. Là-dessus, 34 morts sont à déplorer, soit 5,2 pour 100. Et qu'on n'aille pas parler de série heureuse : à un moment donné M. Guyon n'avait que 3,53 pour 100 de décès sur 82 opérés, et une certaine série de 42 cas ne lui a donné que 2,37 pour 100 de mortalité. La statistique qui lui sert de point de départ est donc des moins favorables, et tout le monde accordera d'autre part qu'elle porte « sur des chiffres assez importants pour permettre de baser une appréciation. »

Prenons la statistique intégrale des deux auteurs dont nous voulons comparer la pratique. M. Kœnig nous présente 38 calculeux, taillés ou lithotritiés, dont 10 ont succombé, soit 31,5 pour 100; M. Guyon nous en montre 678, dont 48 sont morts, soit 7,08 pour 100. L'écart est tel qu'il nous est impossible de comprendre comment M. Kœnig peut en arriver à préférer sa manière d'agir.

Nous affirmerons donc immédiatement que du côté de M. Guyon se trouve la raison ; que dans le traitement des calculs vésicaux, on doit autant que possible avoir le broiement pour but, quitte à se résigner au besoin à la taille. Le chirurgien étudiera par conséquent avec soin quelles sont les indications et contre-indications de la lithotritie. Pour se faire une idée à ce sujet, il n'est rien de tel que d'analyser la cause

(1) Les mémoires de Kœnig et de Kramer viennent de paraître, *in extenso*, dans les *Archiv für klinische Chirurgie*, t. XXXIV, p. 56.

de la mort dans les cas malheureux. Dans sa présente communication M. Guyon n'en a retenu que 20, les autres ayant déjà été exposés dans les thèses de Desnos et de Kirmisson. Mais ces 20 observations portent en elles plus d'un enseignement.

III

L'âge, d'abord, est un élément important. Trois de ces décès concernent des octogénaires, tous trois vieux calculeux, morts sans qu'on puisse incriminer autre chose que l'intervention chirurgicale. Ont-ils succombé à la secousse opératoire? C'est possible. Aussi M. Guyon pense-t-il qu'à cet âge la lithotritie ancienne à séances courtes et répétées, sans chloroforme, semble être la méthode de choix. Il serait peut-être plus simple de se refuser à débarrasser de leur calcul les gens avancés en âge, « mais on ne peut avoir pour objectif la création et la conservation d'une belle statistique ». Sur 11 opérés ayant dépassé quatre-vingts ans, M. Guyon a eu 4 morts. C'est beaucoup. Mais ayons toujours comme point de comparaison la pratique opposée de Kœnig. Aucun des opérés n'avait quatre-vingts ans; sur 14 malades âgés de cinquante à soixante-dix-sept ans, 9 ont péri par la taille. Donc, même sur les vieillards, les chiffres donnent raison au chirurgien de Necker.

Les contre-indications absolues sont moins nombreuses depuis qu'on possède la lithotritie rapide. Autrefois, la *néphrite* était un obstacle au broiement: c'est que les fragments laissés dans la vessie irritaient toujours le rein et l'inflammation devenait désastreuse quand elle se propageait à une glande déjà malade. La litholapaxie évacue tout en une seule séance, et partant supprime ce danger. Taille et lithotritie sont donc devenues égales devant la néphrite, si l'on apporte à toutes deux une antisepsie également soignée. Sans doute l'opération sanglante force les malades à rester au lit, au lieu que M. Guyon a vu des lithotritiés imprudents se refroidir et succomber à une néphrite alors qu'ils semblaient à peu près guéris. Il serait difficile, toutefois, de tirer de là un argument sérieux contre la lithotritie.

Si un *rétrécissement* rend l'urèthre difficile à franchir, on en viendra à bout par la dilatation progressive, précédée s'il le faut d'une uréthrotomie interne. Ce n'est donc point là une contre-indication. Il n'en est pas de même des *hypertrophies prostatiques* considérables. Le canal est alors malaisé à parcourir et les instruments, introduits avec peine, évoluent mal dans un bas-fond peu accessible. Une fois la première prise effectuée, l'opération se termine en général sans encombre. Or les cas sont rares, heureusement, où cette prise est impossible, et d'autant plus rares que l'opérateur est plus exercé. Ils existent, néanmoins, et doivent être comptés parmi les contre-indications à la lithotritie.

L'*état de la vessie* est plus important à étudier. Nous ne parlerons pas des pierres enchatonnées ou encellulées: il s'agit là d'exceptions. Nous n'insisterons pas non plus sur la cystite aiguë. Elle interdisait la lithotritie ancienne; mais aujourd'hui, qu'il ne reste plus dans la vessie de fragments irritants, elle disparaît presque toujours après l'opération. L'aspiration, enfin, malgré les craintes d'Ebermann, supplée à la contractilité des parois vésicales: l'atonie de la vessie n'est donc plus un obstacle à la litholapaxie. Mais il reste quelques cas où la vessie est douloureuse, à la fois enflammée et contracturée. Ces spasmes rendent le broiement très laborieux, car ils ne cessent pas complètement sous le chloroforme. D'autre part, ils persistent après l'évacuation des fragments, si bien que M. Guyon a dû, une fois, faire succéder la taille à la lithotritie. Il est évident qu'en pareille occurrence la taille est, d'emblée, la méthode de choix.

Toutes ces contre-indications ne s'associent guère aux petits calculs qui sont, heureusement, la majorité. Pour ceux-là la lithotritie est bénigne, ne donne que 2,4 pour 100 de mortalité: elle est donc l'opération de choix. Inversement on doit tout de suite se résoudre à la taille quand une grosse prostate empêche d'arriver jusqu'à la pierre; quand le volume du calcul ou son enchatonnement s'opposent à la première prise; quand la dureté ne permet pas le premier éclatement; quand la vessie est contracturée par les spasmes douloureux qui d'abord ôtent toute liberté aux manœuvres et ne cèdent ensuite qu'à la cystotomie.

Si tout se bornait à cela, la question serait donc facile à juger. Elle se complique lorsqu'on fait intervenir deux autres éléments du plus haut intérêt: le *volume* et le *nombre* des calculs. C'est alors que les manœuvres deviennent difficiles et que les séances se prolongent. M. Guyon a brisé avec succès des pierres de 6 centimètres et a extrait 100 grammes de fragments; son élève M. Bazy a communiqué au Congrès un succès de ce genre. Mais, en général, il faut commencer à hésiter pour les pierres de 5 centimètres à 5 centimètres et demi. Alors, en effet, la première prise est souvent pénible; en outre, sauf pour les concrétions phosphatiques, dureté et volume sont fréquemment connexes. Ces pierres pèsent, en moyenne, 60 grammes environ: on voit donc que les conclusions de M. Guyon concordent fort bien avec celles de Thompson.

La multiplicité est plus défavorable encore et sur 6 malades opérés dans ces conditions M. Guyon en a perdu trois. Non point que les prises soient difficiles, que les manœuvres soient laborieuses; mais les séances sont longues. De plus, les calculs multiples sont d'origine rénale; les glandes émulgentes sont malades; les uretères sont enflammés et dilatés. Chez ces sujets, l'opération provoque souvent, par propagation ou par réflexe, des irritations néphrétiques dangereuses; des expulsions de calculs rénaux avec fièvre et coliques; avec anurie et urémie.

Les calculs nombreux et surtout volumineux constituent donc ce que le chirurgien de Necker appelle les *cas limite*. C'est alors surtout qu'on doit peser avec minutie les autres contre-indications, qu'on penchera vers la taille s'il s'ajoute une autre cause de difficulté ou de danger. Mais il ne faut pas enseigner qu'en pareil cas on doit toujours, de parti pris, ouvrir la vessie. La lithotritie aurait avantage à se trouver allégée de ces cas dont la mortalité relative est considérable. Mais les malades n'auraient pas le même intérêt: à condition toutefois qu'une main particulièrement habile leur broie alors leur pierre. Nous voilà revenu au conseil de Thompson qui engage les praticiens peu expérimentés à préférer la taille à une lithotritie pénible. Mais la limite est chose des plus variables, impossible à calculer en poids et en centimètres. Une fois la pierre saisie, le reste dépend de l'habileté, de la force manuelle du chirurgien; et aussi de la tolérance de la vessie. Or cette tolérance est d'autant plus grande que la main qui la met à l'épreuve est plus exercée.

IV

Les considérations qui précèdent nous conduisent à dire quelques mots sur le choix entre les différentes tailles. Il y a une indication spéciale à la taille périnéale: les cystites

spasmodiques très douloureuses. Alors en effet, la vessie une fois distendue se rompt aisément, par l'intensité de ses contractions sur le liquide qui lui fournit un point d'appui. M. Guyon insiste sur ce mécanisme, et montre que les ruptures dans la taille hypogastrique surviennent chez des sujets jeunes, dont la vessie est bien musclée. Mais aussi leur périnée est souple et leur prostate saine : il n'y a donc point d'inconvénient à le traverser.

Mais Volkmann, Kœnig, Schede, sont trop partisans de la taille périnéale et surtout de la boutonnière simple avec dilatation. Kœnig part de ce principe que l'uréthrotomie externe pour rétrécissement n'est jamais mortelle. Personne ne le contredira. Mais la voie périnéale devient dangereuse pour les gros calculs et les grosses prostates. Or, nous venons de le voir, c'est précisément dans ces conditions que le chirurgien se résoudra à la taille. Aussi le maître de Necker a-t-il raison d'affirmer que, de plus en plus, le parallèle s'établira entre la lithotritie et la taille hypogastrique. Cette manière de voir est celle de Thomson ; elle a été défendue, il y a quelques mois, dans une discussion à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres. Au Congrès de Berlin, la taille hypogastrique a eu pour adeptes Schœnborn, Sonnenburg, Gussenbauer, ceux en un mot qui ne considèrent pas la lithotritie comme un anachronisme.

Sans doute, la taille hypogastrique donne encore une mortalité élevée, mais pour la juger on ne doit pas s'en tenir à l'exposé d'une statistique brute. Kœnig repousse cette opération, parce que le pourcentage pur et simple lui est défavorable. C'est oublier que la cystotomie sus-pubienne est presque toujours appliquée aux mauvais cas, aux pierres que l'on n'a pu briser. Il n'y a aucune parité à établir entre l'extraction périnéale d'un petit calcul chez un jeune sujet, et le haut appareil destiné à délivrer un vieux prostatique d'un gros calcul. Or les conclusions de Kœnig sont appuyées sur un parallèle de ce genre.

On aura donc pour but de perfectionner la taille hypogastrique. Il est des insuccès inévitables, et il serait injuste d'accuser la taille lorsque l'autopsie révèle une lésion viscérale grave. Mais la statistique de Tuffier prouve que, par l'infiltration d'urine, l'opération cause directement plus d'un tiers des décès. On est en droit d'espérer que les progrès du manuel opératoire restreindront peu à peu cette proportion considérable. Le drainage imaginé par le professeur Demons sera peut-être souvent utile : un tube en anse, percé de plusieurs trous au sommet de sa courbe, passe par l'urèthre et par la plaie hypogastrique. Le professeur A. Poncet (de Lyon) a eu à s'en louer (1). Mais l'avenir est peut-être aussi dans la suture vésicale et, avec un succès personnel, le professeur Gross (de Nancy) a plaidé pour elle devant le Congrès. Les résultats aujourd'hui acquis semblent favorables chez les jeunes sujets, lorsque la vessie et l'urine ne sont pas trop altérées. Toutefois il faut convenir que pour les individus âgés, à vessie malade, à urines irritantes et septiques, la cystorrhaphie n'est point fort avantageuse, jusqu'à présent. Ce n'est pas un motif pour la proscrire en principe. Il faut seulement attendre que des procédés plus parfaits permettent de l'appliquer sans danger.

Mais, nous le répéterons, quelque perfectionnée que soit la taille, elle ne saurait faire reléguer la lithotritie parmi les opérations surannées. L'idéal du chirurgien doit être de s'exercer autant que possible au broiement des calculs ; de chercher à reculer de plus en plus cette limite qui d'abord l'enserre dans ses bornes étroites ; de considérer la cystotomie comme une ressource ultime, dont on use d'autant moins qu'on est plus expérimenté. La chirurgie française sera reconnaissante au professeur Guyon d'avoir défendu ces opinions. Sans contredit, les conseils de Kœnig sont plus commodes à suivre : La lithotritie est difficile à apprendre ? N'essayez pas et adressez-vous à la méthode, plus dangereuse, que chacun peut arriver, sans trop d'efforts, à mettre en pratique. Ce qui devient paradoxal, c'est d'émettre cette doctrine au nom du progrès !

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Une nouvelle méthode thérapeutique. De l'oxydation dans le traitement des pyrexies et particulièrement de la fièvre typhoïde. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 26 novembre 1886, par M. Albert Robin, médecin de l'hospice des Ménages.

Pour ne pas surcharger par un volumineux mémoire les comptes rendus de la Société, je donnerai seulement ici les conclusions principales qui découlent de mes recherches.

La thérapeutique de la fièvre typhoïde doit s'appuyer sur les trois principes suivants qui dominent la statique chimique de cette maladie :

1° Diminution des oxydations qui donnent naissance à des produits solubles, toxiques seulement à haute dose, facilement éliminables ;

2° Augmentation des actes d'hydratation et de dédoublement qui engendrent des produits peu solubles, généralement toxiques, difficilement éliminables, d'où leur rétention fréquente dans l'organisme ;

3° Augmentation de la désintégration totale de l'organisme.

Dans une précédente communication j'ai démontré le second de ces principes et fourni les moyens de remplir les indications qui en résultent.

La démonstration du premier principe fait l'objet de la communication actuelle.

Contrairement à l'opinion qui règne parmi les médecins, opinion sur laquelle on a basé la méthode antipyrétique, les oxydations ne sont pas la seule source de la chaleur animale. Les actes d'hydratation et de dédoublement qui jouent un rôle considérable dans la désintégration fébrile sont aussi

(1) Le professeur A. Poncet a bien voulu nous communiquer l'observation suivante, dont il a parlé au Congrès :

« J'ai pratiqué six fois la taille hypogastrique ; j'ai eu recours dans cinq cas soit à la suture des parois vésicales, soit au drainage avec deux tubes en canon de fusil, suivant le procédé préconisé particulièrement par M. Périer. Dans ces cinq cas j'ai vu l'urine sourdre en plus ou moins grande quantité du côté de la plaie vésicale, et à certains moments tacher les pièces du pansement : on ne se trouvait donc pas complètement à l'abri de l'infiltration urineuse. Dans le dernier cas j'ai eu recours au procédé de drainage conseillé récemment par M. Demons, dans une communication faite à l'Académie de médecine. Il s'agissait d'un enfant de dix ans, chez qui je pratiquai une cystotomie sus-pubienne, pour un calcul vésical. La vessie incisée, je ne trouvai pas de calcul vésical et je songeai alors à une tuberculose urinaire que l'autopsie vint, du reste, démontrer trois mois après ; en même temps qu'une incrustation calcaire, limitée, du bas-fond vésical, qui m'avait, lors du cathétérisme, donné la sensation d'un calcul. Je fis passer par le canal de l'urèthre et par la plaie vésicale un drain de petit calibre et qui me paraissait devoir être ainsi mieux toléré ; ce drain portait trois ouvertures vers sa partie moyenne, appelée à être en rapport avec le bas-fond vésical. L'écoulement de l'urine fut parfait, à aucun moment elle ne vint suinter par la plaie vésicale. Ce mode de drainage m'a paru réaliser les meilleures conditions d'écoulement de l'urine. J'ajouterai que l'enfant opéré, qui survécut trois mois, fut soulagé par ce drainage ; les douleurs disparurent et les urines furent pendant quelque temps moins sanguinolentes. »

générateurs de chaleur, et la calorification fébrile résulte de l'ensemble de ces réactions.

Or, dans la fièvre typhoïde, les actes d'oxydation sont notablement amoindris puisque : 1° le coefficient d'oxydation est abaissé ; 2° les proportions d'urée sont en raison inverse de la gravité de la maladie ; 3° l'absorption d'oxygène ne croît pas en raison de la quantité de combustible mis en liberté, et l'excrétion d'acide carbonique dépasse à peine celle de l'homme sain.

Ceci ruine complètement la base sur laquelle s'appuie la méthode antipyrétique et conduit, au contraire, aux deux indications suivantes :

A. Eliminer du traitement de la fièvre typhoïde les moyens ou médicaments qui ralentissent les oxydations. Reviser, à ce point de vue, tous les antipyrétiques en usage.

Exemple.— Le sulfate de quinine à dose faible, ralentissant la désintégration sans diminuer les oxydations, tandis qu'à haute dose il abaisse à la fois les oxydations et l'absorption de l'oxygène, il importe de ne l'administrer qu'à doses faibles ou fractionnées.

L'antipyrine et les médicaments analogues diminuent le coefficient d'oxydation, augmentent l'acide urique et la potasse. Voilà plus de raisons qu'il n'en faut pour les proscrire.

B. Favoriser les oxydations organiques :

1° En maintenant dans l'air l'oxygène en quantité et tensions convenables (aération, température basse, diffusion d'oxygène) ;

2° En s'opposant aux stases pulmonaires qui sont un obstacle à l'hématose ;

3° En stimulant le système nerveux qui exerce une influence directrice sur les oxydations (bains froids qui augmentent le coefficient d'oxydation) ;

4° En choisissant parmi les médicaments et médications ceux dont l'action se juge par une augmentation des oxydations.

Aucun des médicaments très oxygénés que j'ai étudiés (chlorates, bromates, iodates) ne subit une réduction assez complète pour être employé avec avantage.

Il faut s'adresser aux médicaments qui favorisent l'absorption de l'oxygène. La revision des médicaments, à ce point de vue, est en voie d'exécution ; mais je puis indiquer dès maintenant l'alcool à petites doses et les boissons abondantes qui augmentent le coefficient d'oxydation.

Pathologie externe.

Nouvelles notes sur le tétanos équin et humain, par M. le professeur Verneuil.

(Fin. — Voyez les numéros 48 et 49.)

Je dois les deux observations suivantes à l'obligeance de M. le docteur Denance, de Varennes (Loiret), l'une et l'autre sont précieuses au point de vue pathogénique.

Obs. I. — Mme Ar..., quarante-cinq ans, fermière, sèche, nerveuse, dyspeptique, nourrissait son septième enfant depuis six mois, lorsque, le 15 novembre 1881, étant dans une grange pour prendre de la paille, elle se blesse au pied droit avec la dent d'un râteau de bois qui ne servait que dans les champs et n'était employé ni dans les étables, ni dans les écuries.

La dent de l'outil pénètre dans le premier espace intermétatarsien. L'écoulement sanguin est minime, mais la douleur est très vive. Cependant, bien que souffrant toujours, Mme A... reprend dès le lendemain ses occupations ; elle va à l'étable traire ses vaches, mais n'approche pas des chevaux. A la vérité, l'étable et l'écurie se touchent.

Huit jours après l'accident, douleurs violentes dans la plaie et tout le pied ; agitation, irritation, malaise indéfinissable ; la température est froide, l'atmosphère humide ; la maison, du reste, est également froide et humide.

M. le docteur Denance, appelé pour la première fois, constate la présence d'un abcès et demande à l'ouvrir. La malade remet au lendemain ; pendant la nuit l'abcès s'ouvre, et laisse échapper *quelques débris de chaussons de laine*. Dès le même soir, dysphagie et trismus. Le lendemain, contracture généralisée. Mort le 28 novembre, malgré le chloral et la morphine administrés à fortes doses.

Ici encore on retrouve dans les circonstances qui ont suivi la blessure les conditions d'une contamination par les produits équins. Le râteau n'était peut-être pas souillé, mais il a créé une plaie contuse avec séjour prolongé d'un morceau du chausson, lequel pouvait certainement être imprégné de la boue liquide de l'étable ou de l'écurie voisine.

Cette complication de corps étranger rappelle la fameuse observation de Dupuytren où l'on trouva dans le nerf cubital un bout de mèche de fouet, observation qui, soit dit en passant, grossit le nombre des cas où l'agent vulnérant a été en contact avec le cheval. Inutile, je crois, d'insister pour prouver que ce fait est encore favorable à ma thèse.

Obs. II. — Clément, onze ans, bonne santé ; son père est alcoolique et son grand-père cocher de maison bourgeoise ; il habite, dans la même commune que la malade de l'observation précédente, une maison en contre-bas où l'on n'entre qu'en descendant, et qui est humide, à plafond bas, à ouvertures étroites.

Le 22 avril, il se blesse au niveau de la malléole externe du pied gauche avec un fragment de verre ; la plaie a peu d'importance ; elle se cicatrise rapidement ; le jeudi 6 mai, l'enfant, qui avait repris sa vie ordinaire, passe une demi-heure à patauger dans l'eau croupie d'une mare.

Le lendemain il va à l'école, mais marche fort péniblement. Le malaise augmente vers la fin de la journée. Dans la nuit du vendredi au samedi, dysphagie, agitation, impossibilité de se tenir debout.

M. Denance, appelé le dimanche, constate une contracture généralisée avec convulsions très fréquentes ; il prescrit le chloral, la morphine, l'immobilité absolue, l'enveloppement dans une couverture de laine, l'obscurité et la température élevée de la chambre. Malheureusement, un confrère consulté n'approuva pas ces moyens, qui ne furent employés que trop tard.

L'enfant mourut le 13 mai, vingt jours après sa blessure, sept jours après l'immersion dans l'eau froide.

Bien que M. Denance nous apprenne qu'entre ces deux tétanos humains observés dans la même commune, un tétanos équin se soit montré dans le village de Varennes, situé tout auprès, l'origine animale de la maladie est difficile à saisir chez le jeune Clément. Il était, à la vérité, petit-fils de cocher, mais demeurait à 500 mètres des écuries de son grand-père et n'y mettait jamais les pieds ; parfois seulement il allait jouer avec d'autres enfants dans une ferme, à 200 mètres environ de chez lui, mais n'approchait pas les chevaux. Au lieu de m'évertuer à découvrir une contagion directe, je préfère présenter quelques remarques sur le rôle pathogénique qu'a pu jouer l'immersion prolongée du pied blessé dans l'eau froide de la mare. Le tétanos ayant apparu le lendemain même de cette immersion, il est difficile de nier la relation de cause à effet ; mais alors deux interprétations se présentent :

1° Quoique complète, la cicatrice encore mince et perméable a pu absorber le virus contenu dans l'eau de la mare, eau croupie et vraisemblablement souillée par les déjections des bestiaux : d'où inoculation soudaine, incubation à peu près nulle, et début immédiat du mal.

2° Le virus tétanique venu je ne sais d'où, j'en conviens, et déposé dans la plaie encore ouverte, n'a point empêché la cicatrisation, mais n'a pas été davantage absorbé ; il est resté inerte et latent. Sans doute, il aurait fini par disparaître au bout d'un temps plus ou moins long, mais le froid intervenant, exactement comme dans les expériences de Pasteur sur le charbon des poules, a favorisé la culture ou prolifération des germes, et les a fait passer de la latence à la patence.

J'incline fort vers la seconde explication. Il suffit, pour l'accepter, d'accorder au virus tétanique la propriété, qu'il partage d'ailleurs avec bien d'autres, de rester innocent, silencieux, stérile dans le point où il a été inséré jusqu'à l'heure où une cause adjuvante le réveille, l'active et le disperse dans l'économie tout entière. L'histoire du microbisme latent est remplie de faits de ce genre. Les partisans si nombreux de l'action du froid humide dans le tétanos ne récuseraient pas cette pathogénie, qui rendrait bien compte des variations si considérables de l'incubation dans la maladie qui nous occupe.

Voici enfin une note dont l'importance n'échappera à personne, car elle contient la statistique intégrale d'un praticien très distingué de la province, M. le docteur Vendrand (de Villers-Cotterets), qui pendant vingt-deux ans a fait presque toute la chirurgie de sa région. Les cas de tétanos qu'il a observés sont à la vérité peu nombreux, mais sur sept il y en eut six chez des sujets en contact plus ou moins fréquent avec le cheval, et le septième malade lui-même s'y trouvait assez souvent.

Les cas de tétanos équin ont été au contraire très nombreux, car on en a compté plus d'une centaine pendant la même période.

C'est jusqu'ici le document le plus important qui me soit parvenu à l'appui de la théorie que je soutiens.

Cas de tétanos traumatique dans la région de Villers-Cotterets, pendant une période de vingt-deux ans, de 1864 à 1886.

Pendant ce laps de temps j'ai observé sept cas, *dont six* sur des malades exerçant des professessions les mettant en rapport avec le cheval, soit directement (valets de ferme, cultivateurs, commerçants ayant voiture), soit indirectement (jardiniers, par les fumiers; bourreliers, par les harnais); *un seul* cas sur un employé de chemin de fer sans rapport démontrable avec les chevaux.

A. — *Professions occasionnant des rapports avec le cheval.* — 1867. — Marié, quinze ans, valet de ferme. Plaie de la plante du pied par une *dent de fourche*. Tétanos aigu, mort au quatrième jour.

1868. — Judas, quarante ans, jardinier à Braisne (Aisne) (profession à fumiers). En rentrant des caisses d'orangers subit un écrasement des doigts des deux mains. Pansement en cuirasse. Huit jours après l'accident, tétanos chronique : guérison survenue une quinzaine de jours après l'invasion.

1871. — Femme Chrétien, à Bonneuil (Oise), trente-cinq ou trente-sept ans, *cultivatrice*. Rentrant chez elle dans sa charrette, est surprise par un ouragan effroyable; charrette et cheval versant dans un ravin. Fracture compliquée de la jambe gauche; amputation le lendemain matin. Tout va bien. Un mois après l'opération la blessée est en pleine convalescence, se lève et reste une partie du jour dans un fauteuil, mange bien, etc.; il ne reste plus que deux petits bourgeons charnus aux deux angles de la cicatrice. Je ne la vois plus que de trois en trois jours. Une après-midi, émotion violente, elle a cru voir par sa fenêtre son mari tomber sous la charrette qu'il faisait rentrer à ce moment dans la cour : ne pouvant se lever pour vérifier le fait, elle reste sous le coup d'une angoisse terrible jusqu'au moment où son mari, sa besogne terminée, rentre dans la chambre. Le lendemain trismus, tétanos aigu, mort en trois jours (environ cinq semaines après l'amputation).

1875. — Cagnard, quarante-cinq ans, *bourrelier* à La Ferté-Milon (Aisne). En faisant faire des travaux de maçonnerie reçoit dans l'œil gauche quelques éclaboussures de la chaux dont les maçons se servent pour faire leur mortier. Conjonctivite et kératite aiguës. Cinq jours après l'accident, tétanos aigu. Mort vers le quatrième jour.

1880. — Duboulet, trente-quatre ans, épicier à Villers-Cotterets, faisant le demi-gros et ayant par conséquent chevaux et voitures. En livrant dans un village une pièce de vin qu'il a amenée avec sa voiture, fait une chute et se blesse assez légèrement à la tête. Tétanos trois jours après l'accident. Mort le sixième jour de l'invasion.

1885. — François, vingt-huit ans, épicier à Villers-Cotterets, *a épousé la veuve du précédent*, continue son commerce avec ses chevaux et ses voitures. Un peu alcoolique, comme son prédécesseur d'ailleurs. Dans un de ses voyages sa voiture verse; il est violemment projeté contre le sol. Pas de plaie, pas de fracture; simples contusions. Pronostic des plus favorables. Cinq jours après l'accident, tétanos; mort en cinq ou sept jours.

B. — *Professions n'occasionnant pas de rapports avec le cheval; un seul cas.* — 1864. — Lebeau, quarante ans, employé à la gare de Villers-Cotterets. En manœuvrant des wagons subit un écrasement de la phalangette do l'auriculaire gauche. Les parties molles sont seules intéressées; la pulpe du doigt a éclaté sous la pression comme une prune trop mûre. Blessure insignifiante, pronostic favorable. Le cinquième jour tétanos chronique. Guérison en une quinzaine de jours.

En somme sept cas de tétanos en vingt-deux ans. Cinq cas aigus suivis de mort; deux cas chroniques suivis de guérison. C'est précisément dans ces cinq cas mortels que la profession des victimes les rapproche du cheval de la façon la plus indiscutable.

Le tétanos est donc assez rare dans notre région, qui est cependant particulièrement humide et froide à cause des grands bois.

Tétanos traumatique chevalin. — Le vétérinaire du pays a, depuis trente-quatre ans qu'il exerce, observé en moyenne cinq à six tétaniques par an par castration, clou de route, blessures produites par les harnais, morsure d'un cheval voisin, etc.; la proportion est donc énorme par rapport au nombre des tétaniques hommes. Il n'a jamais vu la maladie d'un des chevaux qu'il soignait se communiquer à l'homme.

A propos du dernier cas de M. Vendrand, je dois faire remarquer que le malade, employé dans une gare de chemin de fer, n'était pas absolument à l'abri de la contagion chevaline, car les chevaux sont nombreux dans une gare comme Villers-Cotterets, et il n'est pas rare qu'on y transporte, comme marchandises, du fumier provenant de la capitale. Notons encore l'apparition, à cinq ans d'intervalle, du tétanos chez deux personnes vivant absolument dans les mêmes conditions. M. Vendrand, cherchant l'explication de cette coïncidence, ne la trouve que dans la théorie de l'infection par le cheval.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Séance de très courte durée, dans laquelle il n'est fait aucune communication de médecine; il est seulement procédé, par la voie du scrutin, à la formation d'une liste de deux candidats qui doit être présentée au ministre de l'instruction publique pour la chaire de pathologie comparée, laissée vacante au Muséum d'histoire naturelle de Paris par le décès de M. Henri Bouley.

A l'unanimité des membres présents, M. *Chauveau* est placé en première ligne, et M. *Gréhant* en seconde ligne.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MM. *Chastaing* et *Yvon*, pharmaciens à Paris, se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. *Rivière* demande à être porté sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres.

MM. *Lamarque* et *Dumont*, externes des hôpitaux de Paris, demandent à être inscrits pour le concours Vulfranc-Gerdy en 1886.

M. *Tarnier* fait hommage, au nom de M. *P. Budin* et au sien, du tome II de leur *Traité de l'art des accouchements*.

M. *Panas* présente la 3e édition du *Traité pratique des maladies des yeux*, par M. le docteur *Meyer*.

M. *Lannelongue* offre un ouvrage de M. le docteur *Lucas-Championnière* sur *la cure radicale des hernies*.

Ophthalmoscopie. — Tous ceux qui se sont occupés d'ophthalmoscopie savent par eux-mêmes, ou par de nombreux exemples, combien l'apprentissage technique de l'ophthalmologie est souvent retardé et même entravé par les tâtonnements inhérents à l'emploi, obligé jusqu'à ce jour, d'un faisceau lumineux, latéralement placé et réfléchi par un miroir dans la direction de l'œil à examiner. Il est en effet nécessaire de faire concorder le faisceau incident confié à la main droite armée du miroir et le faisceau émergent que doit recevoir la main gauche sur la lentille ophthalmoscopique. C'est pour parer à cette difficulté et élargir ainsi le cercle de vulgarisation de cette précieuse méthode de pénétration dans l'étude de l'anatomie pathologique *vivante*, que M. *Giraud-Teulon* s'est proposé le problème de la substitution d'un faisceau éclairant direct au faisceau réfléchi, indispensable jusqu'à ce jour en ophthalmoscopie. Si le faisceau émergent de l'œil observé suit nécessairement, en rebroussant chemin, le même trajet que le faisceau éclairant, l'impénétrabilité du corps exige, de son côté, que par un artifice ou un autre l'un des deux soit dévié de sa voie. Dans l'ophthalmoscopie originelle, monoculaire, cette déviation portait forcément sur le faisceau incident; d'où les difficultés rencontrées. Or il en est tout autrement dans la méthode binoculaire. Le faisceau émergent est alors reçu sur une surface commune aux deux rhomboèdres, opposés par le sommet, et préposés au partage entre les deux yeux de l'observateur, de ce faisceau en deux parts égales renvoyées de droite et de gauche suivant des axes parallèles à celui de l'œil observé. Ce partage préalablement fait par l'instrument lui-même permet de tourner la difficulté; il ne reste plus qu'à trouver pour le foyer éclairant une position telle qu'il n'intercepte pas par lui-même l'incidence de son inverse sur les rhomboèdres. On y arrive aisément en pratiquant au centre de la surface commune aux rhomboèdres et sur laquelle se partagent en deux moitiés les rayons émergeant de l'œil observé, une perte circulaire de substance de 4 à 5 millimètres de diamètre, à travers laquelle une source lumineuse quelconque, placée en arrière des rhomboèdres, exerce ses rayons directs vers l'œil observé. Cette source de lumière est ici une petite lampe Edison, fixée dans l'espace rectangulaire qui sépare, en arrière, les deux rhomboèdres, et qu'actionne une petite batterie de trois éléments (Trouvé) au bichromate de potasse. L'observateur placé en présence de son sujet, n'a plus qu'à prendre en main l'ophthalmoscope, comme il ferait d'un *face à main*, placer ses yeux en rapport avec les oculaires, pousser le bouton de l'interrupteur, et *regarder*. Outre l'absence de toute difficulté dans la technique de cette méthode, un second avantage qu'elle présente, c'est l'extrême facilité qu'elle procure de se rapprocher de son sujet presque jusqu'au contact. Cette seule propriété est d'un inestimable prix dans l'examen *à l'image droite*, si important dans l'étude des détails, eu égard à ses qualités amplificatrices. Cet instrument a été construit, sur les indications de M. *Giraud-Teulon*, par M. Roulot, opticien à Paris.

Cholécystotomie. — M. le docteur *Terrillon* communique l'observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans, ordinairement bien portante et ayant eu deux grossesses sans accidents, qui, sans avoir présenté aucun symptôme de colique hépatique, s'aperçut par hasard, il y a six mois, que dans la partie supérieure de l'abdomen à droite existait une grosseur arrondie, non douloureuse. A mesure que cette tumeur grossissait progressivement, la malade maigrissait, ses forces diminuaient et elle ressentait aussi une certaine gêne de la respiration et de la lenteur dans les digestions. A l'examen on constatait au-dessous du foie, qui déborde les fausses côtes, une tumeur arrondie, tendue, non fluctuante, mobile transversalement et un peu en haut, légèrement piriforme, et s'enfonçant dans la région du rein; l'urine est normale, ainsi que les matières fécales. Les sclérotiques étaient blanches et rien n'indiquait un état de souffrance du foie. Il y a dix jours, M. Terrillon fit une incision sur la ligne blanche au-dessus et au-dessous de l'ombilic en passant dans la cicatrice, à gauche de la tumeur. Le bord du foie apparut, très descendu; sous l'épiploon, on trouva la vésicule blanchâtre, très distendue. Une ponction aspiratrice donna 250 grammes de liquide clair, chatoyant. La vésicule fut fixée aux deux angles de la plaie abdominale et ouverte largement. Un calcul libre dans la cavité fut extrait facilement; un autre enchatonné dans le canal cystique et enlevé par morceaux et avec difficulté. Le fond de la vésicule fut réséqué et les bords de la cavité restante suturés à la plaie abdominale par des fils d'argent; on plaça deux tubes à drainage; pansement à l'iodoforme et ouate hydrophile.

Les suites de l'opération furent des plus simples: dans les premiers pansements, la bile s'écoula en abondance, surtout pendant la nuit; il n'y eut aucune trace de fièvre; les fils furent enlevés le huitième et le dixième jour. Actuellement la fistule est très petite, légèrement garnie par la muqueuse de la vésicule qui empêche la cicatrisation totale et la bile s'écoule toujours pendant la nuit. — (Le mémoire de M. Terrillon est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Alphonse Guérin*, *Léon Le Fort* et *Polaillon*.)

Drainage de la vessie. — A la séance du 25 mai 1886, M. le docteur Demons (de Bordeaux) a lu une Note sur le drainage de la vessie après la taille hypogastrique, dans laquelle il avait préconisé dans ce but l'emploi d'un tube de caoutchouc, à parois résistantes, du calibre n° 23 et de 90 centimètres de longueur, et qu'il plaçait en forme d'anse traversant l'urèthre et la vessie. M. *Marc Sée*, chargé de faire un rapport sur cette méthode, analyse la note de M. Demons, rappelle le cas favorable qu'il a cité et fait des réserves sur la valeur du procédé, jusqu'à ce qu'il ait été appliqué un plus grand nombre de fois.

Organisation de l'hygiène publique. — M. le docteur *Henrot* (Henri), professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine de Reims et maire de cette ville, communique un mémoire considérable sur l'organisation de l'hygiène publique en France. S'appuyant sur les excellents résultats qu'il a pu obtenir à Reims à l'aide du Bureau d'hygiène qui y fonctionne avec un grand succès depuis plusieurs années, il voudrait que chaque commune, ou tout au moins la plupart des communes puissent posséder des services d'hygiène analogues. Dans ce but, il examine d'abord les limites que, dans un intérêt de préservation générale, l'Etat peut apporter à la liberté individuelle et s'efforce de faire reconnaître que, si le maire trouve dans les lois les pouvoirs suffisants pour combattre une épidémie quand celle-ci a pris un développement assez grand pour inquiéter ou menacer sérieusement une population, il n'est pas suffisamment armé pour pouvoir, dès les premiers cas de la maladie, prendre à temps les mesures prophylactiques nécessaires. Le respect de la liberté indivi-

duelle ne saurait l'emporter en pareil cas sur la nécessité de sauvegarder la santé générale. Aussi voudrait-il qu'une loi contre le développement des maladies contagieuses permît de rendre obligatoires la déclaration, ainsi que l'isolement, soit dans les familles ou une maison de santé, et enfin la désinfection à domicile et dans les étuves.

Quant aux services sanitaires nationaux chargés de provoquer, de faire exécuter et de surveiller ces prescriptions, il devrait comprendre, suivant lui, l'institution d'un médecin sanitaire dans chaque commune, de bureaux d'hygiène dans les villes importantes, de médecins sanitaires et de bureaux d'hygiène départementaux. Une direction générale de la santé publique contrôlerait toutes les affaires sanitaires traitées par ces divers services. Leurs attributions réuniraient tout l'ensemble de l'hygiène publique, avec l'aide des conseils d'hygiène actuels, sous la surveillance des autorités communales et départementales. Des laboratoires existeraient dans chaque département et des rapports annuels permettraient de se rendre compte des progrès à accomplir. Les titulaires devraient être docteurs en médecine et avoir subi un examen spécial; leur traitement devrait leur permettre de se consacrer uniquement à leurs fonctions. — (Le mémoire de M. Henrot est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Brouardel*, *Proust* et *Rochard*.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Épidémie de tétanos à l'hôpital de Colmar : M. Larger. — Phlegmon du ligament large; incision; drainage : M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). — Hématosalpingite; ovariotomie : M. Terrillon. — Kyste synovial du poignet (présentation du malade) : M. Terrillon. — Élection.

M. *Larger* relate plusieurs cas de tétanos survenus à l'hôpital de Colmar; dans ces faits le rôle de la contagion est manifeste.

M. *Verneuil* apporte un nouveau contingent à cette étude. Il raconte qu'à Noisy-le-Sec un propriétaire a perdu un cheval du tétanos; un deuxième cheval placé dans la même écurie mourut quelques jours après du tétanos. A Villers-Cotterets, il y a eu un cas de tétanos communiqué du cheval à l'homme.

M. *Trélat*, depuis la guerre de 1870, a le sentiment que le tétanos est une maladie contagieuse. Cette idée lui est venue en présence des cas multiples de tétanos qui se développaient dans les ambulances encombrées, tandis qu'on n'observait aucun cas dans les ambulances bien tenues. D'après les documents les plus récents, il semble que le tétanos doive être mis au nombre des maladies contagieuses et infectieuses; mais jusqu'au jour où l'on aura trouvé dans l'économie une substance, un liquide, un tissu susceptible de communiquer cette affection aux animaux, on aura le droit de conserver quelques doutes sur sa véritable nature.

M. *Kirmisson* a observé le cas suivant à l'hôpital Cochin : un palefrenier reçoit un coup de pied de cheval à la tête, et quelques jours après il meurt du tétanos. Malgré de nombreuses expériences, il fut impossible de communiquer cette affection aux animaux inoculés ou trépanés.

M. *Verneuil* souhaite que la découverte du microbe du tétanos soit prochaine; mais déjà, pense-t-il, les faits cliniques sont suffisants pour admettre comme démontrée la transmission du tétanos de cheval à cheval, et du cheval à l'homme.

— M. *Pozzi* fait un rapport oral sur une observation de phlegmon du ligament large envoyée à la Société par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). Remarques du rapporteur : la vaste collection purulente qui avait amené la flexion et la rotation de la cuisse en dehors dénote une certaine participation du psoas à l'inflammation; la dénomination de laparotomie sous-péritonéale donnée par M. Houzel à l'incision est mauvaise, car le péritoine n'était nullement en cause, la collection purulente venant faire une saillie manifeste sous la peau. Le grattage des parois de l'abcès avec une curette tranchante aurait pu occasionner des désastres; dangereuses étaient également les injections phéniquées faites dans une région affectant des rapports étendus avec le péritoine.

M. Pozzi propose d'insérer cette observation dans les *Archives* de la Société.

M. *Trélat*. Dans ces derniers temps, on a fait un emploi abusif du mot laparotomie. On doit réserver exclusivement cette dénomination à l'ouverture de la cavité péritonéale.

— M. *Terrillon* présente les pièces anatomiques provenant d'une hématosalpingite. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui a eu quatre enfants; le dernier accouchement remonte à un an. Au mois de juillet dernier, elle éprouva tous les symptômes d'une hématocèle rétro-utérine; depuis cette époque et à chaque menstruation elle a des métrorrhagies abondantes. Au toucher vaginal, M. Terrillon trouve une tumeur développée à la partie postérieure de l'utérus, mais indépendante de cet organe. Il éprouve une sensation de rénitence qui permet d'écarter l'idée d'un fibrome. Laparotomie avec le concours de MM. Monod et Schwartz : l'intestin est refoulé en haut, les adhérences péritonéales sont détruites, et on constate que la tumeur est formée par un kyste sanguin de la trompe. Les trompes et les ovaires sont enlevés. Après l'opération, lavage de la cavité pelvienne avec un courant d'eau tiède et préalablement rendue antiseptique par l'ébullition.

M. *Trélat*. Le côté fort intéressant de l'observation de M. Terrillon a trait à la précocité du diagnostic de la tumeur, d'où la nécessité d'une intervention hâtive avant le développement d'adhérences multiples et très solides, qui augmentent singulièrement les difficultés et les dangers de l'opération.

M. *Terrillon* s'est contenté de donner quelques détails sur son opérée; dans la prochaine séance, il se propose de lire à la Société l'observation complète de la malade.

— M. *Terrillon* présente à la Société un homme de trente-deux ans, opéré d'un kyste à grains riziformes de la gaine du long fléchisseur propre du pouce; la guérison est parfaite.

M. Terrillon a fait examiner les fongosités enlevées des parois du kyste, et on n'a pu y trouver les microbes de la tuberculose; enfin des expériences d'inoculation faites sur le lapin ont toujours donné des résultats négatifs.

M. *Trélat*, depuis la communication de M. Nicaise, a donné plusieurs fois à examiner la constitution histologique des grains riziformes et de la paroi de ces kystes; constamment on y a trouvé les cellules géantes et les microbes caractéristiques de la tuberculose.

M. *Peyrot* a opéré dernièrement une jeune femme pour un abcès de la marge de l'anus. A l'ouverture de la poche, il s'est écoulé peu de pus, mais on a retiré une grande quantité de grains riziformes identiques à ceux qu'on trouve dans les kystes du poignet.

— M. Schwartz est élu membre titulaire de la Société.

P. Valat.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Du sulfure de carbone pour les injections gazeuses rectales : M. Dally. — Des cures d'altitude : M. Dally. (Discussion : MM. Rougon, C. Paul, Dujardin-Beaumetz.) — Des injections gazeuses rectales : M. Dujardin-Beaumetz. (Discussion : MM. Féréol, Blondeau, Dally, C. Paul.)

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Dally* fait observer que le sulfure de carbone n'est pas dangereux par lui-même pour les injections gazeuses rectales, mais que l'accident arrivé entre les mains de M. C. Paul tient évidemment à la trop grande quantité de liquide employée. Il ne faut mettre que quelques gouttes de sulfure dans un tube où passe l'acide carbonique; on évite ainsi tout danger de projection dans l'intestin. C'est un corps difficile à manier.

M. *C. Paul* n'a pas dit autre chose à la dernière séance; il a insisté, de plus, sur deux autres inconvénients graves du sulfure de carbone: l'inflammabilité de ses vapeurs et son action dissolvante sur le caoutchouc des appareils.

— M. *Dally* communique les résultats de ses observations au sujet des cures d'altitude, telles que Davoz où il a séjourné. La cure d'été dans ces stations est dangereuse, seule la cure d'hiver peut être bonne dans des conditions bien déterminées. Dans la plupart de ces stations on observe, en été, une très grande instabilité des météores; au mois de juillet et d'août, M. Dally a noté des variations thermométriques variant entre 3 degrés et 22 degrés. A Davoz, en particulier, situé à 1800 mètres d'altitude, la température, lorsqu'elle s'élève, reste plus aisément supportable que dans les vallées. Pendant la même période, M. Dally a assisté à deux coups de neige violents, suivis de dégel. En hiver la température est d'ailleurs bien plus stable. On a cru longtemps que, pour trouver l'air pur, il faut s'élever à une grande hauteur, et que la pureté de l'air est proportionnelle à l'altitude. On peut se demander aujourd'hui si cet air pur, d'une incontestable efficacité sur les fonctions organiques, se rencontre dans les stations d'altitude, et surtout s'il ne se rencontre que là. Ainsi, l'action antiparasitaire de l'air de Davoz est peut-être moins marquée qu'on ne se le figure; en effet, M. Dally a vu trois malades, habitant Davoz depuis quatre et cinq ans, et dont les crachats renferment toujours la même quantité de bacilles; ils sont cependant notablement améliorés. L'un d'eux, élève de Koch, a paru fort étonné que l'on pût regarder comme étant en rapport direct la gravité d'un cas donné de tuberculose et la quantité des bacilles contenus dans l'expectoration. D'autre part, les modifications du rythme respiratoire, dues à l'altitude, sont presque nulles; M. Dally n'a eu aucun besoin de suivre le conseil qui lui avait été donné, de s'arrêter à des étapes déterminées de la côte; il n'a éprouvé ni dyspnée, ni cyanose aucune. L'amplitude respiratoire est, dit-on, considérable chez les montagnards des Cordillères des Andes; c'est possible, mais chez les habitants de Davoz elle n'a rien de remarquable; le périmètre thoracique est rarement supérieur, chez la plupart de ces montagnards, à la demi-hauteur totale. La gymnastique pulmonaire dépendant de l'altitude semble donc inférieure à la gymnastique respiratoire volontaire que chacun peut réaliser. Enfin, il faut tenir grand compte, pour ces cures d'altitude, de la nationalité des malades; les Français ne sont pas suffisamment habitués aux intempéries pour tirer grand bénéfice de ces climats d'altitude; en outre, on rencontre, parmi les nombreux malades qui vont à Davoz, surtout des Allemands, des Suisses, des Hollandais, des Anglais; les Français y sont très rares, et par suite se trouvent isolés, s'ennuient au milieu de cette existence *more germanico ;* la cuisine est mauvaise, il faut être Allemand pour la manger sans répugnance; le paysage est triste. Le malade qui ne mange plus et s'ennuie a beau respirer de l'air pur, il dépérit et ne tarde pas à succomber. En résumé: 1° les cures d'altitude ne doivent pas être faites en été; 2° l'air pur est certainement très efficace, mais on en trouve autre part, et en particulier dans les climats maritimes; 3° la gymnastique pulmonaire volontaire est supérieure à celle qui résulterait de l'altitude; 4° on peut, d'après les faits, contester l'action antiparasitaire de l'air des altitudes; les bacilles persistent dans l'expectoration des malades après plusieurs années.

M. *Rougon* fait remarquer que, pour une même altitude, les variations brusques et nuisibles de température dépendent des climats; ainsi, en Amérique, et en particulier dans les stations d'altitude du Mexique, on jouit d'une température bien plus constante. En pleine mer, l'air est très pur et ne contient pas de micro-organismes; mais dans les stations maritimes de la Manche et de la Méditerranée, les micro-organismes sont nombreux, les vents de mer ayant passé sur l'Angleterre ou sur l'Algérie.

M. *C. Paul* reconnaît que les Russes, les Anglais, etc., habitués à des climats rigoureux, peuvent tirer un sérieux bénéfice du séjour à Davoz; mais les Français supportent fort mal un pareil séjour. Le climat pyrénéen peut être très bon, en été, pour les phthisiques, si l'on sait choisir le moment de la cure; ainsi, aux Eaux-Bonnes, à partir du 15 juin, après les grandes pluies jusque vers la fin de juillet, avant que l'atmosphère devienne chaude et sèche. A Cauterets, au Mont-Dore, il en est de même; l'air sec et chaud oblige les phthisiques à partir.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que, dans un même volume d'air, on trouve, au sommet du Mont-Blanc, trois microbes, et zéro en pleine mer; que, par suite, on pourrait conseiller de longs voyages sur mer aux tuberculeux, par exemple aller en Australie et en revenir par bateau à voiles; mais que jamais un Français n'acceptera un pareil déplacement. D'ailleurs, les mêmes stations ne sont pas bonnes pour tous; les Français ont besoin de société, d'une cuisine soignée, de certaines satisfactions de confort, d'une activité intellectuelle, qui font absolument défaut à Davoz ou dans les stations vantées des bords du Nil; à Madère, il n'y a que des Anglais, les Français y meurent d'ennui. Le médecin, avant d'envoyer un malade dans une station pour y faire une cure, doit donc se rendre compte si cet individu pourra y vivre; aussi ne faut-il jamais envoyer un Français à Davoz.

M. *Dally* se demande s'il est bien nécessaire que l'air ne renferme pas de micro-organismes pour être de l'air pur; savons-nous même s'il n'est pas de bons et de mauvais microbes? En un mot, il doute fort que la pureté de l'air soit liée directement à la quantité de microbes qu'il renferme.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que c'est en France surtout qu'on a étudié les microbes de l'atmosphère. Les recherches de Miquel ont fait connaître la quantité de micro-organismes contenus dans l'air en différents points; mais elles ont aussi établi que, jamais jusqu'ici, on n'a trouvé dans l'air aucun microbe reconnu pathogène, aucun des micro-organismes appartenant aux maladies contagieuses.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a essayé les injections gazeuses rectales chez un asthmatique, qui n'a été soulagé en rien; chez un malade atteint de catarrhe bronchique simple qui a été considérablement et rapidement amélioré : en vingt-quatre heures l'expectoration a diminué de plus des trois quarts, la toux est devenue rare et, par suite, le malade a retrouvé le sommeil. Il a obtenu des résultats d'ordre analogue chez les tuberculeux : diminution de la toux et de l'expectoration. N'ayant pas à sa disposition, à l'hôpital, une

eau sulfureuse naturelle suffisamment riche, il a fabriqué une eau artificielle qui lui a donné de très bons résultats; il s'est assuré du dégagement d'hydrogène sulfuré chez ses malades au moyen du papier réactif à l'acétate de plomb. Mais il se demande si ce n'est pas l'acide carbonique qui agit le plus efficacement et qui calme les malades, car les résultats lui ont paru sensiblement les mêmes alors qu'il employait l'eau sulfureuse naturelle trop faible, et qu'il ne constatait pas la moindre exhalation d'acide sulfhydrique. Il commence une série d'expériences avec l'iodoforme et l'eucalyptol. On doit toujours prendre grand soin de vider d'air l'appareil, car l'injection, dans le cas contraire, est douloureuse; il faut surtout faire pénétrer le gaz dans l'intestin avec une extrême lenteur, sans quoi on observe des coliques violentes : il faut employer au moins une demi-heure pour injecter les quatre litres de gaz contenus dans l'appareil; et même on fera bien, dans la plupart des cas, de s'en tenir à trois litres.

M. *Féréol* est d'avis que la thérapeutique est si désarmée en face de la tuberculose, qu'on doit expérimenter tous les procédés de traitement présentant quelque apparence d'efficacité; aussi a-t-il essayé les injections rectales gazeuses, bien qu'il n'ait dans cette méthode qu'une médiocre confiance. Il continuera l'expérience trop incomplète encore; mais il croit, dès maintenant, devoir mettre en garde contre les accidents qui peuvent résulter d'une injection gazeuse trop rapide; en effet, le premier malade qu'il a soumis à ce mode de traitement a éprouvé de violentes douleurs abdominales, suivies de diarrhée et de vomissements répétés. On fera bien de n'injecter, pour commencer, qu'un litre de gaz, et d'augmenter progressivement dans les séances suivantes. Peut-être est-ce au mélange d'air avec le gaz carbonique que sont imputables, en partie, ces accidents; mais ce mélange est inévitable, puisque le flacon producteur de gaz carbonique et le flacon barboteur sont remplis d'air tous deux au début de l'opération. Enfin, dans l'appareil de Galante, la poire d'injection est interposée entre le barboteur et la canule, au lieu d'être placée avant le barboteur; il en résulte que les foulées successives, qui poussent le gaz dans l'intestin, retentissent directement sur la muqueuse rectale, ce qui n'est peut-être pas sans inconvénients.

M. *Blondeau* se demande si l'acide carbonique ne joue pas le principal rôle; n'est-ce pas à lui qu'est dû l'engraissement des malades, en tant qu'agent de la nutrition cellulaire?

M. *Dally* a constaté que la respiration des malades soumis aux injections sulfo-carbonées trahit pendant toute une journée l'odeur du médicament. Il croit qu'on pourrait avec avantage supprimer le flacon laveur et le remplacer par un tube renfermant des morceaux de sulfure de sodium dans lequel passerait le courant de gaz carbonique. Il tient de M. Bergeon lui-même que celui-ci se demande si ce n'est pas l'acide carbonique qui représente l'agent réellement efficace.

M. *C. Paul* pense que la situation de la poire dans l'appareil de Galante a l'avantage de permettre d'apprécier plus exactement à la main le degré de résistance du côté de l'intestin. Pour lui, le meilleur liquide à employer dans le barboteur est l'eau de Challes, qui fournit une notable quantité d'acide sulfhydrique produit par la réaction de l'acide carbonique sur le sulfure de sodium qu'elle tient en dissolution. Il redoute également le mélange de l'air contenu dans les flacons avec le gaz carbonique, aussi s'occupe-t-il de faire préparer des siphons chargés d'acide carbonique pur.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer qu'il suffit d'avoir soin d'employer un flacon producteur de gaz dont les parois soient mouillées avant d'y projeter les sels qui vont fournir l'acide carbonique, et de le laisser quelques instants débouché. Un commencement de réaction se produit, et le gaz carbonique s'acccumulant peu à peu dans le flacon en chasse complètement l'air; on peut s'en assurer en approchant du goulot une allumette enflammée qui s'éteint aussitôt. L'air du barboteur est bien vite entraîné en faisant fonctionner l'appareil à vide pendant quelques instants.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Deuxième Congrès français de chirurgie (session d'octobre 1886).

(Fin. — Voy. les n°s 43, 44, 45, 46, 47, 48 et 49.)

Communications diverses.

— M. *Tillaux* (de Paris). *Du traitement des sections nerveuses par la suture.* — Deux cas sont à distinguer : 1° la suture immédiate au moment de l'accident; 2° la suture secondaire lorsque la paralysie persiste après cicatrisation de la plaie. 1° Malgré les assertions des physiologistes, la suture immédiate peut rétablir dès le lendemain les transmissions de sensibilité. Il s'agit, pour M. Tillaux, de réunion par première intention du nerf. On a objecté aux faits de Laugier, de Nélaton, que c'était de la sensibilité récurrente venant du nerf cubital. M. Tillaux vient aujourd'hui avec une observation où une plaie du poignet avait coupé le médian et le cubital; l'insensibilité était complète; la suture fut faite et le lendemain le malade sentait. Il est inadmissible que cela provienne du radial. Les physiologistes nient ce fait; mais peuvent-ils obtenir des réunions primitives sur des animaux dont l'immobilisation est forcément imparfaite? Au reste, cela ne réussit pas toujours chez l'homme; la suture n'en est pas moins utile, car elle met les deux bouts dans des conditions aussi favorables que possible à un bourgeonnement heureux du bout supérieur. 2° La suture secondaire après avivement se réunit quelquefois par première intention, et la sensibilité est alors rétablie dès le lendemain. Cela, il est vrai, est rare. Mais, en tout cas, la suture doit être pratiquée, car elle sert à remettre dans le droit chemin le bourgeon supérieur, qui sans cela pousse à l'aventure, s'unit par exemple à un tendon, comme M. Tillaux vient de le constater; alors la guérison survient peu à peu.

M. *Tripier* (de Lyon) est absolument d'accord avec M. Tillaux sur l'utilité qu'il y a à suturer les nerfs paralysés après section. Mais il lui est impossible d'admettre ses interprétations. Il ne s'agit sans doute, pour la suture primitive, que de sensibilité récurrente; on ne peut le nier que si les blessés ont la perception isolée de chacune des deux pointes d'un compas; or M. Tillaux ne dit pas avoir fait cette constatation, et quant à M. Tripier, ses recherches ont toujours été négatives.

— M. *Assaky* (de Lille). *De la suture à distance et de quelques applications chirurgicales de la greffe animale.* — La suture à distance n'a encore été essayée que pour les tendons et les nerfs. Pour les tendons, Benj. Anger a d'abord employé le fil d'argent; Gluck l'a remplacé par une tresse de catgut. Les expériences de MM. Assaky et Fargin ont prouvé que c'est une bonne opération; les tendons se régénèrent le long des fils de catgut; les résultats seraient probablement meilleurs encore chez l'homme, où l'immobilisation est possible. Pour les *nerfs*, les fils servent à guider les fibres nerveuses vers le bout inférieur; les fils de catgut se résorbent, mais ils persistent assez longtemps pour jouer leur rôle de conducteurs; d'autre part, c'est une opération bénigne. On doit surtout la faire quand on a été forcé de réséquer

un nerf. M. Assaky croit qu'on pourrait employer ce procédé dans certains cas déterminés de ruptures musculaires. Mieux encore : il est vérifié expérimentalement que, même d'une espèce animale à une autre, la greffe tendineuse réussit ; mais MM. Assaky et Fargiu n'ont jamais pu greffer de tronçons nerveux ; c'est une pratique essayée par Vogt et Albert ; elle ne paraît pas avoir grand avenir.

— M. *Boisseau du Rocher.* — *De la mégaloscopie.* — M. Boisseau du Rocher présente sous ce nom une série d'appareils électriques destinés à éclairer les cavités naturelles (estomac, intestin, vessie, etc.). Chaque cavité nécessite naturellement une instrumentation spéciale.

— M. *Magitot* (de Paris). *Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes des mâchoires.* — Depuis 1873, M. Magitot défend l'opinion qu'il y a deux sortes de kystes des maxillaires : 1° les kystes folliculaires d'origine embryonnaire ; 2° les kystes périostiques d'origine inflammatoire, le périoste dentaire décollé devenant paroi kystique. Or, dans cette seconde variété, il y a cependant un revêtement épithélial ; aussi s'agit-il de débris épithéliaux embryonnaires pour Verneuil, pour Reclus (kystes péridentaires), pour Malassez (kystes paradentaires). Plus récemment, Malassez a considéré le périoste dentaire comme un véritable ligament dentaire, opinion qui est d'ailleurs celle de Kœlliker, de Ranvier. M. Magitot accorde parfaitement cela ; mais il maintient son opinion sur la pathogénie des kystes dits périostiques. Leur cause est une lésion, traumatique ou autre, des dents ; ils sont appendus à leur sommet et les suivent souvent dans l'extraction. La différence entre les kystes et les abcès se trouve donc seulement dans l'intensité des phénomènes inflammatoires aigus dans un cas (liquide purulent), subaigus dans l'autre (liquide séreux). Autrefois on réséquait les maxillaires atteints de kystes ; puis on a pratiqué l'ouverture large des cavités. Cette dernière méthode donne de bons résultats, mais cause encore trop de délabrements. Depuis environ dix ans, M. Magitot a de nombreux succès par le drainage avec des tubes métalliques de faible diamètre. Ces tubes sont en étain, en argent ou en or. Pour les kystes volumineux, à contenu épais et visqueux, on emploiera le drainage à double courant par deux tubes accouplés de même diamètre, mais de longueur inégale (drain en flûte de Pan).

— M. *Redon.* *Un nouveau matériel de pansement.* — M. Redon préconise les pansements à la tourbe. Il s'appuie sur les résultats antérieurs de Neuber, de Leisrink. Pourtant Gafky a montré que ce milieu ne stérilise pas tout à fait les germes. On s'occupe peu en France de cet agent : c'est en partie parce que les tourbières favorables sont rares en notre pays. Au reste les qualités requises pour la tourbe employée sont encore fort discutées entre les adeptes de ce produit. En tout cas, son pouvoir absorbant est de beaucoup supérieur à celui de l'ouate de bois. A l'aide de procédés spéciaux, M. Redon a fait avec la tourbe une véritable ouate et une sorte de tarlatane dont il montre des échantillons au Congrès.

— M. *Aubert* (de Lyon). *La lanoline et l'absorption cutanée.* — La lanoline est une graisse spéciale qui provient des bêtes à laine. D'après Liebreich, qui l'a découverte, en onctions sur la peau elle favorise l'absorption cutanée. Les expériences de M. Aubert l'ont conduit à une conclusion radicalement opposée. Peut-être ce produit aura-t-il dès lors une certaine importance chirurgicale, soit pour protéger la peau contre certains agents de pansement, soit pour enduire le doigt qui va explorer certaines cavités suspectes.

— M. *Redard* (de Paris) lit trois observations de *difformités congénitales.* — L'une d'elles a trait à un enfant qui avait une bride congénitale parfaitement circulaire autour d'une des jambes, au 1/4 inférieur. Les mains étaient malformées, en partie en syndactylie. A chacune d'elles, un doigt portait une bride circulaire. La bride jambière fut extorquée et examinée histologiquement. L'épiderme était intact. M. *Jeannel* (de Toulouse) a opéré un cas analogue ; non seulement l'épiderme était intact, mais encore la bride contenait des organes glandulaires. C'est un argument puissant contre les théories extérieures (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 569). Les deux autres cas sont : 1° un fait d'absence de la rotule gauche ; 2° une courbure de la jambe avec atrophie de membre. L'orthopédie et le massage ont donné un très bon résultat.

— M. *Tedenat* (de Montpellier). *Traitement de l'hydrocèle par l'incision des bourses et la résection de la tunique vaginale.* — Depuis quelques années on tend à remplacer par l'incision aseptique la vieille méthode des injections irritantes. M. Tédenat a commencé par suivre pendant longtemps (de quatre ans à six mois) 150 malades opérés par injection ; il a eu 12 pour 100 de récidives ; si on injecte la teinture d'iode pure et en petite quantité, la proportion tombe à 2 ou 3 pour 100 ; ce procédé évite encore les abcès parfois observés lorsqu'il s'introduit sous la peau de la teinture diluée qui distend les bourses. Mais dans les cas où il y a tendance à la pachyvaginalite (et ceux-là sont surtout ceux qui résultent de vieilles épididymites), l'irritation que cause l'injection donne un coup de fouet nuisible et engendre souvent une hématocèle. A ces cas, dont M. Tedenat précise le diagnostic, il faut appliquer la résection de la vaginale. On ne doit pas en user contre les hydrocèles simples, car cette méthode ne met pas à l'abri de la récidive et elle exige une asepsie parfaite qui n'est pas toujours facile à réaliser « dans cette région montueuse où s'exhalent souvent des gaz délétères ».

— M. *Nepveu* (de Paris). *Éruption bactérienne partant d'une plaie articulaire.* — Un femme se fit à un doigt une luxation avec plaie ; une gouttière de gutta-percha fut placée ; quelques spasmes survinrent, qui cédèrent aux bains antiseptiques et aux potions au chloral. Puis on observa une éruption formée de petites vésicules qui remontaient jusqu'au bras ; bientôt un exanthème polymorphe (papules, vésicules, érythème ortié) s'étendit sur tout le corps. La malade n'eut d'ailleurs pas de fièvre et l'éruption guérit rapidement. Le liquide des vésicules du poignet contenait des bactéries que M. Nepveu n'a pas réussi à cultiver.

— M. *Labbé* (de Paris). *Note sur l'extirpation du larynx.* — Après avoir fait la première opération française, M. Labbé en a pratiqué deux autres. Il désire prouver que cette ablation, autrefois dite très émouvante, est en réalité très facile. Nous ne parlerons pas de la première observation déjà rapportée à l'Académie de médecine ; les deux autres concernent des cancers, dont un avec léger retentissement ganglionnaire. Le premier malade a succombé à une pneumonie, parce que la canule n'a pas été surveillée avec soin ; le second portait un larynx énorme et faillit périr sous le couteau, dans une syncope qui dura vingt-six minutes, pendant lesquelles la respiration artificielle fut faite ; puis l'opération dura encore cinq quarts d'heure ; quatre mois après la récidive avait lieu. En somme l'extirpation du larynx est devenue aujourd'hui relativement bénigne. La trachéotomie préalable doit être faite, aussi bas que possible, quelques semaines auparavant ; le chloroforme est donné en maintenant devant la canule une éponge imbibée. La canule de Treudelenburg est ce qu'il y a de mieux pour empêcher le sang de pénétrer dans la trachée ; il faut gonfler le ballon de liquide et non d'air (Michaël) et il faut habituer la trachée à cette compression excentrique. La meilleure incision est l'incision en T, la branche transversale longeant l'hyoïde ; on la fait au bistouri ; puis on opère au galvanocautère et on n'a ainsi aucune hémorrhagie ; il est préférable de détacher l'œsophage et le pharynx de bas en haut ; si l'épiglotte est intacte, il est préférable de la con-

server. On fait quelques sutures dans le haut de la plaie; pansement iodoformé; sonde œsophagienne à demeure.

— M. *Cusset* (de Lyon). *Kystes et fistules d'origine bronchiale.* — L'auteur commence d'abord par donner la bibliographie depuis 1877, époque où il a passé sur ce point une thèse remarquable; puis il rapporte ses observations plus récentes en laissant de côté les kystes orbitaires. Il a vu deux kystes sus-auriculaires qu'il rapproche, pour le siège, d'observations de Virchow, d'A. Guérin, de Poncet (de Lyon) où la tumeur était sous-auriculaire. Evidemment il s'agit d'un kyste dermoïde par soudure vicieuse de la première fente branchiale; de même pour un autre qui occupait la région parotidienne. Là, le professeur Poncet n'eut recours qu'à l'incision et à la cautérisation de la poche. Les cas sont plus rares où, comme l'a vu M. Cusset, il y a une fistule cervicale médiane avec atrophie médiane maxillaire, dont le menton est à peine saillant; ou bien où la fistule est bilatérale. Dans ce dernier cas le trajet fut extirpé et l'examen histologique fut pratiqué; la paroi contenait des organes glandulaires semblables à ceux du pharynx. Il y a d'ailleurs quelques faits analogues. Cela enseigne qu'il est indispensable de faire l'ablation complète, ce qui d'ailleurs a été la conclusion de la Société de chirurgie après une communication de Monod et Dubar.

M. *Trélat.* Ces kystes et fistules sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, surtout les kystes; M. Trélat n'a vu que 3 fistules; d'autre part les kystes sont en général faciles à extirper complètement, tandis que l'opération est beaucoup plus difficile pour les fistules; certains malades ont même succombé. M. Trélat a fait faire beaucoup d'examens histologiques; ces tumeurs sont en général tapissées d'une peau jaune; mais, de ce cas type à la paroi conjonctive simple recouverte d'épithéliums, on trouve tous les intermédiaires et on croirait alors facilement à un simple kyste sébacé.

M. *Pozzi* rappelle que l'injection de substances coagulables (blanc de baleine iodoformé) facilite beaucoup l'opération.

M. *Poncet* (de Lyon) croit que l'ablation complète n'est pas toujours possible; ainsi dans l'observation que M. Cusset vient de rapporter et où l'extirpation eût contraint à sectionner le facial. On doit alors inciser largement; réséquer ce qu'on peut de poche et cautériser le reste. Dans l'observation actuelle, il sait qu'il n'y a pas eu de récidive.

— M. *Duménil* (de Rouen). *Indications opératoires dans l'albuminurie.* — Un homme guérit avec ankylose et ostéite d'une plaie du genou. Les poussées inflammatoires, les abcès, les fistules lui firent désirer l'amputation. M. Duménil constata une polyurie avec albuminurie considérable, qui fut améliorée par le traitement à l'acide gallique. C'est alors seulement que l'opération fut pratiquée. Le malade rendait encore 7 pour 1000 d'albumine sèche, et urinait 2 litres par jour. La plaie se cicatrisa par première intention, sauf un petit point de suppuration. L'albuminurie diminua d'abord (2 pour 1000); deux mois après elle était redevenue considérable; il y avait ostéite du moignon. Dans une observation analogue de Bellamy (de Londres) l'albuminurie guérit après la suppression du membre. Dans ces deux cas, il est bien probable qu'il s'agit d'une dégénérescence amyloïde due à la suppuration prolongée. Si, en général, l'albuminurie ne contre-indique pas les opérations d'importance vitale, on doit même se demander si, quand elle est causée par la lésion chirurgicale, elle ne commande pas l'intervention.

— M. *Combe* (de Paris). *Traitement par l'iodol du catarrhe du sinus maxillaire.* — Cette affection est extrêmement rebelle aux traitements médicaux généralement en usage, outre que souvent le diagnostic est pendant longtemps méconnu. Le seul traitement rationnel consiste, comme le dit Magitot, dans la trépanation du sinus; puis on a d'excellents résultats en faisant dans la cavité des pulvérisations d'iodol.

A. BROCA.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Des règles à suivre dans le traitement de l'épilepsie, par M. C.-L. DANA. — Cet observateur expose dans ce mémoire les résultats d'une pratique étendue et formule des conclusions très cliniques.

Il place, au premier rang des moyens thérapeutiques, l'emploi des exercices physiques et l'observation d'une hygiène sévère. La médication bromurée vient ensuite et parmi ses agents tous les bromures alcalins ont une action identique. Les différences qu'ils présentent sont peu importantes, et, quand un bromure échoue ou réussit, on doit attendre les mêmes effets des autres bromures.

Ceux que M. Dana préfèrent sont les bromures alcalins, de potassium, de sodium et d'ammonium, l'acide bromhydrique et le bromure de nickel. Il les administre quotidiennement par doses croissantes jusqu'à suspension des attaques et production du bromisme. Cette bromisation n'est pas toujours sans inconvénient et doit être provoquée avec précaution.

Aussitôt après la diminution du nombre des attaques et leur atténuation, on diminue la dose du médicament, mais sans jamais en cesser complètement l'emploi. Les épileptiques doivent donc demeurer sous l'influence du brome, pendant deux années après la disparition de la dernière attaque. Quand l'épilepsie est de forme nocturne, on doit prescrire une dose plus élevée du médicament pour la nuit.

Un point important est de ne faire usage que de bromures chimiquement purs et de combattre les effets dépressifs par les toniques et les corroborants. De plus, on doit leur ajouter des correctifs : l'iodure de potassium dans l'épilepsie syphilitique; le bicarbonate de potasse chez les goutteux et les rhumatisants, ou bien encore, suivant les indications : le bicarbonate d'ammoniaque, les hypophosphites, l'arsenic, la quinine ou le fer. A titre d'adjuvants, M. Dana recommande encore le zinc, la belladone, la valériane, les nitrites, la strychnine, la glonoïne et l'hydrothérapie.

C'est à ce même titre que l'administration de la digitale et du chloral complète l'emploi du bromure dans les cas d'épilepsie nocturne. Il en est de même du décubitus dans une position élevée.

Dans l'état de mal, il est utile de prescrire des lavements au chloral, parfois d'avoir recours à la saignée. Les injections de morphine sont dangereuses; le chloroforme ne possède qu'une action palliative et le nitrite d'amyle est sans valeur. (*New-York medical Journal*, juin 1886.)

De l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu avec complications diverses, par M. E. CLÉMENT. — La valeur thérapeutique de l'antipyrine contre les diverses formes du rhumatisme aigu s'établit de jour en jour, malgré les efforts des détracteurs de ce médicament. Les observations de M. Clément confirment d'ailleurs les faits observés par MM. Bernheim et Masius et les conclusions de la thèse de M. Laurencin.

M. Clément plaide d'abord la cause de cette substance, contre ceux qui lui attribuent une influence paralysante sur le cœur et par conséquent redoutent son emploi chez les cardiopathes. Il oppose à des expériences de laboratoire peut-être trop peu nombreuses, les tracés sphygmographiques des cliniciens qui ont vu le dicrotisme disparaître après son administration; il relate une observation de Mayer (de Lausanne) et finalement déclare que jamais il n'a noté d'effet nuisible sur le centre circulatoire.

Dans le rhumatisme, l'antipyrine hâterait la résolution des complications du côté des séreuses. Dans un des cas cités par notre confrère lyonnais, le muscle cardiaque était altéré par suite d'une péricardite, la valvule mitrale était insuffisante et le travail du cœur était exagéré par la coexistence d'une pleurésie droite et d'une pneumonie gauche. Le malade prit 70 grammes d'antipyrine en quinze jours; l'épanchement pleural fut résorbé en sept jours et la péricardite disparut en dix jours.

D'autres malades albuminuriques et rhumatisants présentaient des frottements qui cessèrent de même. Enfin, dans un cas d'insuffisance aortique durant depuis plusieurs années, l'antipyrine fut administrée pendant trois mois à divers intervalles et à la dose totale de 500 grammes. Le rhumatisme polyarticulaire dont cette malade était atteinte disparut; l'antipyrine amena une guérison que l'iodure de potassium et le salicylate de soude n'auraient pu provoquer en raison de l'intolérance gastrique dont elle était affectée et des accidents qui suivent l'emploi de ces deux médicaments.

Toutefois, M. Clément regarde l'action de l'antipyrine comme incertaine dans les formes franchement chroniques du rhumatisme. Il ne rend alors des services que si les accidents se rapprochent par leur forme des accidents du rhumatisme aigu. Les mêmes échecs ont été notés dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique ou dysentérique et des arthralgies au cours de l'érythème noueux. Elle est alors aussi inefficace que le salicylate de soude.

Dans deux cas de rhumatisme scarlatineux les résultats ont été plus heureux. De là, cette conclusion que l'antipyrine est indiquée contre les formes aiguës et subaiguës du rhumatisme, où elle rend des services comparables, sinon supérieurs à ceux du salicylate.

En outre, et cette démonstration présente un grand intérêt clinique, ce médicament ne serait pas contre-indiqué par les lésions d'une cardiopathie, par l'insuffisance rénale, ni par l'albuminurie. Il est vrai que les faits cliniques sont en désaccord avec les expériences de laboratoire. Reste à savoir si ces dernières ont une valeur absolue. Des recherches de contrôle permettront seulement de porter un jugement entre les affirmations des uns et les accusations portées un peu hâtivement peut-être par d'autres observateurs. (*Lyon médical*, 29 août 1886, p. 567.)

Les propriétés antiseptiques et antithermiques de l'eugénol, par MM. Emilio Morra et Candido de Tegibus. — L'eugénol, acide eugénique ou essence de girofle oxygénée, est retiré de l'huile essentielle de girofle, sous forme d'un liquide oléagineux, incolore, très odorant et très sapide, représenté par la formule $C^{10}H^{12}O^2$.

Pour étudier ses propriétés antifermentescibles, les observateurs italiens additionnèrent avec ce produit une certaine quantité d'urine et en même temps prirent pour témoin une semblable quantité d'urine pure. Les conditions de l'expérience étant égales, l'urine traitée par l'eugénol conserva toutes ses propriétés, et même après plusieurs jours ne renferma ni bacilles, ni vibrions.

MM. Morra et de Tegibus font remarquer l'innocuité de cette substance chez les chiens qui l'ingéraient par la voie stomacale et à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Pour faciliter cette administration, on dissout l'eugénol dans l'alcool et on mélange cette solution avec de l'eau.

Ils l'administrèrent encore à une jeune fille convalescente dans une potion gommeuse et aux doses de 50 centigrammes à 2 et 3 grammes. Avec ces dernières doses, la malade accusait une sensation d'ardeur dans les extrémités et sa température périphérique descendit de quatre à six dixièmes de degré. D'autres fébricitants furent soumis à l'administration du médicament avec le même succès.

L'eugénol s'élimine par les reins et les urines des individus auxquels on l'administre présentent une odeur caractéristique. En abandonnant cette urine au contact de l'air, elle ne tarde pas à exhaler l'odeur de l'eugénol et à donner les réactions de ce corps avec les réactifs appropriés.

MM. Emilio Morra et de Tegibus conseillent de l'administrer comme antithermique; aux adultes, en commençant par une dose quotidienne de 75 centigrammes, et aux enfants, par dose de 12 centigrammes. Ils augmentent graduellement ces doses; mais dans le cas où elles excèdent 1 gramme, ils préfèrent les ingérer par la voie rectale. Quel que soit le mode d'administration que l'on adopte, on doit prescrire l'eugénol dans une potion gommeuse.

Les propriétés antithermiques de cette substance sont loin d'être fort apparentes, en tout cas elles semblent bien modestes et bien passagères. Quant à ses vertus antiseptiques, elles ne sont pas encore définitives. Aussi, avant d'en appeler aux essais cliniques, il y aurait utilité de répéter les expériences des observateurs italiens et de contrôler soigneusement leurs conclusions. (*Gazetta delle Cliniche*, 23 avril 1886.)

Travaux à consulter.

Sur les causes des inflammations purulentes et des thromboses veineuses dans le cours de la fièvre typhoïde, par M. Th. Dunin. — Les accidents de cette nature sont dus d'après l'auteur à une sorte de pyémie; le sang renferme des micrococcus qui, se localisant, donnent naissance aux complications. (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1886, Bd XXXIX, H. 3-4.)

Cas d'hystérie chez les enfants, par M. Tuczek. — A propos de deux cas d'hystérie observés chez des enfants de quatorze et de dix-sept ans, l'auteur se livre à une étude intéressante sur la nature de l'hystérie en général. Il définit cette névrose, avec Cramer, comme étant une affection fonctionnelle de l'écorce grise du cerveau qui se caractérise par une excitabilité réflexe exagérée de la sensibilité, de la motricité, des fonctions psychiques et vaso-motrices et par des illusions des sens. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n°s 31 et 32.)

Intoxication par l'iodure de potassium; éruption pemphigoïde, suivie de mort, par M. Fr. Wolf. — Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, souffrant de néphrite aiguë et d'une insuffisance mitrale très peu marquée; l'administration de 2^{gr},5 d'iodure de potassium en deux jours détermina une éruption pemphigoïde intense, qui se termina par la mort au bout de douze jours. Cette intoxication pourrait s'expliquer par le défaut d'élimination de l'iodure, vu l'état des reins; mais l'auteur pense qu'il y avait chez la malade plutôt une « idiosyncrasie idiopathique (?) » en vertu de laquelle cette éruption pemphigoïde mortelle s'est produite. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 35.)

Hydropisie et albuminurie consécutives chez un homme en bonne santé, par M. Hartmann. — L'auteur a fait de nombreuses expériences sur lui-même en suivant les régions les plus variées. Il fait surtout ressortir qu'en se nourrissant exclusivement de saucisson de porc, 1 kilogramme par jour, il fut atteint d'hydropisie générale et d'albuminurie, et qu'en ne mangeant que du pain, 1 kilogramme par jour, il fut atteint d'hydropisie générale sans albuminurie. Nous renvoyons à l'article original pour l'explication plus ou moins plausible de ces faits. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 37.)

Sur un cas de glaucome douloureux d'origine traumatique, par M. C.-R. Agnew. — Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, qui se cogna l'œil droit contre un angle en montant dans un wagon; il ne vit plus de cet œil, qui devint très douloureux; cet œil devint le siège d'une panophthalmie et il fut énucléé pour empêcher l'atteinte sympathique du congénère. Le malade guérit fort bien et l'œil énucléé fut remplacé par un artificiel. (*New-York med. Journal*, 24 juillet 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène alimentaire, par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. — Paris, O. Doin, 1887.

L'objet de ce livre forme une partie des conférences de thérapeutique faites à l'hôpital Cochin par le savant clinicien. On y trouve exposés avec la clarté et le charme habituels à M. Dujardin-Beaumetz, les préceptes relatifs à l'alimentation normale et aux modifications qu'elle doit subir suivant certaines affections.

Il est impossible de réunir sous une forme plus concise et plus attrayante un aussi grand nombre de documents qui font de ce livre un traité édifié sur des bases scientifiques. Les emprunts faits à la chimie biologique, à la physiologie expérimentale et à la zootechnie ont surtout guidé l'auteur dans l'appréciation des diverses substances alimentaires et des différents modes d'alimentation.

La première conférence, servant en quelque sorte d'entrée en matière, traite de l'*hygiène thérapeutique*. Ce chapitre n'est certes pas le moins intéressant du livre. L'auteur trace un rapide tableau de l'hygiène dans les premiers âges de l'humanité. Il nous en montre les premières notions éparses dans les livres sacrés de l'Inde et des Hébreux, puis, à mesure que la somme des connaissances humaines s'accroît et se perfectionne, on voit intervenir les divers modificateurs hygiéniques dont notre regretté maître, le professeur Bouchardat, a si bien fait ressortir l'importance dans ses travaux où il donne de l'hygiène thérapeutique la définition suivante : *cette partie des sciences médicales qui a pour objet de diriger l'emploi des modificateurs hygiéniques, d'en régler les conditions de manière à conduire le plus promptement et le plus sûrement possible au rétablissement de la santé*. Ce chapitre est écrit de main de maître et M. Dujardin-Beaumetz ne pouvait choisir une plus heureuse entrée en matière.

La première partie du livre est consacrée à l'étude des aliments. Après avoir passé en revue les *principes alimentaires primordiaux*, rappelé leur composition, les transformations qu'ils subissent et discuté leur rôle dans la nutrition, l'auteur étudie les aliments complexes. Un remarquable chapitre est consacré au lait, ce type des aliments complets, et au régime lacté. Il faudrait reproduire presque en entier chaque chapitre pour donner une idée du nombre considérable de documents accumulés, utilisés et discutés par le savant médecin de l'hôpital Cochin. Les laits de différentes provenances, laits médicamenteux, pathogènes, fermentés, sont l'objet de paragraphes dont il est superflu de faire ressortir l'intérêt.

L'auteur étudie ensuite les aliments complexes. Afin de faciliter cette étude et de mettre de l'ordre et de la méthode dans ce sujet, M. Dujardin-Beaumetz établit les divisions suivantes :

Aliments azotés. — (Viandes, Poissons, Mollusques et Crustacés.)

Aliments végétaux. — (Céréales, Légumes, Fruits.)

Aliments gras. — (Huiles, Graisses, Beurres.)

Boissons. — (Eaux, Boissons aromatiques, Boissons alcooliques.)

Rappelant d'abord la définition de Trousseau : « L'aliment le plus digestif est celui qui fournit à l'économie la plus grande quantité d'éléments réparateurs en exigeant le moins de travail possible de la part des forces digestives », l'auteur fait remarquer l'influence du degré de cohésion des aliments sur leur digestibilité, puis il passe en revue les diverses formes sous lesquelles la viande est ingérée : poudre de viande, pulpe de viande, viande crue, rôtie, bouillie. Les expériences faites sur l'homme, les seules qui puissent être prises ici comme terme absolu de comparaison, telles que celles de Beaumont sur le Canadien Saint-Martin, de Charles Richet sur Marcellin, et celles encore plus récentes de Herzen (de Lausanne) sur Henri Baud, servent à établir les conclusions relatives à la digestibilité et à la valeur alimentaire des différentes substances.

Le cinquième chapitre traite des aliments végétaux et des aliments gras. M. Dujardin-Beaumetz se montre, un peu timidement peut-être, hostile à la doctrine des végétariens : la question nous semble pourtant bien jugée, tant par la conformation de l'organisme de l'homme que par l'impossibilité de faire beaucoup avec peu. Le régime végétal *exclusif et absolu* a-t-il d'ailleurs jamais été suivi avec toute la rigueur nécessaire pour une expérience de cette nature? Il nous sera permis d'en douter.

Dans la partie consacré aux aliments gras, les huiles de foie de morue occupent une place justifiée par l'importance de leur emploi thérapeutique.

Le lecteur trouvera, dans ces deux chapitres, des analyses immédiates des diverses substances alimentaires dont la comparaison est du plus grand intérêt au point de vue des proportions de carbone, d'azote, de matières albuminoïdes, de matières grasses et hydrocarbonées, de sels minéraux, etc., introduits journellement dans l'économie par l'alimentation. N'aurait-il fait que rassembler et coordonner les documents épars à ce sujet, le livre de M. Dujardin-Beaumetz rendrait déjà un très grand et réel service au médecin praticien.

L'intérêt du chapitre des boissons réside tout entier dans l'étude des eaux et des boissons alcooliques. Relativement à ce dernier groupe, l'auteur rappelle les intéressantes recherches qu'il a faites en collaboration avec M. Audigé sur la puissance toxique des alcools. Dans cette partie de son travail, M. Dujardin-Beaumetz ne fait pas assez ressortir, à notre avis, l'incertitude dans laquelle on se trouve encore actuellement sur l'action physiologique des alcools homologues supérieurs de l'alcool éthylique, incertitude que met bien en lumière la discussion sur le vinage actuellement pendante devant l'Académie de médecine. C'est, il faut bien le reconnaître, à des substances encore tout à fait inconnues que l'on doit attribuer les accidents graves de l'alcoolisme : les alcools butylique, propylique et amylique normaux et anormaux se rencontrent toujours en proportions variables dans toutes les liqueurs fermentées ; et pour ne citer ici qu'un seul exemple, l'eau-de-vie de marc, de provenance certaine, consommée en grande quantité dans la Bourgogne, renferme ces alcools en notable proportion et chacun sait que cette partie de la France ne paye qu'un bien faible tribut à l'alcoolisme, tandis que les départements du Nord dans lesquels se consomment beaucoup d'alcools de grains sont, au contraire, les plus éprouvés.

Après avoir ainsi fait l'étude détaillée de chaque substance alimentaire, l'auteur arrive à envisager la *ration alimentaire*. La ration du soldat, celle du régime hospitalier, la ration du travailleur, la ration d'entretien suivant les âges et le développement de l'individu sont passées en revue et discutées d'après les données établies par les recherches de Moleschott, de Kirn, Regnard, Hervé-Mangon, Liebig, etc. Un fort intéressant tableau schématique accompagne ce chapitre et permet, d'un coup d'œil, de juger de la teneur d'un aliment usuel en carbone et en azote utilisables par l'économie. Ce tableau permet d'établir d'une façon scientifique, et sur des données précises, la ration alimentaire d'un individu en fonction de son poids.

Nous entrons alors dans la partie d'application des données précédemment acquises. La huitième conférence traite du régime insuffisant et de l'hygiène alimentaire dans l'obésité. Ces derniers chapitres abondent en aperçus ingénieux, en applications nouvelles où les travaux récents de nos collègues Debove et Albert Robin ont trouvé naturellement une large

et intéressante place. Le régime surabondant et la suralimentation dans les affections consomptives et en particulier dans la tuberculose; le régime dans un certain nombre d'affections, la goutte, les gravelles urinaire et hépatique, le diabète, l'albuminurie, les maladies de l'estomac et de l'intestin, les maladies fébriles, forment les sept dernières conférences dont l'intérêt au point de vue thérapeutique compensera largement pour le clinicien les considérations parfois un peu arides des premiers chapitres que l'auteur a cependant su rendre intéressants. Les théories de M. le professeur Bouchard sur le ralentissement de la nutrition, de M. Lécorché sur l'activité cellulaire, les travaux du regretté Bouchardat sur le diabète et l'albuminurie, servent de guide pour établir une alimentation basée sur des faits précis et en accord avec les acquisitions récentes de la science. Tout serait à citer d'ailleurs à propos de ces questions si attrayantes, pleines de données nouvelles et présentées avec un art auquel M. Dujardin-Beaumetz nous a depuis longtemps habitués.

Nous avons essayé de donner une idée du livre de M. Dujardin-Beaumetz : nous n'étonnerons personne en disant que nous l'avons lu d'un bout à l'autre avec un intérêt qui ne s'est pas démenti un seul instant et avec un plaisir au moins égal à celui qu'a pu ressentir l'auteur en faisant ces leçons, ainsi qu'il le dit lui-même dans sa préface.

Nous ne pourrions avoir qu'un regret, ce serait celui de n'avoir pas pu entendre le maître si justement et unanimement apprécié, dont l'enseignement attire à l'hôpital Cochin la plus grande partie de la jeunesse studieuse de l'École.

Gabriel POUCHET.

Traité des maladies du système nerveux (volume V du *System of Practical Medicine by American Authors*, sous la direction de MM. W. PEPPER et L. STARR). Londres, 1886.

Ce volume est le dernier de l'importante publication qui constitue un Compendium de pathologie interne fait uniquement par des médecins américains. Les 185 articles dont se compose la collection sont dus à la plume de 99 auteurs différents, et occupent près de 5600 pages grand in-8°. Malgré l'étendue de l'œuvre, la publication en a été extraordinairement rapide, puisque le premier volume paraissait en janvier 1885, le cinquième et dernier en juin 1886.

Pour ce qui est de ce volume V spécialement consacré aux maladies du système nerveux, relevons tout d'abord dans la liste des collaborateurs quelques noms d'un heureux présage : Weir Mitchell, E.-C. Seguin, J.-J. Putnam, Ch.-K. Mills, Jacoby, Allen Starr, tous bien connus en France pour leurs travaux sur différents points de la neuropathologie. Ce traité contient l'étude de toutes les maladies du système nerveux, y compris les *maladies mentales* et les *intoxications* dont l'effet porte plus spécialement sur le système nerveux; un certain nombre de symptômes (*vertige — tremblement — céphalalgie*) font aussi l'objet d'articles spéciaux. Chaque article, dû à l'un des 23 collaborateurs qui ont travaillé à ce volume, reste tout à fait isolé des autres; c'est donc une série de monographies que l'on trouve ici, beaucoup plus qu'un corps de doctrine. Les seuls articles d'ensemble sont ceux que E.-C. Seguin a consacrés l'un à la *séméiologie générale* des maladies du système nerveux, l'autre à la *localisation* des lésions dans le système nerveux. Quelques articles ont aussi une tendance à une généralisation un peu plus large que les autres, ce sont ceux de H.-C. Wood sur les affections syphilitiques des centres nerveux et de Fr.-T. Miles sur les maladies des nerfs périphériques.

Il ne saurait entrer dans le cadre d'un journal de donner une analyse de tous les sujets traités dans ce volume, nous devons nous borner à attirer l'attention sur ceux qui semblent devoir être consultés avec le plus d'avantages. A ce point de vue, il faut citer les articles de H.-M. Lyman sur le *sommeil* et ses troubles, de H.-C. Wood sur les affections aiguës produites par l'*exposition à la chaleur*. L'*alcoolisme* par J.-C. Wilson nous a paru aussi être traité d'une façon complète (c'est une étude de l'alcoolisme non seulement au point de vue du système nerveux mais général), de même pour la *morphiomanie* et ses similaires par le même auteur. Signalons encore les quelques pages consacrées par W. Hunt à la *concussion* du cerveau et de la moelle, l'article de H.-C. Wood sur la *neurasthénie*, et enfin celui de Ch.-K. Mills et J.-H. Lloyd sur les *tumeurs cérébrales*, qui a été fait avec beaucoup de soin et présente une grande richesse de documents. — Quelques sujets au contraire sont traités d'une façon assez médiocre, notamment le *tremblement*, la *paralysie agitante*, l'*atrophie* et l'*hypertrophie du cerveau*. — L'*hystérie*, au contraire, et les états connexes ont été décrits très soigneusement par Ch.-K. Mills qui a su mettre à profit les travaux de Charcot et de ses élèves sur ce sujet. Mais ce qui rend ce Compendium particulièrement intéressant à consulter, c'est que la plupart des auteurs ne se sont pas contentés de fournir un résumé plus ou moins complet des opinions et des faits ayant cours dans la science sur le sujet qu'ils avaient à traiter, ils ont de plus cité dans leurs articles des cas nouveaux dus le plus souvent à leur observation personnelle; ceux-ci inédits, jusqu'alors, devront être recherchés dans ce volume. Un certain nombre de figures rendent les descriptions plus aisées à suivre. Quant à l'exécution typographique elle est irréprochable.

P. M.

Bibliothèque ethnologique. — Introduction à l'étude des races humaines, par M. A. DE QUATREFAGES. — Paris, A. HENNUYER, 1887.

En analysant le premier ouvrage de cette bibliothèque ethnologique (*Gaz. hebdom.*, 1885, p. 495), nous avons dit quels services pouvait rendre une collection d'ouvrages dont les tendances scientifiques et l'intérêt sont également dignes d'éloges. Le volume publié aujourd'hui par M. de Quatrefages, et qui, bien qu'il ne soit que le second en date, peut être considéré comme le premier par ordre d'importance, justifie tout ce que l'on était en droit d'espérer d'une œuvre de ce genre. Illustré de nombreuses figures, édité avec luxe, ce livre débute par une préface, dans laquelle MM. de Quatrefages et Hamy exposent avec une grande lucidité l'origine et la marche progressive des études anthropologiques. Bien que les grands naturalistes français se soient peu occupés de l'homme, ces études comptent aujourd'hui, même en France, un assez grand nombre d'ouvrages qui marquent avec éclat les progrès accomplis. La Société d'anthropologie de Paris a provoqué la publication de la plupart d'entre eux. Les noms de Broca, de M. de Quatrefages et de plusieurs autres anthropologistes leur ont valu très rapidement une juste notoriété.

L'introduction de cette histoire des races humaines est divisée en deux parties. Dans la première, l'auteur insiste sur ce qui est relatif à l'homme tertiaire, à l'histoire des races fossiles d'Afrique, d'Asie et d'Amérique, au centre d'apparition de l'espèce humaine et au centre de caractérisation de ses races fondamentales, au mode de peuplement du globe, et en particulier aux anciennes migrations qui se sont succédé en Europe depuis les temps tertiaires, etc. Dans la deuxième partie se trouve traitée la classification des races humaines.

Les lecteurs du *Dictionnaire encyclopédique* connaissent déjà les doctrines de l'éminent naturaliste, dont cette œuvre

nouvelle résume et rend accessibles à tous les importants travaux. Si nous ajoutons que de nombreuses figures originales illustrent le texte et en rendent la lecture plus attrayante, nous en aurons dit assez pour recommander cet ouvrage à tous ceux qui s'intéressent aux questions d'ethnologie.

L. L.

LEÇONS SUR LES DÉFORMATIONS VULVAIRES ET ANALES PRODUITES PAR LA MASTURBATION, LE SAPHISME, LA DÉFLORATION ET LA SODOMIE, par M. le docteur MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine. — Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

C'est une nouvelle édition d'un ouvrage dont nous avons déjà rendu compte. Peut-être les conclusions scientifiques en sont-elles fort discutables sur un certain nombre de points ; et, d'autre part, on peut se demander si les pages consacrées à la prostitution du saphisme n'auraient pas été, avec avantage, raccourcies ou même supprimés dans un manuel qui devrait rester exclusivement médical.

MÉMOIRE SUR LES OCCLUSIONS INTESTINALES (*Quinze observations*), par M. le docteur Ch. AUFFRET, médecin en chef de la marine. — Paris, 1885. Octave Doin.

Après avoir relaté les quinze observations sur lesquelles est basé son mémoire, M. Auffret passe en revue avec le plus grand soin les symptômes des occlusions intestinales en général, puis les symptômes de chaque variété d'occlusion intestinale en particulier ; estimant, avec juste raison, que pour arriver à fixer avec quelque précision le diagnostic différentiel il faut noter jusqu'au plus petit signe. L'occlusion intestinale, quels que soient les moyens qui doivent en triompher, est toujours une affection chirurgicale ; l'usage des moyens médicaux sera d'abord tenté, mais dans les cas pressants, à marche foudroyante, s'ils ne donnent pas de résultat immédiat, on se gardera d'oublier qu'ils ne doivent pas retarder l'opération d'une minute, si d'autres motifs impérieux ne la contre-indiquent pas. Les deux procédés opératoires auxquels on peut recourir, selon les indications, sont la laparotomie et l'entérotomie. L'auteur estime que, sauf exceptions, à la laparotomie reviennent les cas à marche foudroyante, quelle qu'en soit la cause; les obstructions aiguës dont le siège n'a pu être déterminé, et qui menacent la vie; les rares invaginations à marche rapide. A l'entérotomie ressortissent les rétrécissements, quelle qu'en soit l'origine; les invaginations à marche lente; les obstructions à siège défini qui n'auront pas cédé à une incision exploratrice suivie de la malaxation directe. Comme règle générale: être toujours sur le qui-vive, suivre son malade de très près, et ne pas temporiser à l'excès. Lorsque l'on pratique l'opération, on s'entourera de précautions antiseptiques rigoureuses.

COMPENDIUM ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE POUR 1886, par M. le docteur E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants malades. — Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

Cette publication, qui compte déjà quatre années d'existence, est bien connue d'un grand nombre de praticiens auxquels elle peut être fort utile en maintes circonstances. Le volume actuel renferme des pages intéressantes sur le traitement des affections gastriques par le lavage de l'estomac, sur les propriétés thérapeutiques de l'hamamelis virginica, de la kairine, de la damiana, du nitrite d'amyle, de la nitro-glycérine, de la paraldéhyde, de l'hypnone, de la résorcine, antipyrine, cocaïne, etc.

DU MAL PERFORANT, par M. le docteur FAUCHON-COURTY. — Thèse de Paris, 1885. Asselin et Houzeau.

Le mal perforant est un syndrôme clinique dont l'origine doit être recherchée, dans la plupart des cas, dans une lésion du système nerveux périphérique. On sait que le mal perforant siège presque constamment au niveau du pied; la main n'est atteinte que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Il existe d'ailleurs, ainsi qu'il ressort des observations recueillies par l'auteur, un certain nombre de causes adjuvantes, telles que l'âge, la misère physiologique, la station verticale prolongée, l'athérome artériel, les varices. Quant aux lésions nerveuses qui possèdent une influence pathogénique directe, elles peuvent être classées sous plusieurs chefs : 1° névrites traumatiques; contusions, plaies, arrachement des nerfs; 2° névrites survenues dans le cours de l'ataxie locomotrice. On voit, du reste, le mal perforant se montrer à des périodes très variables de l'évolution du tabes dorsalis : parfois à la période præ-ataxique. Souvent il est symétrique; 3° névrites chez des sujets atteints de diabète, d'atrophie musculaire progressive, de paralysie générale; 4° névrites chez les alcooliques. Les récidives sont fréquentes et ne sont pas toujours prévenues par l'intervention chirurgicale. On ne devra donc recourir aux opérations radicales que le plus tard possible ; le repos suffisant parfois à amener la guérison.

VARIÉTÉS

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — Le concours pour la médaille d'or a donné les résultats suivants : Médaille d'or, M. Hallé; médaille d'argent, M. Hartmann; 1re mention, M. Roger; 2e mention, M. Marfan.

NÉCROLOGIE. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le docteur Grellois, ancien médecin principal de l'armée, commandeur de la Légion d'honneur. M. Grellois avait été, en 1870, médecin en chef de l'armée de Metz pendant le siège et après la capitulation. Il était le beau-père de notre éminent confrère M. le médecin inspecteur L. Colin, membre de l'Académie.

MORTALITÉ A PARIS (48e semaine, du 28 novembre au 4 décembre 1886).— (Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 2. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 32. — Phthisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 53. — Bronchite aiguë, 31. — Broncho-pneumonie, 34. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 19; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 90; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 9. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 15. — Total : 1005.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des cataractes et de leurs opérations. Conférences cliniques, par M. le docteur Galezowski. Brochure in-8 de 52 pages. Paris, Progrès médical. 1 fr. 50

Traité des kystes congénitaux, par M. le professeur Lannelongue et M. Ch. Achard. 1 vol. in-8 de 500 pages, avec 54 figures dans le texte et 12 planches en chromolithographie. Paris, Asselin et Houzeau. 18 fr.

Etude sur les aliénés persécuteurs, par M. le docteur P. Pottier. Grand in-8 de 110 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 3 fr. 50

Éléments figurés du sang, anatomie et physiologie, par M. le docteur G. Variot. 1 vol. grand in-8 de 150 pages, avec 2 planches hors texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

Résumé de la matière médicale et toxicologique coloniale, par MM. Corre et Lejanne, médecins de la marine. 1 vol. in-18 de 200 pages, avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par MM. les docteur A. Filleau et Léon Petit. 1 vol. in-8 de 75 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

L'hygiène alimentaire. Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1885-1886), par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. in-8 de 250 pages, avec figures dans le texte et 1 planche chromolithographique hors texte. Paris, O. Doin. 6 fr. — Il y aura dans quelques jours des exemplaires cartonnés. 7 fr.

Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels, par M. le docteur René Duzéa. 1 vol. grand in-8 de 100 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

7960. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie des sciences. — Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde : M. Brouardel. — Académie de médecine. — Élections.

La note lue à l'Académie des sciences par M. Brouardel est d'une importance si considérable au point de vue de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde que nous avons cru devoir la reproduire *in extenso* (p. 829). Elle est d'ailleurs si nette et si précise que nous n'avons presque rien à y ajouter. Il nous faut cependant rapprocher les faits cités par M. Brouardel des observations déjà publiées ici même par MM. Dreyfus-Brisac et Widal (*Gaz. hebd.*, n° 45, p. 726). Dans les deux cas, il s'agit d'épidémies de famille, la maladie frappant sans exception tous ceux qui ne se trouvaient pas, grâce à une atteinte antérieure, en état d'immunité, c'est-à-dire peu aptes à contracter la fièvre typhoïde. L'une des observations de M. Brouardel est, à cet égard, des plus concluantes. La fièvre typhoïde, dans une maison dont l'eau était contaminée, ainsi qu'on le verra en lisant le travail de notre savant confrère, a tué brutalement en quelques jours quatre personnes qui n'ayant pas cette immunité étaient plus aptes à contracter la maladie. Elle a frappé avec plus ou moins de violence trois personnes ayant souffert plusieurs années auparavant de fièvres typhoïdes relativement bénignes. Elle n'a épargné qu'une jeune fille qui, trois années avant cette cruelle épidémie, avait été déjà assez gravement malade. Ces faits démontrent tout à la fois le caractère zymotique de la fièvre typhoïde et l'extrême gravité qu'elle peut présenter lorsque, comme les recherches microbiologiques instituées par M. Brouardel l'ont prouvé, l'agent infectieux, c'est-à-dire, dans ce cas, l'eau de boisson, est très riche en germes pathogènes. Ils nous font voir une fois de plus que la maladie naît et se propage lorsque les matières alvines d'un typhoïdique ont séjourné quelque temps dans le sol, et ont transmis aux puits ou bien aux nappes d'eau souterraines en contact avec lui les microbes de ces matières. C'est, en effet, à la présence de microbes spécifiques, mal définis et même contestés il y a peu d'années encore, que l'on doit la genèse et la propagation de la maladie. Les études de MM. Chantemesse et Widal paraîtront démonstratives à cet égard. Sur les malades traités par M. Dreyfus-Brisac aussi bien que sur ceux dont M. Brouardel a rapporté l'observation, l'analyse du sang recueilli dans la rate a montré la présence de microbes présentant des caractères morphologiques et biologiques, des modes de culture, de sporulation et de coloration identiques à ceux que l'on a pu retrouver dans les eaux de Pierrefonds. En prouvant que l'eau du puits contaminé contenait, le 18 octobre, jusqu'à 25 000 bactéries par litre, que le 29 octobre elle n'en contenait qu'un très petit nombre, et que le 21 novembre elle n'en renfermait plus ; en montrant que ces microbes ne se retrouvaient dans aucun des puits voisins ; en déterminant avec une si grande précision leurs caractères morphologiques, MM. Chantemesse et Widal ont fait plus encore que confirmer les recherches d'Eberth, Frükel et Simmonds, Cornil et Babès, ou Gaffky ; ils ont montré à tous ceux qui voudront acquérir une certitude dans les cas de ce genre que la méthode indiquée par Gaffky est aussi inoffensive que concluante.

Au point de vue scientifique ces observations méritaient donc d'être signalées. Au point de vue prophylactique elles nous apprennent combien il serait aisé de prévoir et par conséquent de prévenir les malheurs qui résultent de l'inobservance des lois de l'hygiène. Depuis 1874 la ville de Pierrefonds était contaminée par des foyers analogues à celui qui a déterminé cette épidémie si localisée et si meurtrière. Et personne ne s'était préoccupé de rechercher les causes qui chaque année rallumaient en divers points la fièvre typhoïde ! Et par conséquent aucune mesure ne pouvait être prescrite pour en arrêter les ravages ! N'en est-il pas de même à peu près partout ? En ce moment la ville de Clermont, celle de Lorient, beaucoup d'autres encore sans doute sont ravagées par des épidémies typhoïdiques relativement graves. Les administrations publiques s'efforcent, nous aimons à l'espérer, d'en atténuer les ravages. Mais songe-t-on dans ces diverses localités à rechercher s'il n'existe pas, comme on l'a vu jadis à Auxerre, un cours d'eau, un puits, une fon-

taine publique dont l'assainissement pourrait, en peu de jours, arrêter l'extension de la maladie? Se préoccupe-t-on d'éviter, dans les quartiers atteints, l'empoisonnement du sol et de la nappe d'eau souterraine? Nous n'oserions l'affirmer. Et c'est pourquoi il importe de signaler l'importance de ces nouvelles études démontrant qu'une eau qui à l'analyse chimique offre tous les caractères d'une eau potable excellente peut être des plus nuisibles et que l'analyse microbiologique seule nous en révèle le danger; qui nous apprennent que la filtration des eaux de boisson soit par le sol soit par un filtre ordinaire ne retiennent que rarement ces germes morbides; qui, par conséquent, devraient engager toutes les facultés et écoles de médecine, voire même les municipalités de nos grandes cités à favoriser la création de laboratoires microbiologiques analogues à celui que M. le professeur Cornil a su créer à la Faculté de Paris

— Nous ne pouvons que signaler les communications faites à l'Académie de médecine par MM. Panas, G. Lagneau et Labbé; mais nous tenons à mentionner tout spécialement les deux élections qui, cette semaine, ont appelé à l'Académie des sciences un maître respecté de tous, l'un des plus honnêtes et des plus laborieux parmi les anatomistes de ce siècle (voy. p. 833) et à l'Académie de médecine le savant et sympathique professeur de l'École d'Alfort (voy. p. 834).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Pathogénie des kystes spermatiques.

On rencontre, dans l'épididyme, de petits et de grands kystes. Les grands kystes ont un liquide tantôt simplement séreux et tantôt troublé par des spermatozoïdes. Les chirurgiens se sont demandé si les grands et les petits kystes ont la même origine, et si, dans les grands kystes, la présence des animalcules implique une genèse différente ou n'est qu'un épisode dans l'histoire du développement de la tumeur. Ce problème est encore à l'étude, et depuis 1843, époque où Liston et Lloyd découvrirent des zoospermes dans quelques kystes de l'épididyme, on a édifié bien des théories et imaginé bien des hypothèses. Aucune n'est encore maîtresse incontestable du terrain, et, comme nous le verrons au cours de cet article, la pathogénie des kystes spermatiques réclame des recherches nouvelles.

I

On peut réduire à cinq les théories invoquées par les auteurs pour expliquer le développement des kystes spermatiques. Encore en est-il une que nous ne citerons guère que pour mémoire. Velpeau, Lloyd, Childs ont un instant pensé qu'il s'agissait non d'un kyste épididymaire, mais d'une hydrocèle vaginale : un heurt, une violence quelconque, un coup de trocart dans la collection rompt un cône efférent qui s'ouvre dans la séreuse et y verse des animalcules. Curling nous parle d'un homme mort à l'hôpital de Londres d'une maladie des reins survenue à la suite d'un coup reçu dans la région lombaire six semaines auparavant; une des tuniques vaginales contenait 75 grammes d'un liquide opalin dans lequel on trouva quelques spermatozoïdes; trois petits kystes étaient accolés à l'épididyme, et, en un point, on voyait un quatrième kyste déchiré probablement lors du traumatisme subi pendant la vie; c'est de cette cavité que s'étaient échappés les animalcules. Reverdin a incisé une vaginale distendue par un liquide louche, lactescent où fourmillaient les zoospermes; « la présence de petites tumeurs dans l'épididyme peut faire croire qu'à un moment donné l'une de ces tumeurs se sera ouverte dans la séreuse en y versant les animalcules qu'elle contenait. » L'hydatide « sessile », un des vestiges du corps de Wolff, et dont la communication avec le canal épididymaire persiste souvent, peut aussi se rompre, et Luschka a vu, chez un homme de quarante ans, cet organe dilaté, kystique et du volume d'une noisette; il s'était déchiré, et son liquide, chargé de spermatozoïdes, s'était déversé en partie dans la séreuse vaginale. Ajoutons que Krause aurait trouvé des animalcules dans nombre d'hydrocèles simples; mais, comme doctrine générale, l'opinion de Velpeau n'est pas soutenable, et les dissections de Paget, celles de Gosselin en ont, depuis longtemps, fait justice.

II

Une deuxième théorie, celle de James Paget, ne supporte pas l'examen : elle suppose que le voisinage des tubes séminifères communique au kyste de l'épididyme la propriété de sécréter des animalcules. Cette « hétérotopie » serait un phénomène trop insolite pour qu'on l'accepte sans preuves évidentes; la spermatogénèse est infiniment complexe, et l'on connaît la structure délicate des cellules où naissent les zoospermes; or les parois de bien des kystes ont été examinées par les micrographes, et jamais on n'a trouvé, dans l'épithélium banal qui tapisse la poche, des éléments semblables à ceux des tubes séminifères. Broca cependant serait tenté d'admettre cette hypothèse hardie pour un kyste apparu loin de la région testiculaire : Un homme de soixante-dix ans entre dans le service de Laugier; il porte une tumeur située à la partie supérieure du cordon, au niveau de l'anneau inguinal, et séparé de l'épididyme par un intervalle considérable. On fait une ponction, et il s'écoule un liquide lactescent qui fut examiné par Robin; il contenait des zoospermes. Cette observation reste unique; si les détails n'en étaient pas très nets, si elle n'avait pas été recueillie par un clinicien tel que Laugier, un anatomiste tel que Broca, un micrographe tel que Robin, on serait tenté d'en révoquer en doute l'authenticité. Néanmoins, avant de dire, comme Broca, que la théorie de Paget peut seule expliquer la présence des animalcules, nous préférerions invoquer l'existence, à la partie supérieure du cordon, d'un de ces diverticules latéraux, une de ces dilatations sacciformes rencontrées sur le canal déférent par Dolbeau, Verneuil, Sappey et par nous-même.

III

On connaît la troisième théorie proposée par Gosselin et acceptée par Sédillot : un violent effort ou un traumatisme provoque la déchirure d'un tube droit ou d'un cône efférent; quelques gouttes de sperme s'épanchent dans le tissu cellulaire ambiant, y provoquent une irritation dont la conséquence est la formation d'une néo-membrane qui enveloppe la semence; cette paroi nouvelle secrète de la sérosité où nagent les animalcules, et le kyste est constitué. Cette hypothèse a du moins le mérite de tenir compte d'une notion étiologique que l'on retrouve dans nombre d'observations : la fréquence d'une violence quelconque précédant l'apparition du kyste.

Sédillot nous parle d'un individu qui, au moment « du paroxysme génital, fait un effort suprême pour empêcher l'acte de s'accomplir entièrement ». Il éprouve une sensation de déchirure, et peu après il constate l'existence d'une petite tumeur des bourses. Un malade de Gosselin « fait un grand effort » pour retenir un fardeau; il ressent une vive douleur; quelques jours après apparaissait le kyste. Le même auteur annonce, avant toute ponction, l'existence de spermatozoïdes parce que la tumeur s'était produite « après un violent effort accompagné de vives douleurs dans le testicule et dans les reins ». Marcé, Huguet, Curling, Delattre, Duplay, Dave, Bricard nous citent chacun un ou plusieurs exemples où cette origine est expressément invoquée, et nous la relevons dans plus d'un tiers de nos cas.

L'opinion de Gosselin se heurte à d'insoutenables objections : d'abord les faits sont plus nombreux où la tumeur est apparue lentement, sourdement, d'une manière insidieuse, sans effort et sans traumatisme; Kocher a vu bien des cas de ce genre, et tous les cliniciens les comptent en majorité. Et puis la cavité possède un revêtement épithélial continu, ce que l'on n'observe guère dans les membranes de formation nouvelle; la poche a donc pour origine la dilatation d'une cavité préexistante et non l'enkystement d'un liquide extravasé. Comment expliquer d'ailleurs ces observations nombreuses où une première ponction ne retire du kyste que de la sérosité transparente, sans trace d'animalcules, tandis qu'une nouvelle ponction amène un liquide où les spermatozoïdes fourmillent? Curling a publié le type de ces faits remarquables : Un homme de cinquante et un ans est ponctionné pour un double kyste épididymaire; il en sort 30 grammes de sérosité limpide; la tumeur se reproduit, et un mois après deuxième coup de trocart : « pas plus que la première fois on ne vit de spermatozoïdes; quelques mois plus tard, récidive; la tumeur était très gênante; Curling pratique l'acupuncture en trois points, et dans les gouttes du liquide qui s'échappe il trouve des animalcules. » Comment expliquer encore ces cas où des interventions répétées montrent dans le liquide, après chacune des évacuations, la même quantité de zoospermes? Une première ponction ne devrait-elle pas épuiser la petite quantité de sperme issue après la rupture primitive? Faudrait-il croire alors à la prolifération des animalcules et à leur multiplication sur place, hypothèse que rejetait déjà l'incertaine physiologie de l'époque?

IV

La quatrième théorie, proposée par Curling, acceptée plus tard par Gosselin et défendue par Broca, a rallié, en France, un consentement presque unanime. Un kyste préexiste sur l'origine duquel Broca seul nous donne des indications précises; il est dû à la dilatation d'un débris du corps de Wolff, canalicules de Follin, vaisseau aberrant de Haller, hydatide sessile de Morgagni, corps de Giraldès; la cavité, d'abord lenticulaire, peut rester indéfiniment « petite », mais elle peut grandir, et, lorsqu'elle se trouve dans certaines conditions anatomiques spéciales, au niveau de la tête de l'épididyme dont les cônes se déroulent à sa surface ou s'encastrent dans ses parois, une tension exagérée, un effort, un traumatisme, une ponction rompra du même coup le conduit et la poche, et le sperme se mêlera à la sérosité du kyste. Cette pathogénie nous explique le développement fréquent de la tumeur à la suite d'une violence, le manque de zoospermes dans les petits kystes peu exposés aux contusions, et dans les grands leur apparition après une première ponction, qui avait permis de constater l'absence des animalcules. Enfin John Quekett n'a-t-il pas démontré l'existence d'un orifice par où la collection séreuse communiquait avec les voies spermatiques? Si cet orifice échappe souvent aux recherches des anatomistes, c'est, nous dit-on, parce qu'il s'oblitère par la compression qu'exerce le kyste distendu; le sperme alors reprend sa route ordinaire vers le canal déférent et les vésicules séminales.

Cette théorie est bien séduisante; elle seule nous explique même le cas déjà cité où deux ponctions, pratiquées à un mois d'intervalle, donnèrent un liquide sans spermatozoïdes, tandis qu'une troisième, faite quelques semaines plus tard, fournit de la sérosité peuplée d'animalcules; le trocart n'avait-il pas divisé à la troisième ponction l'un des cônes efférents déroulé à la surface du kyste? Mais d'autre part cette hypothèse se heurte à des objections bien pressantes. D'abord, dans les deux tiers des observations, la tumeur s'est développée lentement, sans violence, sans traumatisme, et son apparition est si insidieuse que le malade croit souvent à l'existence d'un troisième testicule. On n'explique alors la rupture que par une tension exagérée du sperme dans le conduit. Des moines, autrefois, auraient été victimes de la trop grande réplétion des voies spermatiques et on aurait même observé chez eux une fistule testiculaire. « A cette époque reculée, ajoute Kocher, on avait bonne opinion de la force que peut déployer un homme continent pour retenir sa semence. »

Et puis pourquoi les kystes spermatiques sont-ils presque toujours l'apanage de la vieillesse? Sur cinquante observations que nous avons relevées et où l'âge du malade est fixé, nous en trouvons un de seize ans, un autre de dix-huit, un troisième de vingt; six ont moins de quarante ans; dix-huit moins de soixante; tous les autres ont dépassé cet âge. La théorie de Broca ne nous explique pas cette particularité. En effet, si les kystes séreux primitifs naissent des vestiges du corps de Wolff, ils devraient apparaître dans l'enfance et la jeunesse comme les tumeurs issues d'organes embryonnaires. La rupture des voies spermatiques devrait aussi se produire surtout dans les premières années de la puberté, lors des prouesses érotiques ou dans le plein de la vie génitale; à cette époque d'ailleurs les nombreux exercices et les pénibles travaux exposent les bourses à de fréquentes contusions. Oui, l'âge joue un rôle trop important dans l'étiologie des kystes à zoospermes pour que cette notion n'entre pas, comme partie intégrante, dans toute doctrine pathogénique, et c'est une des raisons qui nous font repousser la théorie de Gosselin.

V

La cinquième théorie explique la formation de la cavité par la dilatation des canaux efférents ou du conduit épididymaire; elle compte d'illustres défenseurs et parmi eux Liston, à qui nous devons la découverte des kystes spermatiques. Il est vrai que depuis 1843, la doctrine s'est souvent modifiée et chaque adepte nous l'offre avec quelque variante. Pour Verneuil et son élève Villejeante, un segment des conduits épididymaires s'étrangle et se sépare, pour ainsi dire, du reste de l'appareil excréteur; son calibre se dilate et les animalcules qu'il contient, nagent dans la sérosité que produisent les parois. Dans cette sorte de réservoir « ils peuvent subir tout à leur aise leur dernier degré de développement ». Cette hypothèse s'appuie sur des constatations

anatomiques importantes; les injections de mercure ou de térébenthine, poussées par le canal déférent, ont souvent montré des renflements latéraux, sorte d'anévrysmes sacciformes, des dilatations sphériques ou irrégulières, cæcums, appendices en doigt de gant et qui siègent soit vers la queue de l'épididyme, soit surtout au niveau des cônes et des tubes droits.

Sappey nous dit en effet que les tubes droits et les cônes « présentent fréquemment, à leur point de départ, des dilatations partielles du volume d'un grain de plomb, des kystes qui, au début, communiquent avec la cavité du conduit, mais qui cessent de communiquer dès qu'il ont acquis le volume d'un pois. » Dolbeau nous décrit « des dilatations très évidentes, de petits renflements allongés qui donnent au canal un volume deux ou trois fois plus considérable. J'ai aussi constaté sa dilatation sur une pièce injectée au mercure; sur un autre testicule, quatre canaux présentaient des renflements fusiformes ; sur un troisième il y avait un kyste sphérique de la grosseur d'une lentille et rempli de sperme, mais l'injection ne pénétra pas dans sa cavité et il fut impossible de trouver, dans son intérieur, même à la loupe, le moindre orifice de communication avec les voies spermatiques. Sur une autre pièce existait un kyste de la grosseur d'une noisette et cette fois encore l'injection s'arrêtait brusquement au niveau de la tumeur. »

En 1875, nous avons vérifié ces assertions et nous avons montré, à la Société anatomique, des canaux déférents qui, vers la queue de l'épididyme, étaient hérissés de diverticules du volume d'un grain de mil ou de chènevis; leur paroi était tapissée d'épithélium pavimenteux; le liquide était clair, transparent; chez un sujet de quarante-trois ans, il contenait des animalcules et n'en contenait pas chez un vieillard de cent trois ans. Ces cæcums communiquaient par un orifice très étroit avec les voies spermatiques; nous avons toujours vu l'injection filer rapidement et dépasser le diverticule; puis, peu à peu, des gouttelettes de métal pénètrent dans la cavité et il faut un très long temps pour remplir la petite poche. Nous avons trouvé, en même temps que ces dilatations sacciformes du canal déférent, un kyste spermatique assez volumineux de la tête de l'épididyme. Il demeure donc acquis que l'épididyme, au niveau de sa queue, de ses cônes efférents et de ses tubes droits est souvent le siège de diverticules, de dilatations morbides souvent remplis de zoospermes et communiquant encore ou ne communiquant plus avec les voies spermatiques.

Ces dilatations kystiques se rencontrent surtout après la quarantaine; elles deviennent d'autant plus fréquentes qu'on avance en âge; aussi les rapprocherons-nous des cavités lenticulaires et des kystes sclérosiques de Monod et Arthaud. Les parois des voies excrétrices sont altérées et la pression du sperme peut produire des diverticules latéraux, qui tantôt s'isolent et tantôt restent en communication par un orifice plus ou moins étroit. Kocher, qui admet la théorie de la dilatation des conduits spermatiques, fait remarquer que les vaisseaux droits et les cônes cèdent d'autant plus facilement que la liqueur sécrétée par la totalité des tubes séminifères doit s'écouler par ces dix ou douze canaux, dont le diamètre se rétrécit d'une manière progressive jusqu'à leur embouchure dans le conduit épididymaire; la tension de la semence est donc plus forte en ce point. Le plus souvent ces diverticules restent petits, mais parfois ils grossissent et nous avons alors les kystes spermatiques. On le voit, nous nous séparons ici de Gosselin pour qui les grands et les petits kystes ont une origine différente; nous croyons avec Broca que les uns et les autres ont même genèse; seulement, pour nous, ils n'ont rien de commun avec les vestiges de corps de Wolff et l'âge des malades nous fait croire à une sclérose sénile.

Mais, dans ce cas, pourquoi les petits kystes contiennent-ils si rarement des spermatozoïdes? Ne devraient-ils pas, puisqu'il s'agit de cavités par rétention, en posséder toujours? Une tendance naturelle de l'esprit nous pousse à considérer les kystes les moins gros comme les plus jeunes; l'idée contraire serait peut-être plus juste et Kocher nous dit « qu'un kyste restera d'autant plus petit et s'isolera des voies spermatiques d'autant plus facilement que le cône, d'où il est né, s'oblitérera plus vite et pourra être remplacé par d'autres ». N'est-ce pas ce que l'on observe au sommet des cônes, au point où ils s'abouchent dans le conduit épididymaire? Là ils sont éloignés les uns des autres et le kyste peut comprimer son cône sans agir sur les cônes voisins; le sperme aussi continue sa route, grâce à la suppléance des canaux voisins. Notre petite tumeur ne recevant plus la poussée du liquide ne grossit plus, s'isole et se sépare. La clinique justifie cette hypothèse et les petits kystes sans animalcules sont surtout abondants au niveau de la tête de l'épididyme et sur sa face convexe.

D'autre part on ne sait pendant quel temps les animalcules enkystés vivent et conservent leur forme hors des voies spermatiques. On ignore quand commence leur destruction et le temps exigé pour qu'ils se désagrègent. Leurs débris mêmes peuvent disparaître et la sérosité d'abord émulsionnée et louche devient enfin transparente. Aussi admettrions-nous qu'au début les diverticules et les renflements fusiformes ou sacciformes renferment des animalcules. Dolbeau, Levin et nous, les avons vus dans des cavités isolées déjà ou communiquant encore. Le plus souvent l'oblitération survient, surtout pour les kystes des cônes, qui restent lenticulaires et où les spermatozoïdes se liquéfient tôt ou tard. Les kystes des tubes droits grandiraient au contraire; ils ne peuvent se développer dans ce point sans comprimer les tubes voisins, car il n'y a pas de suppléance collatérale et la pression du sperme s'exerce sans cesse — et plus intense — dans la poche kystique. Voilà pourquoi la communication avec les voies d'excrétion persisterait plus longtemps en ce lieu et aurait été observée un plus grand nombre de fois.

On connaît les deux observations dues à Curling et à John Quekett : un sujet présentait, sur chacun des testicules, un kyste à spermatozoïdes; on pousse une injection par le canal déférent, et le mercure, « après avoir rempli les épididymes, tombe librement dans les deux kystes à travers une ouverture ovale, à bords lisses et arrondis, unique pour chaque kyste ». Kocher a pratiqué l'injection en sens inverse, du kyste vers les voies spermatiques; c'était sur le cadavre d'un homme d'une quarantaine d'années. « Le testicule est atrophié, très dur, scléreux; en avant de la tête de l'épididyme on voit un kyste du volume d'une noisette et distendu par un liquide incolore où nagent quelques spermatozoïdes inertes. » L'épididyme coiffait le kyste sur le bord interne duquel se déroulaient les vaisseaux efférents; le kyste s'est rempli du liquide de l'injection.

Sur une autre pièce, Kocher a injecté du mercure dans le canal déférent sous une pression de 70 centimètres. « Le métal pénétra jusque dans la tête de l'épididyme et remplit le kyste de la grandeur d'une poire. Après l'ouverture du kyste on vit les vaisseaux efférents dilatés émerger du

rete testis ; l'un d'eux, détaché de la tête de l'épididyme, parcourait en haut et en arrière la paroi mince du kyste dans l'étendue de 1 centimètre et demi ; il était alternativement étranglé et dilaté et de son bout arrondi on voyait sourdre des gouttelettes de mercure grosses comme une tête d'épingle. De cet orifice partaient deux longs plis qui suivaient la paroi du kyste jusqu'au niveau du testicule. » Steudener et Rosenbach ont l'un et l'autre cité un cas où la communication, entre les voies spermatiques et le kyste, se faisait au niveau du *rete testis*. En ce point les parois « se continuaient avec l'albuginée dont il était impossible de les séparer. Au fond de la dépression on voyait un certain nombre de petites ouvertures, orifices des canaux glandulaires du *rete*. » Enfin la communication entre les voies spermatiques et les kystes développés dans l'hydatide « sessile » est démontrée depuis les recherches de Luscka, et nous avons déjà raconté, à propos de l'hypothèse pathogénique de Velpeau, l'histoire de cet homme dont l'hydatide dilatée communiquait sans conteste avec le conduit épididymaire ; la mince membrane d'enveloppe se rompit et les animalcules que contenait la poche furent en partie vidées dans la séreuse vaginale.

Ces observations et ces expériences nous font accepter la cinquième hypothèse sur l'origine des kystes spermatiques. Ce sont des kystes par rétention et leur pathogénie se résume dans cette phrase : altération en général sénile des conduits excréteurs ; dilatation latérale ou fusiforme des tubes droits ou des cônes avec communication passagère ou permanente entre la cavité nouvelle et les voies spermatiques. La sclérose, par exception, peut apparaître avant l'âge mûr et, par exception aussi, les kystes se rencontrent chez les jeunes. Jalagnier en a ponctionné un chez un garçon de seize ans. La dilatation, les diverticules peuvent se former ailleurs qu'au niveau des tubes droits et des cônes ; on en a signalé en tous les points du conduit épididymaire et même du canal déférent ; aussi les kystes spermatiques ont été trouvés ailleurs qu'à la tête de l'épididyme et c'est à une dilatation ampullaire près du trajet inguinal qu'était dû sans doute le fameux cas de Laugier, Broca et Robin. Tout cela paraît simple et s'enchaîne assez rigoureusement, mais que d'objections pourtant soulève cette théorie !

Pourquoi la confluence du kyste et des voies spermatiques a-t-elle été trouvée si rarement ? Nous l'avons cherchée sur plus de quinze pièces et jamais nous ne l'avons rencontrée. Cependant la ponction amène presque toujours des spermatozoïdes vivants ; ils semblent avoir quitté depuis peu le canal excréteur, même dans les tumeurs vieilles de plusieurs années. Sans doute on répondra que le zoosperme a la vie dure et qu'il ne meurt qu'au bout d'un temps très long dans les kystes hermétiquement clos. Mais comment expliquer alors, si l'on admet cette absence de communication, qu'une deuxième et une troisième ponction fournisse encore des animalcules ? D'où viennent-ils s'il n'y a point un orifice fixe permanent par où ils puissent sourdre ? Comment surtout expliquer ces cas où une première, une deuxième ponction n'ont donné qu'un liquide inhabité, tandis que, dans une troisième, la sérosité fourmille de spermatozoïdes ? Comment enfin les autopsies nous révèlent-elles souvent des kystes d'une même venue, d'aspect et de structure semblables et dont les uns sont spermatiques, tandis que les autres ne le sont pas ? S'ils ont tous pour origine la dilatation d'un segment du conduit excréteur, ils devraient tous avoir le même contenu. Aussi resterons-nous sur la réserve et tout en acceptant comme la plus vraisemblable, l'hypothèse d'une altération primitive des conduits excréteurs, nous comprenons que des anatomistes sagaces et des cliniciens de marque adoptent de préférence la pathogénie défendue par Curling et par Broca.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

Sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné a Pierrefonds en aout et septembre 1886 (Communication faite à l'Académie des sciences), par M. P. Brouardel.

Les études poursuivies depuis depuis quelques années ont mis en évidence le rôle de l'eau dans la transmission des maladies infectieuses (choléra, fièvre typhoïde). Notre enquête sur l'épidémie récente de Pierrefonds nous a permis de préciser quelques-unes des particularités qui assurent ce mode de propagation. Voici le résumé des faits observés. Pendant les mois d'août et de septembre, vingt-trois personnes de Paris ou de Versailles sont venues habiter à Pierrefonds trois maisons contiguës, sises rue du Bourg. Vingt d'entre elles eurent la fièvre typhoïde. Quatre, appartenant à la famille de l'un des membres les plus aimés de l'Université, succombèrent, trois jeunes filles de quinze, vingt et vingt-trois ans, et leur domestique âgée de vingt ans. Huit de celles qui ont guéri ont été gravement malades, huit plus légèrement ; parmi celles-ci, quelques-unes ont été à peine touchées. Trois des membres de ces familles n'ont subi aucune atteinte. L'un, le commandant P..., n'a passé que vingt-quatre heures à Pierrefonds ; les deux autres, le capitaine V... et sa belle-mère, ayant remarqué le mauvais goût de l'eau de la fontaine, n'en ont bu qu'un seul jour. Ils ont fait ensuite usage d'eau minérale. En juillet, pendant le mois précédent, la famille L..., de Paris, composée d'une dame, de sa fille et de son gendre, avait habité une de ces maisons ; le gendre avait dû quitter Pierrefonds le 22 juillet, atteint de fièvre typhoïde.

Ce groupe de maisons n'était pas d'ailleurs frappé pour la première fois. Dans une note remise par le propriétaire de l'une d'elles, on voit que, de 1874 à 1883, cinq fois il a été visité par la fièvre typhoïde. Ce chiffre est d'ailleurs bien inférieur à la réalité. Les habitants de Pierrefonds ignorent si les étrangers quittent leur ville sains ou malades. Le maire de Pierrefonds n'a connu l'existence de l'épidémie actuelle que par une lettre d'un des médecins qui soignait une des familles. Jusqu'alors tout le monde l'ignorait. Personne ne s'est préoccupé de l'existence de ce foyer qui révélait sa présence par des avertissements répétés, et pourtant, si quelqu'un avait eu souci des intérêts de l'hygiène, rien n'était plus facile que d'en découvrir la cause. Pour la mettre en évidence, il suffit de voir comment se fait l'alimentation en eau potable des maisons contaminées et quel est le mode d'évacuation des eaux souillées et des déjections humaines. La rue du Bourg, où se trouve le groupe des maisons qui ont été infectées, est située au nord et au pied de la colline dont se détache le promontoire sur lequel est bâti le château de Pierrefonds. Les eaux d'alimentation de ces maisons proviennent d'une nappe aquifère, coulant sur un banc d'argile plastique situé à la base de la colline. Ce banc se prolonge dans la vallée, passe au-dessous de la rue du Bourg et du ruisseau dit *ru de Berne* et forme plus loin la cuvette du lac de Pierrefonds. Ce banc d'argile est recouvert par une couche de sables nummulitiques très perméable à l'eau, qui a de 2 mètres à 3 mètres d'épaisseur. C'est sur elle

que sont bâties les maisons de la rue du Bourg. La nappe d'eau qui sort du pied de la montagne en formant des sources ne coule pas à ciel ouvert; elle traverse cette couche de sables pour se rendre, à 100 mètres du pied de la colline, dans le ruisseau de Berne. Cette nappe fournit de l'eau aux maisons de la rue du Bourg. Pour l'utiliser, il a suffi de creuser des trous en forme de puits. La surface de l'eau est à 1m,50 environ au-dessous du niveau du sol, la profondeur n'atteint pas 3 mètres. Pendant son trajet de la colline au ruisseau, cette eau passe au-dessous des fosses d'aisances ou longe leurs parois. Ces fosses ne sont pas étanches, elles sont construites en moellons, ne sont pas cimentées. L'une d'elles, commune à deux des maisons infectées, possédait un petit canal d'écoulement, partant de sa partie inférieure pour se rendre, à 50 mètres plus bas, dans la rue de Berne. Elle n'avait pas été vidée depuis trente ans. Elle était presque remplie de matières dures, que l'on a dû enlever à la bêche. Les puits qui alimentent d'eau potable ces deux maisons, sont distants de cette fosse, l'un de 9 mètres, l'autre de 20 mètres. Ils sont placés à 1m,70 au-dessous du niveau de cette fosse. On comprend que dans ce terrain sableux, perméable comme une éponge, le voisinage des puits et des fosses assure un mélange permanent des matières excrémentitielles avec l'eau servant à l'alimentation. Une coutume locale augmente encore le danger. On conduit directement dans ces fosses perméables l'eau qui tombe sur les toitures; en sorte que, lorsque survient une pluie un peu abondante, l'eau envahit les fosses, dilue les matières et les entraîne dans les couches de terrains périphériques. Là, cette eau souillée rencontre les puits et sert de nouveau à l'alimentation.

M. Mascart a eu l'obligeance de m'envoyer copie des observations pluviométriques faites dans les stations du département de l'Oise pendant les mois d'août et de septembre dernier. On peut noter que, vingt jours après, chacune des chutes d'eau un peu abondantes inscrites à la station la plus voisine de Pierrefonds (Venette-Ecluse, près Compiègne), un nouveau foyer de fièvre typhoïde a éclaté dans une de ces trois maisons.

Pour démontrer que l'eau a été le véhicule de l'infection typhique, je ne m'arrêterai pas aux preuves tirées de l'observation des malades. Je désire fournir du rôle infectieux de cette eau une démonstration plus scientifique et plus précise.

Dans la maison la plus gravement atteinte, la maladie avait éclaté du 25 au 30 septembre. Je suis allé recueillir de l'eau dans les diverses fontaines de Pierrefonds le 18 octobre, le 29 octobre et le 21 novembre.

J'ai prié M. le docteur Chantemesse, directeur du laboratoire de bactériologie à la Faculté de médecine, de soumettre ces diverses eaux à l'examen microbiologique. Dans l'eau de la maison où il y a eu quatre morts de fièvre typhoïde et où la fontaine est située à 20 mètres et en contre-bas de la fosse la plus voisine, MM. Chantemesse et Widal ont trouvé les bacilles considérés comme pathogènes de la fièvre typhoïde par Eberth, Gaffky, Artaud, Cornil et Babès. Le 18 octobre il y avait environ 25000 bacilles par litre d'eau. Le 29 octobre il y en avait un beaucoup moins grand nombre. L'eau recueillie le 21 novembre n'en contenait plus aucun.

L'eau du ruisseau de Berne, dans lequel s'écoule l'eau de la fontaine précédente à travers la couche de sable et pendant un trajet de 40 mètres, contenait également quelques bacilles, le 29 octobre.

Dans l'eau d'aucun des autres puits de Pierrefonds, on n'a pu découvrir de ces micro-organismes. L'eau de la maison où avait éclaté le dernier foyer de fièvre typhoïde contenait donc des bacilles considérés comme germes de la fièvre typhoïde, un mois encore après l'explosion de la maladie.

MM. Chantemesse et Widal ont voulu arriver à une démonstration plus précise. Le caractère spécifique de ces bacilles était contesté. En effet, nous ne connaissons pas d'espèce animale capable de contracter la fièvre typhoïde; par suite, la preuve tirée de la transmission par inoculation fait défaut. Ces messieurs ont alors pratiqué, avec un trocart stérilisé, une piqûre dans la rate de malades atteints de fièvre typhoïde, au dixième jour de la maladie. Ces ponctions, disons-le, ont été indolores et absolument inoffensives. Traitées comme les eaux de Pierrefonds, les gouttes de sang ainsi obtenues ont donné des colonies dont le développement, les caractères morphologiques et biologiques, le mode de culture, la sporulation et la coloration se sont montrés identiques aux colonies isolées dans l'eau de Pierrefonds. La valeur spécifique de ces bacilles semble donc hors de toute contestation, et nous pouvons conclure que nous avons trouvé dans l'eau d'un des puits de Pierrefonds la preuve figurée de sa nocuité.

Je voudrais appeler l'attention de l'Académie sur un autre point. J'ai fait analyser chimiquement par M. Gabriel Pouchet, professeur agrégé de la Faculté de médecine, les eaux des différents puits de Pierrefonds. L'eau de la maison la plus gravement atteinte est de beaucoup la moins chargée de matières organiques (8 milligrammes à 9 milligrammes par litre). On pourrait la classer, si l'on s'en tenait à l'analyse chimique seule, parmi les bonnes eaux potables.

Or le puits qui a fourni cette eau est à 20 mètres de la fosse la plus voisine. Les matières organiques mortes, provenant de cette fosse, ont donc été détruites en presque totalité pendant ce trajet, mais il n'en a pas été de même des micro-organismes de la fièvre typhoïde. C'est là une constatation dont on conçoit l'importance, au moment où l'on discute la question de l'épuration par le sol des eaux d'égout chargées des matières excrémentitielles. Elle montre que le sol détruit les matières organiques mortes qu'on lui confie, pourvu qu'elles tombent dans un milieu alcalin où elles subissent la nitrification; mais il n'en est pas de même pour les germes de la fièvre typhoïde. Ceux-ci résistent longtemps dans la terre, ils ont vécu pendant plus d'un mois dans l'eau d'un des puits de Pierrefonds. Ajoutons en terminant que rien ne serait plus facile que d'alimenter Pierrefonds d'une eau potable mise à l'abri de toute souillure et pouvant monter jusqu'au sommet de la plus haute maison. Dans une de mes visites, M. Jacquot, inspecteur général des mines, a bien voulu m'accompagner et nous avons constaté dans la colline occidentale qui confine à Pierrefonds la présence de trois nappes aquifères déterminées par l'intercalation au milieu des sables nummulitiques d'autant de petites couches argileuses. Nous avons vu à 1 kilomètre de la ville deux sources abondantes, situées à plus de 20 mètres d'altitude au-dessus de la ville, débitant 135 litres à 150 litres d'eau à la minute.

Lorsque la municipalité aura fait capter et distribuer ces sources ou d'autres analogues, les cruels événements qui ont donné naissance à cette enquête ne pourront plus se reproduire.

Clinique médicale.

EXISTE-T-IL UNE FORME CURABLE DE CIRRHOSE ALCOOLIQUE DU FOIE? (*Présentation de malade*). Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 10 décembre 1886, par M. TROISIER, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

J'ai déjà posé cette question devant la Société (séances du 9 et du 23 juillet 1886) (1); je vous demande la permission

(1) *Disparition de l'ascite, à la suite d'une diurèse abondante, dans un cas de cirrhose probable du foie* (*Bulletin*, n° 3, p. 326). — *La cirrhose alcoolique est-elle curable?* (n° 14, p. 338).

de revenir encore une fois sur ce sujet. L'ascite peut disparaître dans le cours de la cirrhose du foie, voilà ce qui ressort de la discussion qui a suivi ma communication, et même, comme M. Dieulafoy l'a avancé d'après deux observations de M. Lécorché, comme M. Hanot l'a prouvé par un fait qu'il vient de publier dans les *Archives générales de médecine*, la cirrhose atrophique peut évoluer sans qu'il y ait jamais d'ascite ; l'ascite n'est donc pas un symptôme nécessaire de la cirrhose; cela s'explique sans doute par le développement d'une circulation collatérale.

Aujourd'hui, je vais plus loin, je me demande si la cirrhose alcoolique est curable, au moins à sa première période, ou plutôt je me demande s'il n'existe pas une forme anatomique particulière de cirrhose alcoolique n'aboutissant pas nécessairement à l'état granulé du foie et permettant d'espérer un temps d'arrêt dans la marche de la maladie et même la guérison dans quelques cas.

Quoi qu'il en soit, voici le nouveau fait que je désire vous soumettre. Il m'a paru si curieux, et pour dire le mot, si extraordinaire, que je n'ai pas voulu me borner à vous le raconter; j'ai tenu à vous présenter le malade, et à l'interroger devant vous.

Cet homme est âgé de soixante-huit ans et il offre actuellement toutes les apparences de la santé. Sa constitution est encore vigoureuse et il n'est pas affaibli par l'âge. On ne soupçonnerait guère en le voyant qu'il a présenté tous les symptômes de la cirrhose du foie.

Il m'a été adressé par M. le docteur Séailles, qui a pratiqué sur lui dix-huit ponctions abdominales du 28 janvier 1885 au 5 novembre de la même année, dix-huit ponctions qui ont donné issue à 165 litres 1/2 de liquide.

Voici un tableau indiquant la date des ponctions et la quantité de sérosité extraite chaque fois :

1re	ponction.	29 janvier	1885.	10 litres.
2e	—	20 février	—	6 litres.
3e	—	7 mars	—	6 litres 1/2.
4e	—	13 mars	—	7 litres 1/2.
5e	—	24 mars	—	8 litres 1/2.
6e	—	5 avril	—	8 litres.
7e	—	16 avril	—	8 litres.
8e	—	30 avril	—	6 litres 1/2.
9e	—	14 mai	—	9 litres.
10e	—	23 mai	—	8 litres 1/2.
11e	—	6 juin	—	10 litres.
12e	—	24 juin	—	11 litres.
13e	—	11 juillet	—	10 litres.
14e	—	1er août	—	11 litres.
15e	—	22 août	—	12 litres.
16e	—	14 septembre	—	12 litres.
17e	—	8 octobre	—	13 litres.
18e	—	5 novembre	—	13 litres.

La sérosité était limpide, légèrement citrine depuis la première jusqu'à la dernière ponction.

M. le docteur Séailles avait porté le diagnostic de cirrhose du foie, et la marche de la maladie, l'ensemble symptomatique qui reproduisait le type classique de la cirrhose, justifiaient bien ce diagnostic. Pour cette raison l'observation n'a pas été recueillie avec beaucoup de détails; mais voici quelques renseignements précis, qui permettent de la reconstituer.

M. O... a cessé son travail le 24 décembre 1884. Depuis un mois environ il se sentait malade ; il avait peu d'appétit et il digérait mal ; il s'affaiblissait. Bientôt le ventre augmenta de volume, et les jambes s'œdématièrent. L'ascite s'accrut rapidement et au bout d'un mois la première ponction donnait 10 litres de liquide. La reproduction du liquide ne tarda pas à se faire et, comme je viens de le dire, on dut renouveler la ponction tous les quinze à vingt jours. Lorsque la ponction était faite, l'œdème des membres inférieurs disparaissait pour quelques jours. M. Séailles a pu constater que le foie débordait les fausses côtes de 4 à 5 centimètres; le bord antérieur était mince et tranchant, on pouvait le suivre depuis l'hypochondre droit jusque sous les fausses côtes gauches ; le foie était donc un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

Chaque ponction amenait du soulagement, mais l'amaigrissement et l'état cachectique s'accentuaient de plus en plus ; on voyait le malade dépérir de jour en jour.

Après la dix-huitième ponction qui fut faite onze mois environ après le début de la maladie, l'ascite se reproduisit comme après les ponctions précédentes, et l'on parlait déjà de faire une dix-neuvième ponction, quand l'urine, qui jusqu'alors était rare, épaisse et rouge, devint claire et abondante ; cette diurèse dura plusieurs jours et s'accompagna d'une résorption rapide de l'épanchement ascitique ; la circonférence de l'abdomen tomba en peu de jours de 114 centimètres à 102. Cependant il resta une certaine quantité de liquide dans les parties déclives de la cavité abdominale; elle mit plusieurs mois à disparaître tout à fait. En même temps le malade récupérait des forces, il augmentait de poids et recouvrait la santé; depuis le mois de septembre dernier, il se considère comme absolument rétabli. Son facies n'indique aucun état cachectique ; l'appétit est bon et il n'a aucun trouble gastro-intestinal ; le ventre est souple, sans trace d'ascite, sans dilatation des veines sous-cutanées ; la palpation n'y fait découvrir aucune tumeur. La matité hépatique mesure 11 centimètres sur la ligne axillaire et sur la ligne mamillaire; le bord antérieur du foie, toujours mince et tranchant, déborde les fausses côtes droites de 4 centimètres, on peut le suivre jusqu'au voisinage des fausses côtes gauches; sa face antérieure, qu'il est très facile de sentir sous la paroi abdominale, paraît lisse ; le foie reste donc hypertrophié. La rate n'est pas appréciable à la palpation et sa matité ne dépasse pas les dimensions normales. Il n'y a pas d'œdème des pieds. Les battements du cœur ne sont pas altérés. L'urine est d'une coloration normale et d'une quantité régulière.

Il est important de noter que cet homme n'avait jamais été malade antérieurement ; il était très vigoureux et exerçait le métier de forgeron. Très sobre avant la guerre, il avait contracté depuis 1870 l'habitude de prendre le matin deux ou trois petits verres de rhum ; il buvait en moyenne 2 litres de vin par jour. Il ne s'enivrait jamais.

A l'époque où la maladie a débuté, il ne présentait aucun des symptômes de l'alcoolisme ; il éprouvait seulement depuis plusieurs années une sensation de pesanteur au creux de l'estomac.

Quand il tomba malade, il cessa de prendre toute boisson alcoolique, et sur le conseil du docteur Séailles, il ne but que du lait. Depuis qu'il est rétabli, il n'a pas repris ses habitudes d'autrefois; il boit aux repas de la bière légère, en petite quantité, et dans l'intervalle des repas, 1 litre de lait.

Ainsi voilà une affection qui a évolué comme une cirrhose du foie et qui paraît aujourd'hui guérie? Comment interpréter ce fait? J'avoue que mon embarras est fort grand. Je ferai d'abord remarquer que la nature de l'épanchement ascitique, son abondance et sa reproduction si rapide ne plaident pas en faveur d'une lésion subinflammatoire du péritoine, comme M. Leudet, M. Lancereaux, et comme M. Letulle à la suite de mes premières communications, en ont cité des exemples, attribuant cette lésion à l'alcoolisme chronique.

S'agit-il d'une lésion du foie? Je le crois, mais je ne puis l'affirmer. Quelle est cette lésion qui se traduit encore par une légère augmentation de volume de l'organe, mais qui

ne réagit plus sur l'état général? Est-ce une lésion interstitielle? Est-ce une lésion parenchymateuse?

En terminant, je dois dire que l'on ne peut invoquer ici la syphilis comme cause de cette affection du foie.

En clinique, il y a bon nombre de faits qui ne paraissent pas réguliers et sortent du cadre connu; il est bon, je crois, de les faire connaître et de les enregistrer, ce sont des observations d'attente dont l'explication se trouvera tôt ou tard (1).

CORRESPONDANCE

Des abcès phlegmoneux sous-cutanés spécifiques dans la syphilis infantile héréditaire.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Malgré les remarquables travaux qui ont été publiés sur la syphilis des nouveau-nés, malgré les éclaircissements qui ont été apportés dans l'histoire de cette affection par des maîtres éminents, il n'en est pas moins vrai qu'on rencontre parfois des cas où une erreur dans le diagnostic pourra être aisément commise. Ce n'est donc que sous quelque réserve que je me propose de développer l'hypothèse que je vais bientôt émettre.

Je suis sans doute loin de me croire érudit en matière de syphilographie de l'enfance; néanmoins, en consultant à ce sujet les livres classiques les plus complets que nous possédions, j'ai pu remarquer que les auteurs n'insistent nullement sur les abcès phlegmoneux sous-cutanés en tant qu'expression localisée possible de l'infection générale. Il est vrai que Follin dit que des abcès cachectiques se montrent chez les nouveau-nés syphilitiques, mais; comme on l'observe, cet auteur n'en fait mention que pour faire voir qu'ils ne se manifestent en quelque sorte qu'à une période avancée de la maladie et par le fait de la débilité organique. Or en m'appuyant sur les deux observations qui vont suivre, je chercherai à faire entrer dans le groupe des phénomènes spécifiques précoces de la syphilis infantile l'inflammation franche, circonscrite ou diffuse, du tissu cellulaire sous-cutané.

Obs. I. *Syphilis constitutionnelle chez une fille; abcès sous-cutanés multiples, guérison.* — Cette enfant naquit à terme le 15 juin de l'année dernière avec les attributs d'une excellente constitution.

Le 2 juillet, la mère s'est aperçue que le corps de l'enfant était plein de boutons, que son bras gauche était rouge et tuméfié. Le lendemain apparut à la partie interne et inférieure du bras, près de l'articulation du coude, un abcès, qui finit par s'ouvrir spontanément.

Ce n'est que le 6 juillet que je fus appelé pour la première fois. En dehors de l'agitation causée par la phlegmasie brachiale, l'état général de l'enfant était encore assez bon. A l'endroit de l'abcès précité je trouvai une ulcération très profonde, arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs; les téguments ambiants étaient décollés dans une petite étendue; l'épitrochlée était à nu, mais son tissu n'avait subi aucune altération; du pus en assez grande quantité coulait sous les téguments décollés.

Des syphilides tout à fait caractéristiques, telles que vésicules, bulles, papules et même des tubercules, étaient disséminées sur différentes parties du corps, mais elles étaient surtout nombreuses à la région abdominale. Il n'y avait pas un seul bouton au visage ou aux oreilles.

Les parents affirmaient n'avoir jamais eu la syphilis. Je ferai pourtant remarquer que, deux ans auparavant, la mère m'avait plusieurs fois consulté pour un écoulement vaginal; mais il est vrai qu'il ne m'a jamais été donné de constater chez elle de manifestations diathésiques. Toutefois, je fus tellement convaincu de la nature syphilitique des accidents, que je n'avais pas hésité à instituer un traitement antisyphilitique (frictions mercurielles). Des lotions phéniquées et un pansement également phéniqué composaient le traitement tonique de l'ulcération brachiale.

Le 8 juillet, un second abcès brachial s'était formé au-dessus du précédent et fut ouvert avec le bistouri; le pus qui s'en est écoulé était blanc et bien lié. Cet abcès guérit vite sans avoir été suivi d'ulcération.

A partir de ce jour, j'ai vu se développer successivement sur différentes régions, mais principalement au tronc et à la tête, plus de cinquante abcès dont le volume variait depuis celui d'une noisette à celui d'une petite noix.

Au début, ces abcès se montraient par fréquentes poussées, trois ou quatre à la fois; puis leur nombre devint progressivement plus restreint et l'on ne constatait plus de nouveaux foyers qu'après un intervalle de plusieurs jours. La peau qui les recouvrait avait franchement la couleur du maigre du jambon. Plusieurs d'entre eux s'ouvrirent spontanément; quelques autres ont été incisés avec l'instrument tranchant et donnèrent issue à du pus tout à fait blanc et bien lié. Nous devons encore ajouter que beaucoup de ces abcès ont été guéris sans avoir été suivis d'ulcérations, quelques autres avaient présenté des ulcérations plus ou moins profondes, arrondies, bientôt suivies de petites cicatrices également arrondies, un peu déprimées, lisses et de couleur blanche (on en voit vingt aujourd'hui).

La marche de la maladie était très longue. Les syphilides superficielles avaient totalement disparu après un traitement de deux mois; l'ulcération brachiale guérit dans trois mois par rapprochement des téguments; à sa place on trouve maintenant une cicatrice longue, étroite, lisse et blanche. Les derniers abcès se sont montrés à la fin du sixième mois, à partir du jour où s'était formé le second abcès brachial. Au total la guérison n'a été complète qu'au bout de huit mois y compris, bien entendu, le temps d'une longue convalescence.

Le traitement consistait d'abord en frictions mercurielles; quelque temps après il m'a paru utile de l'associer à une légère solution d'iodure de potassium. Mais, dès que les syphilides superficielles avaient disparu et que les abcès devenaient de plus en plus rares, j'ai dû suspendre la solution iodurée pour la remplacer par une médication tonique (sirop de quinquina ferrugineux), tout en continuant de temps en temps les frictions mercurielles, lesquelles ont été admirablement bien supportées.

Réflexions. — Ceux qui liront cette observation diront, peut-être, ou que j'avais méconnu la nature de la maladie ou, tout au moins, que je n'avais pas affaire seulement à la syphilis, mais à une coïncidence de cette affection avec la scrofule. Cependant, si l'on veut faire attention aux caractères anatomo-pathologiques de l'éruption, à sa précocité, à sa polymorphie et à sa généralisation, à l'absence de toute lésion du côté du visage et des oreilles, siège de prédilection des manifestations scrofuleuses; d'autre part, si l'on prend en considération la couleur de la peau qui recouvrait les abcès, la nature du pus, la forme des ulcérations et l'aspect des cicatrices consécutives, enfin et surtout le résultat du traitement, on ne tardera pas à reconnaître la nature syphilitique des accidents à l'exclusion de toute influence scrofuleuse. Et quand même les deux micro-organismes se seraient rencontrés sur le même terrain, ainsi que cela arrive quelquefois, c'est à l'action morbifique du microbe vénérien qu'il serait juste d'attribuer la prépondérance.

Mais nous devons, en outre, faire observer que les foyers sous-cutanés se sont manifestés en même temps que les lésions superficielles alors que l'organisme n'avait pas subi les atteintes de la cachexie syphilitique; il y a par conséquent une raison de plus pour nous faire supposer qu'il s'agissait d'un processus purement vénérien; d'ailleurs la production de lésions semblables dans d'autres tissus et dans certains viscères sous l'influence du même agent pathogène, rend, croyons-nous, cette hypothèse plus que probable.

Enfin, tout en n'envisageant que le côté purement clinique de la question, je dois ajouter que le microscope avait dé-

(1) Depuis ma première communication, M. Coutray de Pradel, élève de M. Hanot, a fait sa thèse de doctorat sur le sujet qui nous occupe (*Contribution à l'étude de la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie au début*, 1886.)

Voyez également les faits intéressants qui ont été publiés dans la *Gazette hebdomadaire*, par M. Saucerotte et par M. Ch. Fritz (n°s 34 et 36, 1886).

celé la présence de globules purulents; mais, comme je ne possède pas de moyens suffisants, je n'ai pas pu pousser plus loin les recherches microscopiques.

Obs. II. *Syphilides diverses, abcès sous-cutanés multiples. Mort.* — Il s'agit d'une enfant née à terme le 8 septembre dernier. Au dire de la mère, cette enfant naquit portant les allures d'une créature débile.

Le 11 septembre (je continue toujours le récit de la mère), le corps de l'enfant fut couvert de boutons. Le lendemain une tumeur du volume d'une amande apparut au-dessous du mamelon gauche; cette tumeur s'enflamma, suppura, s'ouvrit spontanément et guérit sans avoir laissé de traces.

Le 18 septembre, un engorgement inflammatoire, semblable au précédent, s'est montré au-dessus du mamelon du même côté et en moins de vingt-quatre heures le processus phlegmasique avait gagné toute la région pectorale, le devant du cou et les deux épaules.

Ce n'est que le 20 septembre que je voyais la petite malade pour la première fois. L'enfant était chétive, mais il était loin d'avoir l'aspect de la cachexie syphilitique proprement dite. Une tuméfaction inflammatoire occupait en effet les régions sus-indiquées; la coloration des téguments correspondants était d'un rouge sombre à peine effaçable sous la pression digitale. Pendant l'examen, j'ai vu sortir, à force de légères pressions, à travers un pertuis sous la clavicule gauche, une certaine quantité de pus rougeâtre d'une odeur *sui generis*. En dehors de cette collection purulente je n'ai pu découvrir aucun autre point fluctuant sur le reste de la tuméfaction.

Une éruption confluente des vésicules avec légère desquamation occupait tout l'abdomen. Des bulles contenant du pus d'une blancheur éclatante, des papules avec leur couleur et leur collerette caractéristiques ainsi que quelques tubercules existaient sur cette même région, mais en fort petit nombre. De pareilles lésions étaient disséminées sur d'autres points du corps, le visage excepté. Un érythème caractéristique occupait les parties génitales et la scissure inter-fessière.

Les parents assuraient qu'ils n'avaient jamais eu la syphilis; malgré cela, frappé de la ressemblance du fait à celui que j'avais observé antérieurement, je me suis cru autorisé à prescrire un traitement antisyphilitique (frictions mercurielles).

Le 23 septembre, je constatai une fluctuation très évidente au côté droit de la poitrine. Une incision suffisamment large, pratiquée à ce point, donna issue à une quantité prodigieuse de pus blanc, bien lié et sans odeur.

Le 24 septembre, je trouvai au sommet de la tête deux abcès du volume d'une noisette; incisés avec la lancette, ces abcès donnèrent issue à du pus de très bonne nature. Une dizaine d'abcès, les uns plus grands, les autres plus petits que les deux précédents, se sont manifestés ensuite successivement sur différents points de la tête à l'exception du visage; presque tous ces abcès s'ouvraient spontanément; tous ont été guéris sans avoir été suivis d'ulcération.

Le 28 septembre, s'est présentée du côté gauche du thorax une petite ulcération profonde, arrondie, qui avait acquis, au bout de deux jours, les dimensions d'une pièce de cinq francs et même plus : les téguments correspondants étaient décollés dans une grande étendue; le muscle grand pectoral était à nu, son tissu était pâle et ne suppurait pas; par contre, du pus coulait abondamment sous les téguments décollés ainsi qu'à travers l'incision artificielle.

Le traitement local de cette ulcération consista en lotions phéniquées tièdes et dans l'application d'un pansement également phéniqué.

Le 3 octobre s'est établi une amélioration vraiment surprenante. L'enfant avait gagné de l'embonpoint; son visage devint plus expressif et acquit une couleur normale, les fonctions digestives s'accomplissaient bien; les syphilides avaient totalement disparu, sauf quelques rares tubercules pâles en voie de résolution; l'ulcération pectorale avait pris un meilleur aspect et l'écoulement du pus avait diminué. En un mot tout était là pour faire prévoir une guérison certaine.

Le 5 octobre, à cinq heures de l'après-midi, l'enfant fut prise soudainement de vomissements bilieux, de hoquets et d'une légère diarrhée.

Le lendemain matin j'avais remarqué que l'état de la petite malade avait subi un changement notable. Le visage avait repris l'aspect qu'il avait auparavant; il devint même légèrement jaunâtre, les vomissements, le hoquet et la diarrhée continuaient; la respiration était fréquente, haletante, mais il n'y avait rien d'anormal du côté des organes respiratoires; le ventre était gonflé, le foie était tuméfié au point d'atteindre l'hypochondre gauche, l'ombilic et la fosse iliaque droite. En pressant sur la région hépatique, l'enfant poussait des cris, ce qui me faisait supposer que le foie devait être en outre douloureux à la pression. Toutefois la surface de ce viscère était partout égale et sa consistance ne présentait rien de particulier.

Dans l'après-midi la situation de l'enfant devint plus grave et à huit heures du soir elle venait de succomber. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

Je n'ai qu'à rappeler ici les réflexions que j'ai esquissées ci-dessus à l'occasion de la première observation pour faire admettre la nature purement syphilitique du fait; la déclaration des parents qu'ils n'avaient jamais eu la syphilis, l'extrême précocité des accidents, le décollement des téguments dans le phlegmon pectoral ne sont pas pour nous des raisons suffisantes pour mettre le diagnostic en doute.

Mais une question non moins importante pourrait être posée ici : comment peut-on expliquer la mort si rapide de l'enfant malgré une amélioration si marquée? En d'autres termes l'enfant avait-elle succombé à l'infection purulente ou à une inflammation hépatique? attendu que les mêmes symptômes observés appartiennent à l'un et à l'autre de ces deux états morbides.

J'avoue qu'une réponse nette à cette question me paraît difficile. Cependant, si l'on considère que le foie est un des viscères les plus exposés aux atteintes du virus vénérien, si l'on se rappelle que cet organe était tuméfié et peut-être douloureux à la pression, on serait en droit d'attribuer la mort à une hépatite syphilitique aiguë promptement suppurée ; du reste la rapidité avec laquelle se développaient les foyers sous-cutanés donne à cette explication plus qu'une raison de probabilité.

En résumé, en nous fondant sur les considérations précédemment exposées, nous croyons être en droit de conclure :

1° Que chez les nouveau-nés en présence de syphilis héréditaire, le virus spécifique peut traduire sa présence par le développement précoce de lésions phlegmoneuses sous-cutanées ;

2° Que de même qu'il existe une variété de scrofulide phlegmoneuse, de même pourrait-on admettre aussi une variété de syphilide phlegmoneuse.

Dr Zantiotis.

Réni (Russie), 5 décembre 1885.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

La glycose, le glycogène, la glycogénie en rapport avec la production de la chaleur et du travail mécanique dans l'économie animale. Troisième et dernière étude : ébauche d'une détermination absolue de la proportion dans laquelle la combustion de la glycose concourt a ces phénomènes. Rôle du foie. Conclusions. Mémoire de M. A. Chauveau en collaboration de M. Kauffmann. — Dans ce dernier mémoire M. Chauveau a eu pour but de développer par de nouvelles expériences les conséquences de celles qu'il communiquait à l'Académie de médecine, il y a trente ans, le 30 septembre 1856, sur la relation existant entre la présence du sucre dans les humeurs nutritives et la température des animaux.

Afin de débarrasser ces nouvelles expériences de toute

complication, les animaux étaient soumis au jeûne de façon à n'avoir à tenir aucun compte de l'alimentation. Dans ces conditions simples, dit-il, on voit le foie fournir constamment de la glycose au sang. Cette glycose incessamment cédée aux organes dans les capillaires de la circulation générale constitue le principal aliment des combustions organiques, sources de la chaleur animale et du travail musculaire, car cet aliment prend au sang la majeure partie de l'oxygène absorbé dans les capillaires; de plus, toutes les conditions qui modifient les combustions, modifient dans le même sens la quantité de glycose consommée par les organes. La production de la chaleur et du travail mécanique est si bien liée, dans l'économie animale, à la fonction glycogénique et à la combustion de la glycose, que le foie verse cette substance plus abondamment dans le sang quand un ou plusieurs appareils d'organes fonctionnent activement. Au contraire, quand, à la limite extrême de l'abstinence prolongée, le foie ne reçoit plus, de l'économie épuisée, les matériaux nécessaires à l'exercice de la fonction glycogénique, le sucre disparaît complètement de la masse du sang, d'où arrêt des combustions, refroidissement et mort.

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ A PIERREFONDS EN AOUT ET SEPTEMRRE 1886, par M. BROUARDEL. (Voy. p. 829.)

ÉLECTION. — L'Académie avait à procéder à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie en remplacement de M. Henri Milne Edwards, décédé.

Le nombre des votants étant 53, majorité 27, M. Sappey a été élu par 33 suffrages contre 10 à M. Ranvier, 8 à M. Davesta, et 2 bulletins blancs.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Apéry*, pharmacien à Constantinople, envoie un mémoire manuscrit sur *les myrobolans*. — (Renvoi à l'examen de MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Constantin Paul*.)

M. le docteur *Baginsky* adresse une brochure ayant pour titre : *Die Kost und Haltekinderpflege in Berlin*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Mougin*, une brochure sur *les épidémies à Vitry-le-François*; 2° de la part de M. *Viau*, une brochure ayant pour titre : *De l'anesthésie locale obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique ou d'une solution simple d'acide phénique par l'avulsion des dents*; 3° au nom de M. le docteur *Desplats* (de Lille), un mémoire imprimé sur *les applications thérapeutiques de l'hypnotisme*; 4° de la part de M. *Kayser*, un *Rapport sur la distillerie en Allemagne*.

M. *Brouardel* présente un *Manuel d'hygiène scolaire*, par MM. *Dubrisoy* et *Yvon*.

M. *Laboulbène* offre une *Étude sur les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au seizième siècle*.

M. *Rochard* dépose une série de mémoires sur *les eaux et les boues de Dax*, par M. le docteur *Barthe de Sandfort*.

M. *Hayem* fait hommage de ses *Leçons de thérapeutique* sur les grandes médications.

M. *Cornil* présente une thèse de M. *Bidault* sur *le lupus compliqué d'épithélioma*.

ÉLECTION. — Par 46 voix sur 75 votants, M. *Nocard*, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, est élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. Bouley, décédé. M. Mégnin obtient 17 voix et M. Weber, 11.

DÉMOGRAPHIE. — M. *Gustave Lagneau* rend compte d'un mémoire de M. le docteur Aubert intitulé : *Etudes statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Loire-Inférieure*. Dans ce département la population s'accroît légèrement par excédant des naissances sur les décès, mais surtout par immigration vers les villes de Nantes et Saint-Nazaire. Par leur taille peu élevée, par la largeur et la convexité de leur poitrine, par leur brachycéphalie, par la couleur brune de leurs cheveux, la plupart des habitants, les deux tiers au moins, se rattachent à la race celtique, anciennement représentée par les Namnètes au nord de la Loire, par les Pictons au sud de ce fleuve. Par leur taille élevée, leur teint blanc, la chevelure blonde, d'autres habitants, moins nombreux, principalement du littoral, paraissent descendre des anciens immigrés Germains, Saxons, Nordmans, qui de la Germanie septentrionale et de la Scandinavie, vinrent à diverses époques occuper cette région maritime.

Dans ce département, la belle et saine population du Bourg-de-Batz, dont près d'un cinquième des habitants porte le même nom de famille, offre un bel exemple de l'immunité des mariages consanguins, lorsque la consanguinité est indemne de toute hérédité morbide.

KYSTES DE L'ORBITE. — M. *Panas* a eu l'occasion de faire récemment l'examen histologique d'un kyste bilobé de l'orbite, extrait chez une jeune fille de l'âge de douze ans. La tumeur était formée d'une poche antérieure sous-palpébrale remplie d'un liquide visqueux brunâtre et d'un petit kyste à contenu également visqueux mais transparent; entre les deux existait une espèce de masse fibreuse, adhérant sous forme de plateau à toute la face inférieure de la tumeur et se prolongeant profondément dans l'orbite ; elle avait des connexions intimes avec la sclérotique d'une part et d'autre part avec la gaine du muscle petit oblique. Le microscope montra que ce kyste était formé d'un tégument membraneux, contenant des glandes mucipares acineuses avec conduit excréteur recouvert d'un *épithélium cylindrique* et qui renfermait du mucus plus ou moins modifié par l'adjonction des éléments du sang, au moins dans la plus grande et peut-être la plus ancienne des deux poches. Ainsi, ce kyste était véritablement constitué par un enclavement fœtal de la muqueuse des fosses nasales et des sinus, dont il représente plus ou moins la structure exacte ; il est surtout caractérisé par la présence de nombreuses glandes acineuses analogues à celles de la pituitaire, ainsi que par son contenu purement muqueux, enfin sa topographie et celle de ses rapports avec les parois de l'orbite permettent de conclure à son origine nasale.

Ainsi se trouve étendue la doctrine des kystes mucoïdes naso-orbitaires et il faut admettre deux classes de kystes orbitaires congénitaux bien définis : la première comprenant les kystes dermoïdes, provenant d'un enclavement du tégument externe, et l'autre les kystes mucoïdes, reconnaissant pour cause première l'emprisonnement de la muqueuse des voies aériennes dans l'orbite.

FISTULES PÉNIENNES. — Un enfant de huit ans entrait il y a plusieurs mois dans le service de M. le docteur *Dubar* à l'hôpital de Lille pour une pierre vésicale qui s'était engagée, quatre ans auparavant, dans l'intestin, était arrivée au méat d'où elle avait été en partie enlevée, mais avait au préalable déterminé une infiltration d'urine qui n'avait guéri qu'après la formation de deux fistules péniennes. M. Dubar résolut de pratiquer la taille sus-pubienne et de guérir du même coup les fistules péniennes en profitant aussi de la large ouverture de la vessie au-dessus du pubis pour la drainer par le procédé du double tube de Périer, de façon à empêcher le passage de l'urine sur la plaie opératoire. Le procédé employé pour la guérison des fistules fut celui dit à double plan de lambeau. Les suites furent simples : pendant dix-sept jours l'urine suivit exclusivement la voie abdominale, ce qui permit une réunion des lambeaux à peu près complète ; à ce moment il ne restait plus qu'une petite fistulette destinée à guérir à l'aide de quelques cautérisations ; quant à la plaie vésicale, elle était fermée le trentième jour et l'urine coulait alors en entier par l'urèthre.

Ce succès a engagé M. Dubar à proposer la généralisatien de cette méthode, à savoir si, en cas de fistule pénienne simple, sans complication vésicale, il n'y aurait pas avan-

tage à faire quand même la taille sus-pubienne, dans le but de drainer la vessie par la voie abdominale pendant le temps nécessaire à la réunion des lambeaux destinés à combler la fistule. M. *Léon Labbé*, chargé du rapport sur ce mémoire, approuve cette manière d'agir, en raison surtout de la bénignité de la taille sus-pubienne. Des remerciements sont votés par l'Académie à M. Dubar et son nom porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de chirurgie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Grippe suivie d'épanchement pleural : M. Roques. (Discussion : MM. Dreyfus-Brisac, Guyot, Desnos.) — Existe-t-il une forme curable de cirrhose alcoolique du foie? : M. Troisier. (Discussion : M. Bucquoy.) — Cancer du foie secondaire à un cancer testiculaire chez un sujet de dix-huit ans (Présentation de pièces anatomiques) : M. R. Moutard-Martin. — Périhépatite suppurée prise pour un kyste purulent du foie : M. Cadet de Gassicourt. — Présentation de brochure : M. Millard. — Élections. — Mutations dans les hôpitaux.

M. *Roques* donne lecture d'une observation de *grippe suivie, au moment de la défervescence, d'un épanchement pleural ayant les allures d'un phénomène critique*. (Sera publié.)

M. *Dreyfus-Brisac* fait remarquer que, dans ce cas, on observe l'expression la plus manifeste d'un processus général sur lequel insistait Gubler : la production d'œdèmes ou d'épanchements séreux au voisinage des régions atteintes d'inflammation ou d'hypérémie, lorsque commence la période critique de ces affections. Telle est la fluxion faciale, par rapport à la névralgie dentaire. Au moyen de la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, M. Dreyfus-Brisac a reconnu l'existence presque constante d'un léger degré d'épanchement pleural à la période critique de la pneumonie et de la congestion pulmonaire. Il est rarement aussi accentué que dans le cas observé par M. Roques.

M. *Guyot* rapporte qu'il tient de M. Gibert (du Havre) que ce dernier a récemment observé sept cas d'épanchement pleural accompagnant la grippe.

M. *Desnos* rappelle que, en 1870, on a observé de très nombreux cas de pleurésie développée au cours de la grippe; peut-être faut-il tenir compte des conditions particulières de cette époque, car aujourd'hui les faits de ce genre sont bien moins fréquents.

M. *Roques* fait remarquer qu'il n'a pas voulu rapporter une simple observation de pleurésie au cours de la grippe; ce sont là des faits vulgaires. Il s'est agi, dans le cas dont il a parlé, d'un épanchement pleural, phénomène critique et passager, d'une durée de quarante-huit heures, ayant apparu au moment de la défervescence de la grippe, ce qui est tout différent.

— M. *Troisier* présente un malade, et lit une note intitulée : *Existe-t-il une forme curable de cirrhose alcoolique du foie?* (Voy. p. 830.)

M. *Bucquoy* fait remarquer que tous les médecins ont eu occasion d'observer des cas de cirrhose atrophique, d'origine alcoolique, ayant présenté des rémissions momentanées très manifestes, avec disparition de l'ascite, ou même des guérisons apparentes de plusieurs années de durée. Il peut, pour sa part, citer au moins trois faits de ce genre. Mais, si l'on ne suit pas les malades fort longtemps, on ignore s'il s'agit bien d'une guérison définitive, et si les accidents ne se reproduisent pas plus tard, pour s'accentuer alors sans relâche jusqu'à la terminaison fatale.

— M. *R. Moutard-Martin* présente des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un jeune homme de dix-huit ans, alcoolique et masturbateur, qui succomba, dans son service, à un cancer secondaire du foie ayant déterminé une augmentation considérable du volume de l'organe, puisque le lobe gauche seul pesait 3^{kg},700. Le point de départ de ce cancer paraît être dans une affection du testicule, offrant à l'œil nu l'aspect d'un carcinome. L'examen histologique sera pratiqué. On trouvait également, chez cet individu, une endocardite végétante de la mitrale et des sigmoïdes aortiques, vestige d'une attaque de rhumatisme antérieur, et qui n'avait donné lieu à aucun phénomène morbide appréciable pendant la vie.

— M. *Cadet de Gassicourt* rapporte l'observation, promise à la Société, d'un jeune garçon de treize ans chez lequel une périhépatite suppurée a été prise pour un kyste hydatique purulent du foie. A son entrée à l'hôpital, ce malade présentait une broncho-pneumonie subaiguë vraisemblablement tuberculeuse; il était pâle, amaigri, toussait depuis longtemps déjà, avait des sueurs nocturnes, et offrait à la région sous-maxillaire d'anciennes cicatrices et une adénopathie très volumineuse. Les symptômes thoraciques s'améliorèrent, puis on vit apparaître, à deux reprises, une poussée de congestion à la base du poumon droit, simulant l'épanchement pleural. Un mois après son entrée à l'hôpital, on constata au niveau du rebord costal droit, et se prolongeant sous les fausses côtes, une tumeur douloureuse, rénitente, paraissant faire corps avec le foie. M. Cadet de Gassicourt diagnostiqua une tumeur du foie suppurée, et la ponction donna issue à 200 grammes de pus; mais s'agissait-il d'un abcès scrofuleux ou tuberculeux, ou bien d'un kyste hydatique? Malgré l'absence de crochets dans le pus, M. Cadet de Gassicourt inclinait pour un kyste hydatique, accompagné de péritonite localisée se manifestant par des douleurs assez vives. Deux autres ponctions furent successivement faites, et une sonde laissée à demeure pour les lavages phéniqués; l'amélioration fut, dès lors, rapide et très marquée. On administrait en même temps au malade l'huile de foie de morue, la créosote et une alimentation réparatrice. L'adénopathie sous-maxillaire disparut presque complètement. Comme il persistait encore, au bout de plusieurs mois, une petite fistule donnant toujours du pus, et que la fièvre paraissait se rallumer, on décida de recourir à une large incision au thermocautère, qui fut pratiquée par M. Lannelongue. On put alors reconnaître que le doigt pénétrait dans une cavité se prolongeant entre la face supérieure du foie et le diaphragme, en un mot dans une poche péritonéale; il s'agissait donc, à n'en pas douter, d'une périhépatite suppurée. Le malade est aujourd'hui complètement guéri. — Il est intéressant, à plus d'un titre, de voir une broncho-pneumonie et une périhépatite suppurée, vraisemblablement tuberculeuses, terminées par la guérison. D'ailleurs, les cas analogues ne sont pas aussi rares qu'on le pense généralement; s'agit-il d'une guérison définitive, la chose serait bien difficile à affirmer; mais, quoi qu'il en soit, cette notion clinique est bien faite pour apporter aux familles quelque consolation, et au médecin quelque encouragement.

— M. *Millard* présente une brochure de M. Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Arcachon, intitulée : *Arcachon; ville d'hiver; ville d'été*.

Elections. — MM. Villemin et Hérard sont nommés membres honoraires de la Société. — M. Séglas, médecin-adjoint à Bicêtre, est nommé membre titulaire.

Mutations dans les services des hôpitaux. — M. Dumontpallier passe à l'Hôtel-Dieu; M. Blachez, à la Charité; M. Cornil, à Laennec; M. Dieulafoy, à Necker; M. Legroux, à Trousseau; M. Troisier, à la Pitié; M. Hanot, à Saint-Antoine; M. Hutinel, à la Pitié; M. R. Moutard-Martin, à Saint-Antoine; M. Gingeot, à Saint-Antoine; M. Roques, à Tenon; M. Moizard, à Tenon; M. Tapret, à Saint-Antoine;

M. Gombault, à Ivry; M. Déjerine, à Bicêtre; M. H. Barth, à Sainte-Périne.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Sur le type commun des amygdales chez les mammifères: M. Retterer. — Des injections rectales gazeuses dans le traitement des affections pulmonaires : M. V. Morel. — Des intoxications causées par le sublimé: MM. Butte et Dolérie. — Section primitive et directe du nerf médian: M. Bouisson. — Transplantation de morceaux de peau de grenouille sur une plaie chez l'homme: M. Dubousquet.

M. *Retterer* montre que les formes diverses d'amygdales, que les auteurs ont décrites chez les mammifères, peuvent toutes se ramener à un seul type, si on considère le développement de ces organes; c'est une invagination de l'épithélium qui est partout le point de départ de la formation amygdalienne. Tantôt, comme chez les petits mammifères, l'organe reste à l'état de crypte unique, entouré de tous côtés de tissu glandulaire; tantôt, comme chez les carnivores, le tissu tonsillaire siège principalement dans le fond de l'involution; tantôt, comme chez les mammifères de grande taille, les involutions sont multiples et ramifiées. Dans ce dernier cas, les *lobes* sont nombreux et la masse amygdalienne a des dimensions notables et se trouve creusée de nombreux cryptes.

— M. *V. Morel* (de Lyon) remarque que les expériences que M. Peyrou a rapportées à la Société dans la séance du 20 novembre dernier sur les effets toxiques des injections d'hydrogène sulfuré dans le rectum chez le chien, diffèrent quant à plusieurs de leurs conditions de la méthode employée par M. Bergeon dans le traitement des affections pulmonaires chez l'homme au moyen des mêmes injections. M. Morel expose les diverses précautions observées par M. Bergeon dans la pratique de ces injections et indique les différents dispositifs de l'appareil à injections, qui servent à remédier aux principaux inconvénients pouvant résulter de l'introduction du gaz dans l'intestin.

— MM. *Butte* et *Doléris* ont fait sur des chiens, des lapins et des cobayes, des expériences pour chercher quelle est la possibilité de l'intoxication par le sublimé employé pour le lavage des muqueuses saines et des plaies. Ils ont reconnu que le lavage des muqueuses saines ne semble pas présenter de dangers réels. Mais il n'en est plus de même si c'est une plaie qui est lavée. Il se produit des accidents graves (diarrhée sanguinolente, albuminurie, affaiblissement progressif, hypothermie), souvent suivis de mort. Les lésions anatomiques siègent surtout sur le gros intestin et sur les reins.

— M. *Bouisson* présente un malade auquel il a fait la suture primitive et directe du nerf médian, sans que cependant les fonctions du nerf se soient trouvées immédiatement rétablies, comme on l'a soutenu. Si la sensibilité et la motilité paraissent revenues dans les doigts innervés par le médian, la réaction de dégénérescence et l'atrophie nette, un mois après l'opération, de l'éminence thénar sont des signes de dégénérescence.

— M. *Dubousquet* présente un malade sur lequel il a fait avec succès des transplantations de peau de grenouille pour une plaie extrêmement étendue et bourgeonnante de brûlure. La cicatrisation fut très rapide et la cicatrice est molle, élastique, incolore.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1886.— PRÉSIDENCE DE M. LIMOUSIN.

A propos des injections rectales gazeuses: MM. Limousin, C. Paul, Dujardin-Beaumetz, Rougon, Dupont.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Limousin* demande s'il ne ressort pas par l'anus, autour de la canule, une certaine quantité des quatre litres de gaz que l'on injecte dans le rectum d'après la méthode de M. Bergeon; il lui semble que, si cette injection est conservée tout entière dans l'intestin, ce doit être un traitement bien pénible pour le malade. N'y aurait-il pas avantage à pratiquer ces injections avec une canule possédant un tube de sortie muni d'un robinet permettant de laisser échapper à volonté une partie du gaz lorsque la distension intestinale deviendrait douloureuse; en un mot, de faire l'injection avec une sorte de canule à double courant?

M. *C. Paul* est d'avis qu'il serait, en effet, fort utile d'être fixé sur la technique de ces injections. M. Bergeon a recommandé de ne pas injecter d'air, qui est mal supporté par le rectum; aussi, pour se mettre à l'abri d'un pareil inconvénient, il faut, si l'on emploie l'appareil à flacons et à réservoir de caoutchouc, avoir soin de ne boucher le premier flacon que lorsqu'il s'est déjà dégagé assez d'acide carbonique pour en chasser tout l'air qu'il contient; puis il faut faire fonctionner la poire à injection jusqu'à ce que l'air du flacon barboteur soit entièrement entraîné, et que l'on constate la sortie du gaz par la canule : on peut alors procéder à l'opération. Pour lui, il se sert de siphons renfermant, sous pression, six litres de gaz acide carbonique, et munis d'un manomètre; il n'a donc pas à se préoccuper des inconvénients de l'injection d'un mélange d'air. Il faut, pour pratiquer l'injection, placer le malade dans la position couchée, introduire la canule à 5 ou 6 centimètres de profondeur, et ne pas faire pénétrer plus de 50 à 60 centimètres cubes de gaz à la fois dans le rectum, sans quoi le malade éprouve une tension pénible, avec chaleur dans l'intestin qui réagit alors violemment et expulse autour de la canule une partie du gaz introduit. Il a pour principe de ne pas injecter plus d'un litre de gaz à chaque séance; lorsqu'on veut aller jusqu'à deux litres, on détermine une dilatation marquée du côlon transverse, avec tympanite douloureuse. Quant à la meilleure manière de sulfurer le gaz carbonique, elle paraît consister dans l'emploi, non pas du sulfure de carbone qui a de multiples inconvénients, mais d'une eau sulfureuse dans laquelle l'acide carbonique vient barboter, et se charge d'acide sulfhydrique provenant de la décomposition du sulfure de sodium. M. Bergeon conseillant de rejeter les eaux sulfureuses artificielles, M. C. Paul a expérimenté les Eaux-Bonnes, qui paraissent ne pas fournir assez d'acide sulfhydrique, et l'eau de Challes qui, bien préférable, semble parfois en fournir trop et occasionner un peu de cyanose asphyxique; peut-être l'eau d'Enghien (source du Lac) donnerait-elle des résultats tout à fait satisfaisants. M. C. Paul se demande si le sac de caoutchouc employé comme réservoir d'acide carbonique n'a pas l'inconvénient de permettre les échanges gazeux par osmose, si bien qu'au bout de peu de temps on a un mélange d'air avec le gaz carbonique dans des proportions appréciables. Il n'a du reste rien à craindre de semblable avec les siphons dont il se sert.

M. *Limousin* a constaté que les sacs de caoutchouc remplis d'oxygène, par exemple, renferment, au bout de vingt-quatre heures, une notable proportion d'air; aussi est-il d'avis que, pour les injections rectales, il vaut mieux préparer extemporanément, chaque fois, la quantité d'acide carbonique dont on a besoin. Quant au siphon, il lui semble constituer un appareil défectueux, à cause de la pression

trop forte sous laquelle s'échappe le gaz au début, pression qui devient ensuite trop faible.

M. *C. Paul* a fait adapter à ses siphons une vis micrométrique qui permet de régler à volonté la sortie du gaz et la pression sous laquelle elle s'effectue.

M. *Limousin* est surpris de voir préférer dans la pratique les eaux sulfureuses naturelles aux solutions artificielles pouvant fournir une quantité déterminée d'acide sulfhydrique. Les eaux sulfureuses naturelles offrent, en effet, suivant mille circonstances de leur embouteillage, des différences considérables de composition pour une même source. Ne pourrait-on mélanger directement à l'acide carbonique employé la quantité exacte d'acide sulfhydrique que l'on désire injecter?

M. *Dujardin-Beaumetz* a continué d'expérimenter les injections rectales gazeuses; il a, en ce moment, dans son service, vingt malades soumis à ce traitement. Il doit déclarer, tout d'abord, qu'il a reconnu qu'on peut indifféremment se servir d'eaux sulfureuses naturelles ou de solutions artificielles : il emploie, pour sa part, une solution de sulfure de sodium additionnée d'acide salicylique et d'acide tartrique. On peut, en effet, reprocher aux eaux sulfureuses naturelles leur variabilité de composition et aussi leur prix élevé. M. Dujardin-Beaumetz a injecté dans le rectum d'un chien une notable quantité de gaz carbonique fortement sulfuré, et a constaté, vingt minutes après, la présence d'acide sulfhydrique dans l'air expiré par l'animal, phénomène qu'il n'a jamais constaté chez l'homme. Il a expérimenté successivement chez ses malades l'eau sulfo-carbonée, qui ne donne pas de résultats, l'eucalyptol qui en donne de mauvais, l'iodoforme qui n'est pas meilleur; il ne conserve donc que l'hydrogène sulfuré, et le terpinol dont les effets jusqu'ici sont inférieurs à ceux de l'hydrogène sulfuré. Il a également essayé d'employer l'acide carbonique pur, et a été fort surpris de constater qu'il donne des coliques aux malades, sans procurer aucune amélioration; additionné d'hydrogène sulfuré, il procure constamment la diminution de la toux et de l'expectoration, le sommeil et le retour de l'appétit, mais il faut reconnaître que cet heureux effet n'est obtenu que pendant trop peu de temps. Il est bon d'être prévenu qu'en général les malades ne considèrent pas ces injections comme un traitement, et réclament avec insistance des *médicaments;* il ne faut pas accéder à ce désir si l'on veut pouvoir apprécier les résultats de la méthode de M. Bergeon. Quant aux bacilles contenus dans l'expectoration des phthisiques qui obtiennent de l'amélioration, ils restent tout aussi nombreux. Cette méthode de traitement donne d'excellents résultats chez les malades atteints de catarrhe bronchique; l'amélioration est, en pareil cas, rapide et très marquée.

M. *Rougon* demande si l'on ne pourrait penser que les phénomènes de cyanose asphyxique légère, observés dans quelques cas par M. C. Paul, sont, en partie au moins, sous la dépendance de la gêne mécanique de la respiration produite par la distension trop considérable du gros intestin.

M. *C. Paul* fait observer qu'une semblable interprétation est inadmissible, car on ne pousse jamais l'injection gazeuse jusqu'à une pareille limite.

M. *Dupont* rappelle que les lavements d'acide carbonique ont été préconisés en Angleterre, au siècle dernier, pour combattre la phthisie. Lui-même a étudié, dans sa thèse inaugurale, l'action de l'acide carbonique en inhalations, et a reconnu que les phthisiques en retiraient des avantages marqués. L'acide carbonique agit comme calmant, et, sans doute aussi, en diminuant la proportion d'oxygène contenu dans le sang, c'est-à-dire en réalisant la diète respiratoire. Si l'on veut employer un gaz toxique, comme l'hydrogène sulfuré, il est naturel de l'administrer en injections rectales puisque Cl. Bernard a démontré qu'absorbé par cette voie il s'élimine au niveau des poumons avant de pouvoir pénétrer dans la circulation artérielle et devenir dangereux. Mais, si l'on croit devoir se contenter de l'acide carbonique seul, ainsi que M. Bergeon lui-même y semble disposé, à quoi bon la voie rectale, et pourquoi ne pas recourir simplement aux inhalations ?

M. *C. Paul* fait remarquer que le procédé des inhalations n'offre rien de nouveau; les inhalations sulfureuses sont installées dans maintes stations thermales, les inhalations de gaz carbonique sont depuis longtemps jugées. Ce procédé de traitement donne certainement quelques bons résultats dans un certain nombre de maladies de l'appareil respiratoire, mais il est bien insuffisant dans la phthisie, et échoue presque toujours complètement. Il s'agit, actuellement, de tout autre chose : d'une méthode nouvelle d'injection de gaz carbonique sulfuré dans l'intestin, et l'on annonce de ce traitement des résultats merveilleux chez les phthisiques les plus gravement atteints. Il faut essayer, et vérifier ces assertions. Si ces injections agissent réellement sur l'état pathologique des voies respiratoires dans la phthisie, elles constituent un moyen thérapeutique précieux, alors même que les résultats définitifs seraient moins brillants qu'on ne l'a dit tout d'abord ; en effet, elles permettent d'administrer les sulfureux en ménageant l'estomac : elles paraissent même augmenter l'appétit. Or c'est là un point d'une importance capitale, car on peut poser en principe que, tant qu'un phthisique mange, il y a encore des ressources thérapeutiques ; que, du jour où il ne mange plus, on n'a plus rien à attendre d'aucun traitement. M. C. Paul tient à signaler incidemment les excellents effets qu'il obtient des inhalations antiseptiques dans les cas de gangrène pulmonaire ; depuis qu'il emploie ce procédé, il n'a pas eu à déplorer un seul décès par cette redoutable affection.

— M. *Sanné* donne lecture de son rapport sur les titres des candidats demandant à être nommés membres titulaires ou membres correspondants de la Société. — (Il sera procédé aux élections dans la prochaine séance.)

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

De la nature de l'hypertrophie de la prostate, par M. H. Thompson. — L'auteur distingue quatre formes différentes d'hypertrophie prostatique de l'âge avancé :

1° *Hypertrophie vraie*, caractérisée par une prolifération en quelque sorte normale du tissu glandulaire et du stroma, avec sécrétion abondante et concrétions nombreuses; l'augmentation de volume est insignifiante; forme assez rare.

2° *Hyperplasie fibreuse* ou *hypertrophie fibro-musculaire*, consistant en une prolifération du tissu connectif et parfois des fibres lisses du stroma, avec tendance du tissu glandulaire à la raréfaction ; cette forme, la plus commune, donne lieu à la plus grande augmentation de volume de l'organe ; la sécrétion est rare et les concrétions peu nombreuses.

3° *Hyperplasie glandulaire* résultant d'une prolifération des cellules glanduleuses qui l'emporte sur l'hypertrophie du stroma; la sécrétion est abondante, les concrétions nombreuses; forme rare.

4° *Hypertrophie locale*, due à une prolifération exagérée des éléments nouveaux par places circonscrites; forme très commune. (*British med. Journal*, 1886, n° 1329.)

De la transfusion et de l'infusion, par M. A. LANDERER. — Plusieurs accidents mortels observés par l'auteur après la transfusion sanguine l'ont déterminé à rechercher les causes de ces accidents et les moyens de les empêcher. Quoique le sang à injecter soit défibriné, il peut s'y former du *ferment de la fibrine*, d'où le danger des coagulations dans les vaisseaux où ce sang pénètre; il faudrait donc chercher à empêcher la formation de ce ferment ou à neutraliser son action, ou bien au lieu de sang injecter un liquide approprié. Ce n'est pas, en effet, le défaut de globules, celui d'hémoglobine ou d'oxygène qui constitue un danger ou détermine la mort dans certains cas, après de violentes hémorrhagies, par exemple, c'est plutôt la disproportion mécanique qui existe entre le calibre des vaisseaux et leur contenu, qui entraîne aussi un état de réplétion imparfait du cœur. Le mieux est donc d'injecter un liquide approprié pour rétablir l'équilibre et permettre aux globules qui restent de remplir convenablement leurs fonctions et de se multiplier. L'auteur a fait de nombreuses expériences sur les animaux; voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° La transfusion sanguine est dangereuse et inutile.

2° L'infusion préparée avec une solution alcaline de sel marin n'est pas suffisamment efficace après de très violentes hémorrhagies (dépassant 4,5 pour 100).

3° La solution résultant de la combinaison de la solution sucrée avec la solution alcaline de sel marin est préférable, parce qu'elle favorise le passage des humeurs dans les vaisseaux, fournit un principe nutritif immédiatement assimilable, se rapproche plus par sa densité de celle du sang, et augmente la tension sanguine.

4° Cette solution sucrée et salée peut, en outre, être d'une grande utilité dans certains empoisonnements, par la nitro-benzine, le chloral, etc. Ici aussi il n'est pas nécessaire d'injecter des globules rouges.

5° Dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'une simple perte d'eau, comme dans le choléra, la solution simple de chlorure de sodium paraît préférable. (*Archiv f. pathol. Anatomie*, 1886, Bd CV, Heft 2.)

L'extirpation de la glande thyroïde, par M. Ferd. FUHR. — La thyroïdectomie a été pratiquée assez souvent dans ces derniers temps pour enlever les goitres; dans un certain nombre de cas on a vu survenir des accidents graves de tétanie suivis de mort ou un état complexe grave, bien décrit pour la première fois par Kocher sous le nom de *Cachexia strumipriva* et désigné par Reverdin sous le nom de *Myxœdème par extirpation de la thyroïde*. On a reconnu depuis que les accidents graves se produisaient seulement chez les opérés dont la glande a été extirpée totalement sans qu'il en soit resté un fragment et que ceux qui avaient conservé un fragment de la glande ou qui possédaient des glandes surnuméraires, n'éprouvaient aucun symptôme fâcheux. M. Fuhr a constaté les mêmes faits sur des chiens. Il résulte de ses expériences que l'extirpation totale chez ces animaux est toujours mortelle et que la mort arrive au plus tard au bout de vingt et un jours consécutivement à des symptômes indiquant des troubles du côté des centres nerveux. Seuls les chiens dont la totalité de la glande ne fut pas extirpée ou qui possédaient des glandes surnuméraires ne périrent pas. Ces résultats ne sont pas encourageants pour l'opération sur l'homme. (*Archiv für experim. Pathologie*, 1886, Bd XXI, Heft 5-6.)

Travaux à consulter.

DES PROPRIÉTÉS ANALGÉSIQUES DE LA THÉINE, par M. H. CASTLE. — Dans le but de vérifier les expériences antérieures de Mays sur l'analgésie locale produite par la théine, Costle a injecté sous la peau des doses de théine variant d'un sixième à une moitié de grain.

Immédiatement après l'injection hypodermique, la région devenait pâle et froide. M. Castle opérait sur l'avant-bras. Aux environs de la piqûre, la sensibilité était amoindrie et le membre était le siège de fourmillements. Le pouls conservait ses caractères.

Il se produisait de l'excitation cérébrale et des hallucinations qui persistèrent pendant plusieurs heures.

Les applications de la solution de théine au centième, sur la conjonctive, déterminèrent sa congestion et ne provoquèrent pas l'anesthésie.

M. Castle a fait l'essai clinique de la théine sur des malades atteints de rhumatisme et de névralgie sciatique. Un sixième de grain de théine diminua les douleurs des rhumatisants, par contre un tiers de grain ne provoqua seulement qu'une atténuation très momentanée de la douleur névralgique. Ces expériences ne suffisent certainement pas pour permettre d'appliquer la théine à la thérapeutique de la douleur; mais elles concordent avec les observations de théisme aigu et chronique et l'histoire clinique des accidents dont les buveurs de thé sont atteints. (*Cincinnati Lancet*, février 1886.)

DE L'EMPLOI DU PHÉNATE DE MERCURE CONTRE LA SYPHYLIS, par M. GAMBERINI (de Bologne). — Le phénate de mercure s'obtient par la double décomposition entre deux solutions, l'une de phénate de potasse, l'autre de bichlorure de mercure. Il se produit un précipité jaunâtre qu'on purifie par des lavages successifs et qui n'est autre que le phénate de mercure.

Ce sel serait un germicide puissant, d'après l'observateur italien, en raison même de sa composition. Il l'administre donc à l'intérieur aux syphilitiques à la dose de deux à douze centigrammes par jour, en évitant toutefois la provocation d'accidents gastro-intestinaux et de stomatite.

La forme pilulaire lui paraît préférable à toutes les autres préparations. Chaque pilule contient deux centigrammes de phénate de mercure associé au baume de Tolu.

Ce sel mercuriel produirait la disparition des accidents syphilitiques dans l'espace de douze à quarante-cinq jours, et par conséquent ne serait pas d'une efficacité inférieure à celle des autres médicaments antisyphilitiques.

Toutefois le phénate de mercure n'a pas donné des résultats aussi heureux quand on l'administrait par la méthode hypodermique. En résumé, ce sel mérite d'être mis à l'essai, d'autant plus que son étude chimique plus complète permettrait peut-être d'en faire usage contre d'autres affections parasitaires comme agent antimicrobique. (*Rivista di terapie e igiene de Piacenza*, 1886.)

DE L'EMPLOI DE LA COCAÏNE POUR COMBATTRE LE MAL DE MER, par M. W. OTTO. — Le chlorhydrate de cocaïne à l'intérieur a donné quelques succès dans le traitement des vomissements de la gravidité. M. W. Otto en a fait usage pour combattre les nausées et les vomissements du mal de mer. Sous son influence ces accidents disparaissent et l'agitation est remplacée par le sommeil. Il emploie dans ce but une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 10 dont il prescrit trois fois par jour quatre à cinq gouttes qui sont administrées sur un morceau de glace. (*Journal de pharmacie d'Alsace-Lorraine*, juillet 1886.)

DU BROMURE D'ARSENIC EN DERMATOLOGIE, par M. W. Thomas CORBETT. — Ce sel est très instable et déliquescent. Au contact de l'eau il se dédouble en acide bromhydrique et acide arsénieux. Aussi la plus recommandable de ses préparations est la liqueur de Piffard, obtenue par la solution d'une partie de bromure dans cent parties d'alcool, et administrée à la dose de deux à quatre gouttes par jour dans l'eau pure.

C'est surtout contre l'*acné simplex* que M. Corbett en a obtenu des succès ; en particulier contre l'acné consécutif aux irritations des organes génitaux.

Le *pruritus hiemalis* n'a pas été combattu aussi efficacement. Toutefois, l'usage prolongé de ce médicament a paru, dans un cas, prévenir le retour de cette affection saisonnière. Dans le traitement du psoriasis les résultats ont été très douteux ; toutefois les récidives ont paru moins rares que dans les cas où la médica-

tion externe était seule adoptée. Les doses employées variaient d'un demi-milligramme à un milligramme environ par jour après chaque repas. (*The medical Record*, 17 août 1886, p. 441.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, par M. Albert Robin, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hospice des Ménages, recueillies par M. Juhel-Renoy, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine. — Paris, G. Masson, 1887.

Les temps sont loin où les immixtions de la chimie dans le domaine médical ne suscitaient que défiance et incrédulité; on ne conteste plus aujourd'hui qu'elle seule peut fournir des renseignements précis sur les troubles nutritifs dont le rôle pathogénique grandit de jour en jour et, souvent, par suite, guider nos efforts thérapeutiques. Ils sont donc les bienvenus ceux qui, ne reculant pas devant les difficultés d'une pareille tâche, mettent la chimie biologique au service de la pathologie. Tel est, on le sait, le cas de M. Albert Robin. C'est dire tout l'intérêt des leçons qu'il soumet aujourd'hui au jugement du public médical.

Plusieurs d'entre elles ont déjà été publiées, sous une forme ou sous une autre : celles par exemple qui ont trait à la *congestion rénale*, à la *myocardite interstitielle latente*, à la *rupture du cœur*, etc. Nos lecteurs auront plaisir et trouveront profit à les relire; mais nous signalerons tout spécialement à leur attention la leçon consacrée au pseudo-rhumatisme de surmenage, où M. Robin défend des idées que nous avons à plusieurs reprises exposées dans la *Gazette hebdomadaire*, à savoir la production sous l'influence exclusive de la fatigue et en dehors de tout état diathésique, d'accidents cliniquement analogues au rhumatisme articulaire subaigu.

C'est surtout dans les dix leçons où l'auteur étudie, sous toutes ses faces, le traitement de la fièvre typhoïde qu'on peut juger sa méthode.

Après avoir montré le côté faible de toutes les médications systématiques proposées jusqu'à ce jour, y compris la médication antiseptique, il cherche les indications thérapeutiques dans l'état de la nutrition chez les typhiques. S'appuyant sur des travaux personnels entrepris depuis dix ans,— témoin sa thèse sur l'urologie de la fièvre typhoïde, — M. Robin résume en quelques propositions la statique chimique de cette maladie. Exagération de la désintégration organique, rétention d'une partie des déchets ainsi produits, par suite de la faible solubilité de ces déchets incomplètement oxydés et du fonctionnement imparfait des émonctoires, telles sont les perturbations nutritives fondamentales qu'entraîne le processus dothiénentérique.

Dans cet exposé que nous résumons à grands traits, deux données méritent surtout d'être relevées, d'une part parce qu'elles ne sont pas monnaie courante dans la science, et de l'autre parce qu'elles ouvrent de nouveaux horizons à l'intervention thérapeutique : c'est le ralentissement des oxydations, au cours de ce processus fébrile et le peu de solubilité des déchets organiques.

L'évolution typhique est donc constituée par trois éléments essentiels : intoxication, désintégration exagérée, rétention de produits difficilement éliminables. De là trois indications thérapeutiques majeures.

La première consiste à détruire le microbe ou poison typhogène ou du moins à enrayer les fermentations intestinales : c'est le rôle de l'antisepsie intestinale dont M. Robin étudie les divers agents. La seconde vise à diminuer la désintégration, en accroissant la résistance de l'organisme ; ici trouvent place les médicaments dynamophores. La troisième indication est plus complexe : solubiliser les résidus organiques, leur fournir des dissolvants, maintenir l'énergie circulatoire, assurer le libre fonctionnement des émonctoires, autant de problèmes thérapeutiques, tous des plus délicats à résoudre. Nous sommes là sur le terrain des faits et l'analyse perd ses droits : c'est dire qu'il nous est impossible de suivre M. Robin dans son étude minutieuse des divers médicaments ou moyens curatifs dont il discute les indications. Nous le regrettons : car ici, de même que dans les leçons consacrées au traitement des complications de la fièvre typhoïde, il y a beaucoup à glaner pour le praticien. Nulle part, alors même qu'il demande à la chimie biologique, cette science née d'hier, plus qu'elle ne saurait encore nous fournir, le brillant agrégé de notre Ecole ne perd de vue le caractère pratique qu'il entend donner à son enseignement. Il a réussi dans cette tâche : il n'est que juste, comme il nous est agréable, de le constater.

L. Dreyfus-Brisac.

Atlas de microscopie clinique, par le docteur Alexandre Peyer, traduit par le docteur Eugène de La Harpe (de Lausanne). 100 planches comprenant 128 figures en chromolithographie. Grand in-8°. — O. Berthier, Paris, 1887.

L'auteur de cet atlas nous apprend comment il a été amené à publier les dessins qu'il avait exécutés au cours de ses études cliniques. Nous constatons en effet dans ces planches une originalité qui prouve que M. Peyer a représenté des préparations bien observées, et qu'il s'est abstenu avec raison de ces figures banales plus ou moins bien « adaptées » si l'on nous permet cette expression, telles qu'on en reproduit trop souvent dans les manuels, 200. planches démontrent la plupart des observations microscopique utilisables en clinique. En pareil sujet l'ordre des matières importe peu, à condition qu'il soit logique. C'est ainsi que M. Peyer a divisé en neuf chapitres son atlas, et figuré les éléments nomaux ou pathologiques du sang, du lait, de l'urine, des crachats, des fèces, des vomissements, et ceux que contiennent les diverses tumeurs abdominales, la sécrétion des organes génitaux, les micro-organismes.

Les planches sont exécutées avec un véritable luxe typographique; elles sont simples et claires et par conséquent rendront service non seulement aux étudiants mais aussi aux praticiens qui ont souvent besoin de rafraîchir leur mémoire au moyen de types faciles à consulter.

L'étude des cylindres de l'urine, des pseudo-cylindres, celle des sédiments, des cristaux de l'urine, du sperme, des crachats, a reçu des développements en rapport avec l'importance que ces recherches présentent pour le diagnostic et c'est avec raison qu'après avoir montré les éléments divers rencontrés dans l'urine, M. Peyer représente les caractères plus complexes de l'urine dans les diverses affections du rein, de la vessie et de l'urèthre.

En résumé, l'*Atlas microscopique* est un guide expérimenté que nous recommandons avec la certitude qu'il sera souvent consulté non seulement comme memento, mais aussi comme présentant des types bien définis dont on pourra rapprocher les descriptions histologiques dans les observations cliniques.

Pour apprécier les publications de ce genre, il ne faut demander à l'auteur que la clarté, la vérité, et à l'éditeur la bonne exécution, ce qui a été obtenu dans cet atlas. M. Peyer a choisi librement son programme, et nous n'avons pas l'intention d'en discuter l'étendue ni la distribution dans les détails, cependant nous avons à lui adresser quelques critiques dont nous lui souhaitons de faire son profit dans une prochaine édition. Par exemple l'indication du grossissement est à notre avis indispensable en histologie, on ne doit pas

plus s'en dispenser dans les atlas que dans les traités d'histologie; l'indication du grossissement est comme l'échelle ou l'orientation d'un plan, et d'ailleurs la précision est un des meilleurs moyens de la démonstration, celle-ci dût-elle être la plus élémentaire. Dans ses dessins très bien étudiés des pseudo-cylindres et des cylindres de la néphrite, les dimensions auraient dû être indiquées; de même pour les préparations du sang, qui sont à un grossissement trop faible, de sorte que les détails de structure ne sont pas assez finement représentés.

Parmi les parasites intestinaux il serait bon de faire figurer les larves de lombrics intestinaux qui ont été souvent confondus avec les larves d'insectes. A propos des kystes de l'ovaire M. Peyer décrit avec raison des cellules granuleuses caractéristiques, mais il n'en donne pas la signification anatomique; or Robin les a fait connaître sous un nom qu'il serait bon de conserver, celui de *cellules de l'ovisac.* Elles sont en effet caractéristiques pour le diagnostic et en particulier pour la distinction entre les kystes de l'ovaire et l'hydronéphrose, ainsi que j'ai eu occasion de le faire l'année passée chez un malade dont le diagnostic était incertain, malgré une ponction exploratrice avec analyse chimique du produit; la présence de cellules de l'ovisac m'a permis d'affirmer à M. Hérard et à M. Duplay l'existence d'un kyste ovarique, ce qui fut confirmé par la suite.

Ces adjonctions devront être faites par les observateurs eux-mêmes, car on peut considérer ces planches comme des modèles qu'il faut imiter en reproduisant les dessins des préparations originales, ce qui est bien la meilleure manière d'étudier et aussi de recueillir des matériaux de la plus grande importance dans les observations cliniques.

A. Hénocque.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — Nous apprenons à l'instant que MM. Farabeuf et Gariel viennent d'être présentés en première ligne et à l'unanimité des suffrages, pour les chaires d'anatomie et de physique médicale.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 10 décembre 1886, M. Weber, médecin-major de 1re classe en non-activité pour infirmités temporaires, a été nommé médecin-major de 1re classe.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 13 décembre 1886, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :
Au grade de médecin de 2e classe : MM. les docteurs Ricard et Depied.

Nouveau journal. — Nous avons reçu les deux premiers numéros d'un journal intitulé : *la Province médicale*, et qui, dirigé par M. le docteur V. Augagneur, professeur agrégé à la Faculté de médecine, paraît tous les samedis à Lyon. Les articles de MM. Renaut, Gayet, Teissier et de leurs collègues lyonnais sont de nature à assurer à ce nouvel organe de publicité un grand et légitime succès.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 11 décembre 1886, M. Ambriel, médecin de 1re classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Chambre des députés. — La commission de la Chambre des députés chargée d'examiner la proposition de loi déposée par M. Siegfried et cinquante de ses collègues concernant l'organisation de l'administration de la santé publique, se compose de MM. Carret, Chamberland, Chavanne, Duchasseint, Guillemaut, Labrousse, Lesouef, Mathé (Seine), Siegfried et Waddington. Elle a choisi pour président M. Siegfried, et M. Chamberland comme secrétaire.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 24 décembre). — *Ordre du jour :* M. Féréol : Rapport sur le mémoire de M. Glénard : entéroptose et neurasthénie. — M. Sevestre : Sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale. — M. Danlos : Sur une observation de fièvre typhoïde anormale. — M. Legroux : Nouveau plessimètre. — Elections.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Brongniart, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Contrexéville.

Mortalité a Paris (49e semaine, du 5 au 11 décembre 1886). — (Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 2. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 38. — Choléra, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 29. — Phthisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 42. — Broncho-pneumonie, 29. — Pneumonie, 67. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 27; au sein et mixte, 28; inconnu, 0. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 73; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 42; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 17. — Total : 1066.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Maladies du système nerveux. Leçons professées à la Faculté de médecine, par M. le professeur Vulpian, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu. Tome second. 1 fort vol. grand in-8 de 500 pages. Paris, O. Doin. 16 fr.
— Prix de l'ouvrage complet en 2 volumes. 32 fr.

Atlas de microscopie clinique, par M. le docteur Alexandre Peyer, traduit sur la deuxième édition allemande, par M. le docteur Eugène de La Harpe (de Lausanne). 100 planches comprenant 128 figures en chromolithographie. Paris, O. Berthier. » »

Étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse, par M. le docteur Emile Demange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8 avec 6 planches hors texte. Paris, F. Alcan. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

8092. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie de médecine : Séance solennelle. Rapport sur les prix décernés: M. Proust.

C'est une tâche plus ingrate et plus méritoire chaque année qui s'impose aux secrétaires de l'Académie. Il leur faut résumer devant un auditoire où les toilettes les plus variées forment un élégant contraste avec les habits non brodés des académiciens qui ne siègent pas au bureau, des questions scientifiques presque toujours des plus délicates à traiter publiquement. On attend d'eux ou bien les mots piquants, les gracieuses images, les saillies pleines d'humour et d'esprit à l'aide desquelles M. Henri Roger savait réveiller l'attention et provoquer les applaudissements, ou bien les considérations élevées, les aperçus ingénieux, les développements philosophiques qui donnaient aux rapports de MM. Béclard et Bergeron une si haute saveur littéraire. Et lorsque les sujets qu'il faut traiter sont tels qu'il serait difficile à l'orateur le plus exercé d'en tirer parti, on est toujours tenté de songer au passé et de se demander pourquoi l'éloge d'une de nos illustrations médicales ne vient pas ajouter à l'éclat d'une séance *solennelle*.

Hâtons-nous de déclarer que si, mardi dernier, l'Assemblée réunie rue des Saints-Pères a dû regretter de ne pas entendre M. le secrétaire perpétuel lire un nouveau chapitre de ses éloges, si remarqués toujours et si dignes d'être mis en parallèle avec ceux que l'on prononce au Palais de l'Institut, elle n'a pu que rendre hommage au zèle avec lequel M. Proust s'acquitte de la mission qui lui était imposée. D'année en année, son talent s'affirme, en effet, avec des qualités plus personnelles.

La première partie de ce rapport sur les prix de l'Académie était consacrée à une série d'études d'hygiène qui ont permis à M. Proust de démontrer tout le soin, toute l'attention avec lesquels sont lus et appréciés les travaux soumis à l'approbation de l'Académie de médecine. Il a dû être tout particulièrement agréable aux mères de famille d'entendre le secrétaire de l'Académie, au moment où il rendait compte du livre si remarquable de notre savant ami M. Morache, démontrer que le *privilège* — est-ce bien un privilège? — du volontariat, exclusivement applicable aux jeunes gens qui se vouent aux carrières libérales, devrait toujours être maintenu. Nous n'avons pas vu M. Berthelot parmi les membres de l'Académie présents à cette séance, mais nous espérons bien qu'il saura défendre devant le Conseil des ministres la nécessité de ne pas compromettre « le recrutement scientifique de la France » par une série de mesures qui, sous prétexte d'égalité, ne tendent à rien moins qu'à ruiner toutes les carrières libérales.

Les emprunts faits par M. Proust aux ouvrages de M. Riant ont fait sourire plusieurs de ses auditeurs. Que l'on varie ses études, que l'on organise son existence de manière à éviter le surmenage, quel est, hélas ! le médecin qui n'en comprend la nécessité? Mais de nos jours, il serait difficile d'être tour à tour « homme de cabinet, agriculteur, jardinier, architecte, constructeur de théâtre, auteur, impresario, acteur!... » Avec ses cinq pupitres et ses aptitudes intellectuelles si éminentes Voltaire a-t-il bien été tout cela?

On a écouté avec le plus vif intérêt et sincèrement applaudi le rapport relatif au prix Civrieux sur la migraine, et les commentaires ajoutés aux épigraphes des concurrents. On a surtout admiré avec quelle délicatesse de style et quelle souplesse d'esprit M. Proust a su parler du concours relatif à l'hygiène de l'enfance. Le latin lui est venu en aide, comme il y a quelques années à notre regretté confrère Noël Gueneau de Mussy, pour désigner à ceux de ses auditeurs qui désiraient le suivre dans tous ses détails, la nature du mal auquel Parrot avait cru devoir attribuer la genèse du rachitisme.

Mais nous ne pouvons signaler ici tous les passages importants de ce substantiel rapport. Nous n'avons voulu, en citant quelques-uns d'entre eux, qu'encourager nos lecteurs à le lire textuellement au *Bulletin de l'Académie*. Ils y verront que M. Proust a terminé par un dernier hommage rendu à ceux de ses collègues que la mort a récemment enlevés à l'Académie. Ils apprécieront le tact et la bienveillance avec lesquels le secrétaire annuel de l'Académie a loué tous ceux dont il avait à rappeler les titres académiques.

Nous sera-t-il permis, en terminant, d'exprimer un regret ? Dans la plupart des Académies et des Sociétés savantes, le président prononce au début de la séance un discours consacré à l'appréciation sommaire des actes de la Compagnie durant l'année qui se termine. « Il ne m'appartient pas, a dit M. Proust, d'apprécier le rôle joué par l'Académie en 1886; c'est le devoir du président, et nous savons avec quelle élévation il s'en acquittera lorsque, à la première séance de janvier, il transmettra le pouvoir à son successeur. » Nous qui savons aussi quel plaisir une réunion exceptionnellement invitée à assister à la séance de l'Académie aurait eu à applaudir M. Trélat, nous regretterons que le discours présidentiel ne soit pas prononcé à l'une des dernières séances de décembre, c'est-à-dire avant la proclamation des prix plutôt qu'à la séance où se fait en petit comité la transmission des charges et des dignités académiques.

SYPHILIOGRAPHIE

Nourrices et nourrissons syphilitiques.

I

L'introduction de la syphilis dans la famille par une nourrice infectée, la contamination de la nourrice par un nourrisson syphilitique sont des faits malheureusement trop fréquents pour que l'attention du médecin cesse d'être attirée sur eux. Ils sont pour lui l'occasion de délicates et graves difficultés de pratique, dans lesquelles se trouve souvent engagée sa responsabilité. Ces questions et la déontologie qu'elles comportent ont été maintes fois étudiées; nous citerons les travaux de Bouchut (1), de Tardieu (2), particulièrement ceux des syphiliographes lyonnais Diday (3), Rollet (4) et Dron (5); puis, plus récemment, une importante étude de M. Appay (6), à la fois jurisconsulte et médecin, et les excellentes leçons de M. le professeur Fournier (7). Tout dernièrement encore l'éminent syphiliographe de l'hôpital Saint-Louis a consacré l'une de ses leçons à l'étude d'un cas de ce genre, et a appelé l'attention sur ces exemples malheureux où la nourrice, à la période d'incubation de la syphilis et présentant par conséquent les apparences de la santé, reçoit un nourrisson qu'elle contagionne bientôt quand apparaissent sur elle les premiers accidents syphilitiques. C'est une question à l'ordre du jour, et qui peut-être recevra, dans une certaine mesure, en ce qui concerne les bureaux de placement, par exemple, une solution administrative. Nous croyons donc être utile à nos lecteurs en reprenant et résumant rapidement toutes les éventualités qui peuvent se présenter dans cet ordre de faits, et en leur indiquant, d'après les préceptes des maîtres, la conduite à suivre. Nous nous appuierons principalement sur l'enseignement de notre éminent maître, M. le professeur Fournier.

(1) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés....* 1re édit., 1845; 7e édit., 1878.

(2) Tardieu, *Étude médico-légale sur les maladies accidentellement et involontairement produites par imprudence...* (*Annales d'hygiène*, 2e série, t. XXI, 1864, p. 104).

(3) Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Paris, Masson, 1854, p. 359 et suiv.

(4) Rollet, *De la transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices au point de vue médico-légal* (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 589).

(5) Dron, *Mode particulier de transmission de la syphilis au nourrisson par la nourrice dans l'allaitement* (*Lyon médical*, 1870, t. IV, p. 512-600).

(6) Appay, *Des maladies communiquées et notamment de la transmission de la syphilis par l'allaitement.* Paris, Masson, 1876.

(7) Fournier, *Nourrices et nourrissons syphilitiques*, in-8°. Paris, Delahaye, 1878; et *Semaine médicale*, 1886, n° 49. — Consulter encore *Gaz. des hôpit.*, 1866, p. 232; *id.*, 1867, p. 52; et *Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1868.

II

Contagion de la nourrice par un nourrisson syphilitique. — C'est le cas le plus fréquent : un enfant affecté de syphilis héréditaire a été confié à une nourrice qu'il ne tarde pas à infecter. Comment les choses se passent-elles en pratique ordinairement? Le médecin est appelé pour soigner des accidents survenus chez l'enfant; il reconnaît la syphilis. Son premier soin est d'examiner la nourrice, et alors deux cas se présentent : 1° la nourrice est saine, du moins en apparence; 2° la nourrice est déjà infectée.

1° *La nourrice est saine.* — Le premier devoir du médecin est de faire cesser l'allaitement : il ne doit pas permettre que cette femme soit exposée davantage aux chances d'une contagion presque inévitable, si elle n'est pas déjà réalisée. Certes, c'est un parti grave à prendre que de priver un enfant de sa nourrice, et surtout un enfant qui se trouve dans d'aussi mauvaises conditions; mais c'est un parti nécessaire, car non seulement on exposerait ainsi une femme innocente à la contagion, mais, par ricochets, cette femme pourrait transporter à d'autres la maladie reçue. On a souvent cité de terribles exemples de ces syphilis par ricochets; mais le plus grave que nous connaissions est celui qui est rapporté par Raulin (de Nérac) au milieu du siècle dernier (1). Ce médecin fut témoin, dans la petite ville de Nérac, d'une épidémie de syphilis qui atteignit quarante femmes ou enfants, et qui avait été importée par une nourrice contaminée elle-même par un nourrisson. Le devoir de faire cesser l'allaitement est donc absolu, formel, alors même que les parents, dans leur égoïsme, réclameraient qu'il fût continué; alors même que la nourrice, prévenue du danger auquel elle s'expose, et munie de bonnes promesses de dédommagement, consentirait à rester. Outre qu'un contrat intervenu à ce sujet entre la famille et la nourrice n'aurait légalement aucune valeur (2), le médecin ne saurait en tout cas y prêter les mains; et si les deux parties résistent et s'obstinent dans le pacte conclu, il doit décliner toute responsabilité. Cet empêchement à l'allaitement doit durer toujours, car malgré le traitement et les apparences de guérison, de nouveaux accidents peuvent apparaître dans la suite et contagionner la nourrice. L'allaitement médiat au moyen d'appareils, de bouts de sein plus ou moins perfectionnés doit être rejeté comme dangereux et donnant une fausse sécurité. L'allaitement surveillé n'est guère pratique; la question d'ailleurs ne peut être posée que si l'enfant ne présente aucun accident dans la bouche ou au nez. Il nécessite une attention perpétuelle, des visites quotidiennes et pendant longtemps, et devient une sujétion pour le médecin, une charge énorme pour la famille. On trouvera cependant, dans le livre de M. Diday (*loc. cit.*, p. 367), l'histoire d'un cas heureux où, grâce à une surveillance de tous les moments, on peut le dire, l'allaitement fut continué sans encombre et sans contagion de la nourrice. Donc la règle est celle-ci : *Interdiction absolue de l'allaitement d'un nourrisson syphilitique par une nourrice saine.* Comment maintenant nourrira-t-on l'enfant? L'*élevage au biberon*,

(1) Sur un mal contagieux qui a beaucoup de rapports avec la maladie des nègres appelée *le pian*, qui s'est manifesté à Nérac vers le commencement de l'année 1752, in *Observations de médecine...*, par Joseph Raulin, docteur en médecine et médecin ordinaire de la ville de Nérac. Paris, 1754.

(2) Voyez, dans les Leçons citées de M. Fournier, une consultation légale sur ce sujet, p. 12.

si soigneusement, si proprement fait qu'il soit, convient à peine à des enfants bien portants; ira-t-on l'employer pour un petit être débilité par la maladie? *L'allaitement par une nourrice syphilitique* est chose excellente; seule, elle n'a rien à craindre du nourrisson, pas plus que le nourrisson ne saurait rien redouter d'elle; mais une telle nourrice n'est pas toujours facile à trouver. Tout dernièrement, dans un cas analogue, une sage-femme nous a dit avoir parcouru les diverses maternités des hôpitaux sans avoir pu rencontrer une femme remplissant les conditions nécessaires. Il reste un troisième mode d'allaitement, celui-là parfait : c'est l'*allaitement par un animal*, chèvre ou ânesse; malheureusement peu de personnes, à Paris du moins, peuvent installer chez elles une chèvre nourrice. Du moins les enfants des hôpitaux jouissent-ils à présent de ce mode d'allaitement, et l'on connaît la nourricerie d'ânesses modèle que le regretté professeur Parrot a installée aux Enfants-Assistés; l'administration, nous en avons eu dernièrement la preuve, permet, dans quelques cas, l'admission à l'allaitement d'enfants venus de la ville. On trouverait d'ailleurs, chez des sages-femmes de la banlieue ou des faubourgs éloignés, le moyen d'installer ainsi une chèvre nourrice. En tout cas, c'est là le mode d'allaitement le meilleur à employer.

La nourriture de l'enfant assurée, le médecin doit-il s'en tenir là absolument? Ici nous touchons au point le plus délicat de la question, celui qui a donné lieu à plus d'une controverse et sur lequel tout le monde n'est pas d'accord. C'est la conduite à tenir envers la nourrice. Le médecin se trouve pris, en effet, entre deux alternatives. S'il laisse la nourrice ignorante de la vérité, et si cette femme est plus tard atteinte de syphilis, ne pourra-t-elle imputer au silence du médecin le mal qui l'a frappée, voire réclamer de lui réparation de ce dommage (art. 1382 du Code civil)? Mais si, soucieux de protéger la nourrice, le médecin lui révèle le danger auquel elle s'expose, ne trahit-il pas les intérêts de son client, mieux encore ne viole-t-il pas le secret médical, violation dont les foudres vengeresses sont plus que jamais suspendues sur sa tête (art. 378 du Code pénal)? S'il faut en croire certains jurisconsultes, le secret médical resterait subordonné au devoir plus impérieux de sauvegarder la nourrice en lui révélant la maladie du nourrisson : l'opinion qui paraît la plus accréditée chez les médecins est qu'il faut avant tout respecter le secret médical. C'est celle que M. Fournier professe hautement; en aucun cas le médecin ne saurait se faire *délateur*. Mais il doit cependant protection à la nourrice : dans la pratique, voici ce que conseille M. le professeur Fournier. Le médecin doit avertir la famille du danger de contagion presque inévitable auquel est exposée la nourrice, faire comprendre les conséquences possibles de cette contagion, réclamations, scandales, procès et réparations pécuniaires. Alors deux cas se présentent: 1° La famille, honnête, a compris et vous prie d'arranger les choses en sauvegardant ses intérêts. Le médecin déclare dès lors devant la nourrice que la suppression de l'allaitement est nécessaire, sans aucun commentaire. Il y a plaintes, récriminations de la nourrice, qui voit sa place perdue, ses intérêts compromis; c'est affaire entre elle et la famille, qui la dédommagera. Mais le médecin aura fait son devoir en protégeant la nourrice par la cessation de l'allaitement, tout en respectant le secret médical. Et si la nourrice a l'intuition de la vérité, du moins n'est-ce pas dans les paroles prononcées par le médecin qu'elle l'a pu puiser. 2° La famille, cela est rare heureusement, se refuse à cesser l'allaitement, et dans son égoïsme malhonnête fait passer l'enfant avant toute autre considération. Le médecin doit s'efforcer de ramener cette famille à une plus juste vue de la situation; si la famille persiste dans son refus, il doit songer d'ores et déjà à mettre sa responsabilité à couvert. Pour cela, au-dessous du traitement qu'il aura formulé par écrit, il ajoutera ces mots : *Impossibilité absolue de continuer l'allaitement par la nourrice*, destinés à le couvrir par la suite. Puis il doit rompre immédiatement avec la famille. Que si la nourrice, mise en éveil, vient après trouver le médecin, celui-ci doit conserver le secret à son client, quelque indigne qu'il soit, mais il doit toujours maintenir sa prescription de cesser l'allaitement, et, le cas échéant, sans s'expliquer davantage, engager la nourrice à voir un autre médecin. On conçoit, en effet, que tout ce que nous venons de dire n'est applicable qu'au médecin de la famille, mais qu'un médecin consulté directement par la nourrice n'est plus tenu qu'envers celle-ci.

Quel que soit le moyen qu'il emploie, le médecin ne devra jamais se départir de cette devise : « protection, mais non délation. »

C'est en obéissant à ces préceptes, dit M. le professeur Fournier, que le médecin « se gardera de permettre l'allaitement d'un enfant syphilitique par une nourrice saine; — qu'il se gardera d'autoriser l'allaitement d'un tel enfant par une nourrice saine, même prévenue des dangers auxquels elle s'expose et librement consentante; — qu'il se gardera, à plus forte raison, d'engager une nourrice à recevoir un enfant syphilitique, en l'apitoyant sur son sort ou en lui promettant une augmentation de salaire; — qu'il se gardera de couvrir de son consentement la coupable manœuvre d'une famille qu'un froid et cynique calcul conduit à exposer, au profit de son enfant, la santé d'une nourrice inconsciente du danger qu'elle encourt; — qu'il se gardera d'aller choisir lui-même, pour un nourrisson syphilitique, une nourrice à laquelle il proposera de prendre du mercure comme moyen de traiter l'enfant; — qu'il se gardera d'aller choisir lui-même, pour un nourrisson syphilitique, une nourrice à laquelle il dissimulera la maladie de l'enfant, et à laquelle il administrera un traitement mercuriel déguisé sous un pseudonyme de fantaisie, etc., etc. »

Maintenant cette nourrice que nous avons reconnue saine peut-être est-elle déjà en incubation de syphilis, allons-nous permettre que, renvoyée de la famille, elle puisse porter ailleurs la maladie qui va bientôt éclore; n'y a-t-il pas avantage, dans l'intérêt de l'enfant même, à la garder en observation, afin que, si la contagion l'a atteinte, on la puisse redonner de nouveau à l'enfant? C'est ce que nous examinerons tout à l'heure. Envisageons maintenant la seconde alternative.

III

Contagion de la nourrice par un nourrisson syphilitique. — 2° *La nourrice est infectée.* — Dans ce cas, le médecin doit traiter l'enfant, conserver la nourrice, traiter cette nourrice. Conserver la nourrice, c'est là que doivent tendre tous les efforts; car, si elle continue l'allaitement, l'enfant aura de grandes chances de guérir; si, au contraire, cette nourrice quitte la maison, l'enfant reste exposé aux dangers d'une alimentation artificielle, et, chose plus grave encore, la nourrice ira porter ailleurs, soit dans sa famille, dans son village, soit dans une autre famille, à un autre nourrisson, la maladie contractée. Le médecin doit donc s'efforcer de faire comprendre à la famille l'intérêt immédiat

qu'elle a à conserver la nourrice pour la vie de l'enfant, pour éviter plus tard des réclamations et des scandales; il vaut mieux, coûte que coûte, arranger immédiatement les choses et indemniser à l'amiable la nourrice. A la nourrice, il fera comprendre que son avantage, à elle aussi, est de rester dans la maison où elle a été frappée; qu'un dédommagement lui sera accordé; qu'elle ne peut, sans danger pour les siens, retourner au pays; qu'elle peut encore moins entrer dans une nouvelle famille et prendre un autre nourrisson; qu'il lui convient donc de rester, que pendant ce temps sa maladie sera traitée, guérie, etc., etc.

IV

Comment maintenant s'opposer, dans la mesure du possible, à des accidents de ce genre? Empêcher naturellement qu'un nourrisson syphilitique soit jamais donné à allaiter à une nourrice saine. Dans la pratique, cela est souvent fort difficile. Si l'enfant est né avec des accidents syphilitiques, rien de plus simple. Mais combien souvent les accidents n'apparaissent qu'au bout d'une semaine, deux, trois et même davantage, pendant lesquelles le nourrisson peut avoir les apparences d'une bonne santé, souvent même ne pas présenter cet aspect général vieillot qu'on trouve si souvent chez les enfants syphilitiques. Dans ces cas, c'est au médecin chargé de trouver la nourrice qu'il convient de faire auprès des parents, du père, une enquête pour connaître des antécédents qui s'oublient vite après le mariage; sa tâche sera plus facile s'il est le médecin habituel et connaît la santé habituelle de ses clients. S'il lui vient le moindre doute, il doit insister pour que la mère allaite, ne fût-ce que provisoirement, l'enfant, car on sait que la mère, alors même qu'elle est indemne, jouit vis-à-vis de son nourrisson d'une immunité providentielle (loi de Colles); cet allaitement durera ce qu'il pourra. En tout cas, il laissera le temps aux accidents de se développer s'ils doivent apparaître; s'ils n'apparaissent pas, on pourra alors donner une nourrice à l'enfant. Si la mère est dans l'impossibilité de nourrir, on devra avoir recours provisoirement à l'un des modes d'allaitement que nous avons indiqués. Voici, à ce propos, un fait dont nous avons été témoin ces jours derniers à l'hôpital Saint-Louis. On amène à la clinique une enfant de six semaines afin de savoir si l'on peut la confier à une nourrice : l'enfant est d'aspect chétif, malingre, et présente un érythème fessier non spécifique; elle n'a pas de lésion buccale. Ce qui nécessite cette consultation, c'est que le père est syphilitique; il a eu une syphilis remontant déjà à sept années et qui a été bien traitée. La mère n'a jamais eu aucun accident, mais elle a déjà fait deux fausses couches; l'enfant cette fois est venue à terme, mais la mère, pendant sa grossesse, a suivi un traitement mercuriel ordonné par un accoucheur des hôpitaux dont l'attention avait été éveillée par les deux fausses couches précédentes et les antécédents du père. L'enfant, nous l'avons dit, ne paraissait avoir aucun accident spécifique, il avait déjà six semaines. Cependant l'avis de M. le professeur Fournier fut qu'il fallait surseoir à l'allaitement par une nourrice, et pendant quelque temps encore user d'un allaitement par le biberon ou par un animal. M. le docteur Besnier, à qui nous fîmes voir cette petite malade, fut du même avis; car les accidents syphilitiques, malgré les présomptions qu'on pouvait avoir sur leur non-apparition, pouvaient encore se développer. Encore doit-on s'estimer heureux quand l'on peut, par l'examen des parents de l'enfant, reconstituer une histoire morbide; mais, quand l'on manque de renseignements, que faire? Que faire, par exemple, dans les maternités hospitalières, où la plupart des filles mères ignorent seulement à qui rapporter la paternité de leur enfant? M. Dron a relevé que pendant cinq années, de 1865 à 1869, 72 nourrices ont été infectées à Lyon par des enfants venus de la maternité de l'hôpital de la Charité. Malgré toutes les précautions prises par l'Administration, de pareils faits arrivent aussi parfois à Paris, et ont donné lieu à des procès contre l'Administration de l'Assistance publique. C'est dans ces cas qu'il faut se livrer à un examen minutieux de la santé de la mère, encourager par tous les moyens l'allaitement maternel, ne confier en tout cas aux nourrices de l'Administration que les enfants d'apparence robuste et saine, et confier à l'allaitement animal tous ceux sur lesquels s'élève le moindre doute.

V

Arrivons maintenant à la seconde partie de la question, la contamination d'un enfant sain par une nourrice syphilitique.

Certes il semble à première vue que de pareils faits ne puissent avoir lieu : ne s'entoure-t-on pas, en effet, de toutes les garanties possibles quand on choisit une nourrice? celle-ci n'est-elle pas soumise à l'examen médical le plus complet? Il est des cas cependant où la vigilance la plus assidue et la science la plus sagace peuvent être en défaut : ce sont ceux où la nourrice choisie était en incubation de syphilis et présentait par conséquent toutes les apparences de la santé parfaite. Ces cas ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, et c'est à propos de l'un d'eux que M. le professeur Fournier a fait une récente leçon où il a exposé toutes les faces de cette question délicate. M. Dron, dans le mémoire que nous avons déjà cité, a relaté deux séries de cas où le chancre est apparu après la cessation de l'allaitement du nourrisson infectant. La première série comprend onze nourrices chez lesquelles le chancre est apparu un temps plus ou moins long (dans plusieurs cas trois semaines et dans un cas un mois) après la cessation de l'allaitement; ces nourrices ne s'étant pas replacées n'ont pas contagionné de nouveaux nourrissons, réserve faite des accidents qu'elles ont provoqués dans leurs propres familles. Mais dans une autre série, composée de six cas, les nourrices s'étaient replacées, et toutes contagionnèrent les nouveaux nourrissons! Dans un de ces cas, le chancre apparut après *deux mois et demi* d'allaitement. Comment les choses se passent-elles ordinairement? Le médecin est appelé pour examiner les accidents, les boutons que présente la nourrice, et alors deux cas peuvent se présenter. Ou bien, lorsque le médecin est mandé, l'enfant est déjà atteint d'accidents syphilitiques, ou bien il ne présente aucun accident. Dans le premier cas il ne saurait y avoir aucun embarras pour le médecin. Ce sont deux malades qu'il faut traiter et il n'y a qu'à laisser continuer l'allaitement. Que pourrait-on faire de mieux? Donner à cet enfant contaminé une autre nourrice? Certes c'est là le parti auquel la famille indignée songe tout de suite, mais qu'il est du devoir du médecin de repousser absolument : donner à cet enfant une nouvelle nourrice saine, c'est provoquer une nouvelle contagion. Donner à cet enfant une nourrice syphilitique? Mais il l'a précisément, et peut-être il lui devra la vie. Avec une bonne nourrice et un bon traitement un enfant guérit presque toujours. Le médecin devra donc rétablir le calme dans cette famille affolée, montrer aux parents qu'après tout cette femme est incon-

sciente du malheur qui les frappe, qu'elle en a été la première victime, et qu'il est nécessaire maintenant non pas de la renvoyer, mais bien au contraire de la conserver, de se l'attacher fidèlement, car de cette nourrice dépendra désormais le salut même de l'enfant.

En effet, comment nourrir cet enfant? Par l'un des trois modes que nous avons indiqués précédemment : le *biberon*, l'*animal-nourrice*, la *nourrice syphilitique*. Mais, dans l'espèce, n'a-t-on pas sous la main ce troisième mode, la nourrice syphilitique : que ferait-on de mieux? On conservera donc la nourrice, et on traitera à la fois cette femme et l'enfant.

Envisageons maintenant le second cas, c'est-à-dire celui où la nourrice présente seule encore des accidents syphilitiques et où l'enfant conserve les apparences de la santé parfaite. Faut-il suspendre l'allaitement? Faut-il le laisser continuer? Certes d'aucuns diront que la contagion du nourrisson étant chose assurée, il n'y a qu'à laisser les choses en l'état; que cet enfant est voué à la syphilis, et qu'il n'y a donc pas d'inconvénient à lui laisser approcher sa nourrice.

Mais, après tout, cette syphilis, pour si probable qu'elle puisse être, elle n'existe pas encore cependant. Il se peut que le médecin soit mandé dès l'apparition du chancre et que la contagion n'ait pas encore eu le temps de se produire; il se peut, car la contagion de la vérole n'est pas chose absolument fatale, que ce jeune enfant soit réfractaire à l'inoculation syphilitique; et puis, n'eût-il qu'une chance sur mille, sur dix mille même, il est du devoir du médecin de soustraire cet enfant aux dangers d'un allaitement prolongé plus longtemps dans ces conditions déplorables. Il faut, dit M. le professeur Fournier, suspendre l'allaitement.

Et maintenant que fera-t-on? On assurera momentanément la subsistance de l'enfant par le biberon et l'on attendra. Si les accidents éclatent, l'enfant rentre dans la catégorie des nourrissons syphilitiques et n'est plus susceptible que de l'un des trois modes d'élevage que nous avons indiqués précédemment. Si les accidents n'apparaissent pas, l'enfant reconnu sain pourra être confié à une nouvelle nourrice. Mais quand pourra-t-on sans risque, sans engager lourdement sa responsabilité, permettre la reprise de l'allaitement? M. Fournier estime avec raison qu'il faut toujours, dans ces circonstances, se donner les plus larges limites, et, se basant sur ce que l'on connaît de la durée d'incubation de la syphilis, il indique comme terme à observer six à sept semaines. Au delà de sept semaines, l'apparition de l'accident syphilitique primitif peut être considéré comme une exception telle que la responsabilité du médecin ne saurait plus dès lors être engagée. Mais que fera-t-on vis-à-vis de la nourrice pendant ce temps; la renverra-t-on tout de suite? Ce serait là une imprudence, car, si l'enfant est contaminé, on sera bien heureux de la retrouver immédiatement pour reprendre l'allaitement. On fera donc ses efforts auprès des familles pour faire garder la nourrice pendant cette période d'observation. Mais il importe que cette nourrice conserve son lait. Pour cela, deux moyens sont praticables : l'un, médiocre, consiste à soutirer mécaniquement à la pompe le lait de la mamelle, de façon à entretenir dans l'organe l'irritation nécessaire à la formation du lait : c'est un moyen douloureux, à rejeter, d'autant que nous possédons un excellent moyen de suppléer à la succion de l'enfant. Ce moyen c'est l'allaitement d'un jeune animal, un jeune chien, par exemple. Ce procédé, peu connu et jusqu'ici peu en faveur parmi nous, M. Fournier le préconise comme excellent, et a eu, pour sa part, l'occasion de l'employer trois fois avec plein succès. On se procure chez un marchand de chiens ou mieux au Jardin d'acclimatation un tout jeune chien, et on lui présente le sein de la nourrice : l'animal se prête admirablement à l'expérience et fait un nourrisson modèle. Pendant ce temps le lait ne tarit pas, et la nourrice se trouve prête, si les circonstances l'exigent (et cela sera malheureusement la majorité des cas), à reprendre l'allaitement de l'enfant malade.

VI

Et maintenant, de même que nous avons essayé tout à l'heure d'envisager ce qu'il y aurait à faire pour prévenir, dans la limite du possible, la contagion des nourrices par les nourrissons, de même devons-nous nous demander s'il n'y a pas non plus de mesure à prendre pour protéger les nourrissons contre les nourrices. Il y a certainement quelque chose à faire, et c'est au médecin qu'il appartient d'appliquer cette prophylaxie efficace.

Nous avons dit que le premier devoir du médecin appelé dans une famille et constatant la syphilis chez un nourrisson, tandis que la nourrice est encore saine d'apparence, était immédiatement (et nous avons vu comment) faire de cesser l'allaitement. S'il se borne à cette prescription, la famille va congédier la nourrice, celle-ci se rendra au Bureau de placement et attendra une nouvelle place; qui dit que cette nourrice n'est pas en état d'incubation de syphilis? Le médecin (et dans ce cas lui seul endosse la responsabilité, car lui seul peut connaître les lois de l'incubation syphilitique) doit prévenir la famille de ce qui peut arriver, l'éclosion possible, dans un temps plus ou moins proche, chez la nourrice, d'accidents contagieux, et lui faire comprendre les terribles conséquences qui peuvent en résulter, avec leur cortège habituel de réclamations, de procès, de scandale et de réparation pécuniaire. Devant de telles raisons, la famille conservera la nourrice, soit que cette nourrice reste comme nourrice sèche, soit que, semblablement à ce que nous avons vu tout à l'heure pour le nourrisson, on la conserve en observation, en entretenant l'allaitement (artificiel ou par un animal) jusqu'à l'expiration des délais de l'incubation; et alors, si elle est contaminée, on pourra la redonner à l'enfant; si elle est saine, elle pourra reprendre un nouveau nourrisson. Mais de toutes façons on aura préservé une autre famille des dangers de la contagion. Ceci n'est qu'une des faces de la question : il faut considérer l'autre alternative. Il s'agit de donner une nourrice à un enfant sain, comment faire? Le moyen le plus simple évidemment est de prendre comme nourrice une femme n'ayant jamais allaité d'autre enfant que le sien propre; on a l'enfant sous les yeux, on est sûr de la mère. Mais ce moyen n'est pas à la portée de tout le monde, ces sortes de nourrices étant plus recherchées et coûtant plus cher : le plus grand nombre va chercher une nourrice dans un bureau, et si là quelques-unes de ces femmes arrivant de leur campagne en sont, en effet, à leur première nourriture, la plupart ont déjà fait deux ou trois nourritures et sortent de place. Au moment où le médecin examinera l'une de ces femmes, il la reconnaîtra saine; mais qui lui garantira qu'elle n'est pas en incubation de syphilis? Contre ces surprises possibles il n'y a qu'un moyen, malheureusement il n'est pas dans nos mœurs, c'est d'exiger un certificat médical constatant que l'enfant que vient d'allaiter cette nourrice ne présentait aucune maladie contagieuse. Et en pratique il n'y a vraiment pas d'objection sérieuse à lui

opposer : la nourrice y trouverait une garantie qui ne pourrait que faciliter son placement, les familles dont les enfants sont sains n'y verraient qu'une simple formalité à remplir (n'exige-t-on pas, à propos de multiples occasions, un certificat de vaccine?); seules, les familles dont les enfants sont malades se trouveraient fort embarrassées, et dans l'impossibilité de fournir de semblables certificats, car aucun médecin ne consentirait à le donner dans ce cas; n'est-ce pas là ce que l'on recherche? Si l'on objecte quelque difficulté d'exécution, que du moins ce certificat soit exigé des bureaux de placement, qui ne recevraient que les nourrices munies de cette preuve; et, pour rendre cette mesure obligatoire, un simple arrêté préfectoral suffit, depuis que la bienfaisante loi Roussel, protectrice de l'enfance, a placé ces établissements dans la dépendance de l'administration préfectorale. A une époque où l'hygiène publique trouve enfin sa place dans les préoccupations du gouvernement et les administrations des villes, où l'on a senti enfin le besoin de se prémunir contre les maladies contagieuses, et où l'on a pu apprécier déjà les excellents résultats de ces mesures prophylactiques, où l'on a construit les Maternités, les pavillons d'isolement des hôpitaux, où l'on est sur le point de créer de véritables asiles consacrés spécialement aux maladies contagieuses, il est digne de l'administration d'une grande ville de faire aussi quelque chose pour garantir d'une maladie souvent mortelle, toujours terrible, des êtres qui ont droit à la protection de tous, les petits, les innocents.

Henri FEULARD.

P. S. — Nous croyons savoir que l'Administration, justement émue des dangers sur lesquels M. le professeur Fournier vient de rappeler l'attention, a décidé de tenter quelque chose dans la voie de prophylaxie qui lui est indiquée, du moins en ce qui concerne les Bureaux de placement.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

NOTE SUR UNE OBSERVATION D'ÉPANCHEMENT PLEURAL SURVENU A LA PÉRIODE TERMINALE D'UNE GRIPPE INTENSE. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 10 décembre 1886, par M. le docteur ROQUES, médecin de l'hospice d'Ivry.

Depuis que Sydenham a établi, le premier, les rapports qui existent entre la grippe et les affections intra-thoraciques qu'elle engendre, il n'est pas de praticien qui n'ait eu souvent l'occasion d'étudier ces dernières. Mais leur localisation, leur marche, leur allure varient avec le génie épidémique. Tantôt elles sont fugaces, peu graves, tantôt plus profondes, plus étendues et d'une gravité exceptionnelle. Tout le monde connaît la terminaison presque fatale de la pneumonie grippale chez les vieillards. Si nous nous plaçons au point de vue spécial de la pleurésie, nous voyons que cette complication est plus rare que la pneumonie et surtout beaucoup moins grave. Elle est presque toujours peu intense, se cache derrière un état général grave, du moins en apparence; elle est très fugace et se résout rapidement. C'est ce qui explique pourquoi la pleurésie est rarement signalée par les auteurs comme complication de la grippe. A peine cette dernière est-elle signalée parmi les nombreuses causes de pleurésies secondaires. Mais à côté de ces cas ordinaires, on en voit d'autres beaucoup plus rares où l'épanchement pleural se produit tout à coup, le jour où la fièvre tombe, où les phénomènes graves disparaissent et font place à cette sensation de bien-être qui annonce la convalescence. Par l'époque même de son apparition, par son invasion soudaine, sa disparition rapide, par la diurèse qui l'accompagne, cet épanchement rappelle les caractères des divers phénomènes appelés critiques, comme les crises sudorales, la polyurie critique, etc.

Voici brièvement rapportée une observation qui mettra, je l'espère, ce fait en lumière :

Gabrielle K... est âgée de neuf ans et demi. Son père bien constitué, sa mère assez délicate n'ont jamais eu de maladie grave et ne sont point rhumatisants, je note ce fait. Elle-même, quoique peu robuste et très nerveuse, a été assez bien portante ; elle a eu, à l'âge de deux ans, un ictère léger et à sept ans, une rougeole bénigne qui n'a laissé aucune trace.

Le 9 mars 1886, cette jeune fille, au dire de ses parents, reste exposée pendant un certain temps à un courant d'air. Le lendemain, elle se plaint d'une vive douleur d'oreille, suivie, paraît-il, d'un léger écoulement muco-purulent. Dès ce moment, il survient un état de malaise qui oblige la malade à s'aliter. Elle présente alors les symptômes suivants : céphalée intense, otalgie, rachialgie, vomissements répétés, prostration. Lors de ma première visite, la petite malade est très abattue, après une nuit agitée avec délire. Langue saburrale, répugnance absolue pour tout aliment, les liquides mêmes sont rejetés ; ventre un peu ballonné et douloureux, constipation assez opiniâtre, urines rares, épaisses, avec sédiments rougeâtres. La respiration est accélérée, le pouls à 120, la température rectale à 40°,3. L'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal, sauf quelques râles secs, indice d'une bronchite légère. Je prescris un vomitif et une potion de Todd avec 3 grammes d'extrait de quinquina.

Le lendemain 24, l'état général est toujours grave : stupeur très marquée, alternatives de somnolence et d'agitation, le facies est vultueux, les conjonctives injectées; les yeux paraissent convulsés en dedans et en haut. Sueurs abondantes, température à 40 degrés. L'examen complet de la poitrine ne révèle aucune lésion appréciable.

Le 25, une amélioration légère se produit ; la céphalalgie est moins vive ; mais l'abattement persiste. La température est à 39 degrés et le pouls à 120, les urines sont toujours rares, sédimenteuses et renferment des traces d'albumine. Les vomissements ont cessé; mais la soif est assez vive. Rien d'anormal du côté de la poitrine. La nuit suivante est de beaucoup meilleure. L'enfant a eu un sommeil tranquille de cinq à six heures, pendant lequel la respiration était calme, la peau fraîche et moite.

Le lendemain 26, l'amélioration est remarquable. La malade ne souffre plus, la figure est calme, la température rectale à 37°,4, le pouls à 85, la respiration à 30. Mais la percussion thoracique révèle une matité absolue dans le tiers inférieur du côté droit; à ce niveau les vibrations vocales ont disparu et le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle égophonique très net. Du même côté, en avant, sonorité sous-claviculaire exagérée. Le liquide paraît occuper le tiers inférieur de la cavité pleurale.

Le 27, l'état général est très satisfaisant, la nuit a été calme, l'enfant est gaie et demande à manger. La température est normale, il n'y a ni dyspnée, ni point de côté. A droite et à la base de la poitrine, il existe encore une légère submatité ; mais le souffle a disparu et le murmure vésiculaire se perçoit, quoique un peu obscur. Enfin, le 28, l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal du côté de la poitrine; le murmure vésiculaire se perçoit aussi bien à droite qu'à gauche. L'état général est absolument satisfaisant; l'appétit est rétabli. Trois jours après, la malade se levait entièrement guérie.

Cette observation succincte est d'abord un exemple de grippe avec prédominance de phénomènes nerveux inquiétants pouvant faire croire à des lésions cérébrales graves. Un de mes élèves avait pensé à une méningite tuberculeuse. Mais ce n'est pas ce côté de l'observation qui nous doit occuper. En quelques mots voici les points qui nous intéressent. Notre malade était atteinte depuis huit jours d'une grippe intense avec accidents cérébraux graves, du moins en apparence, et symptômes thoraciques très peu marqués se résumant en une légère bronchite. Au huitième jour, les symptômes nerveux s'amendent et dès le lendemain on constate un épanchement pleural notable avec un état général absolument satisfaisant. Vingt-quatre heures après, l'épanchement a disparu et tout est rentré dans l'ordre.

Un épanchement à évolution aussi rapide ne peut certainement pas être rattaché à une pleurésie franche ordinaire, à un travail phlegmasique qui demande un certain temps pour parcourir ses trois phases d'invasion, de développement et de réparation.

D'un autre côté, les localisations de la grippe ou fièvre catarrhale sont superficielles, fugaces, fluxionnaires à la façon des localisations de la rougeole et du rhumatisme. Par exemple, l'hypérémie grippale passe rapidement de la muqueuse nasale au larynx, à la trachée, aux bronches. De véritables fluxions ou congestions actives se développent parfois dans le poumon, évoluant rapidement, apparaissant en un point pour rétrocéder bientôt et se porter ailleurs. Ne pourrait-il pas exister une fluxion pleurale de même origine, coïncidant ou non avec la fluxion pulmonaire et capable de produire un épanchement à évolution aussi rapide? En voici un exemple. Une dame est prise brusquement d'un frisson avec céphalalgie violente, courbature, état saburral, coryza et angine légère. Trois jours après, cette dame se plaint de douleurs thoraciques et je constate un double épanchement pleural. Trois jours se passent et l'examen de la poitrine ne me donne plus qu'un résultat négatif; la fièvre est tombée, la malade est considérée comme guérie. Ces manifestations de la grippe se rapprochent si bien par leur marche des localisations rhumatismales, que, dans notre observation, il importe de rechercher la possibilité d'une semblable origine.

Le père et la mère de notre malade ne sont point rhumatisants. Elle-même n'a jamais eu ni douleurs articulaires, ni chorée, ni troubles cardiaques; dans le cours de sa maladie actuelle, elle ne s'est pas plainte des douleurs de membres si communes dans la grippe; le cycle fébrile n'a n'a pas été celui de la maladie rhumatismale et une pleurésie de cette dernière origine, quelque fugace qu'elle soit, ne va pas sans une élévation thermique. Dans notre cas, l'épanchement pleural se constitue au moment même de la chute de la fièvre. En voici encore un exemple frappant qui m'a été communiqué par mon ancien et excellent maître, M. le docteur Marrotte. Un homme de quarante ans, non rhumatisant, entre dans son service de la Pitié, se disant malade depuis deux jours et présentant les symptômes suivants : céphalalgie violente, courbature, état saburral très marqué, fièvre intense, toux légère; l'examen de la poitrine est absolument négatif; le diagnostic est: fièvre catarrhale à forme gastrique. Un éméto-cathartique est prescrit, il produit un effet merveilleux; car le lendemain, après une nuit calme, le malade se dit guéri; la céphalalgie a disparu et la fièvre a cédé; mais il existe un épanchement occupant la moitié de la cavité pleurale. Ce n'était pas le premier fait de ce genre qu'observait M. Marrotte; il alimenta le malade sans se préoccuper de l'épanchement, qui avait, en effet, disparu quarante-huit heures après.

Donc, le fait est certain; un épanchement pleural à évolution rapide peut se développer à la période terminale de la grippe, au moment de la défervescence et présenter les caractères d'un phénomène critique. Ce fait peut-il se produire à la suite de maladies autres que la grippe? je ne l'ai pas constaté pour ma part. Mais dans la thèse de M. Chauffard, on lit la relation d'une observation de pneumonie citée par Fraenkel et dans laquelle, au moment de la défervescence, cet auteur vit se produire la crise urinaire, malgré l'apparition soudaine d'un épanchement pleural.

Il est intéressant de rechercher, autant qu'on peut le faire en l'absence de données anatomo-pathologiques, la pathogénie de cette collection séreuse à marche insolite et dont la résorption et le retour à l'état normal demandent au plus deux ou trois jours. Nous avons vu que cette marche est inconciliable avec les lésions de la pleurésie dont l'évolution, même dans les cas légers, comporte une durée plus longue. Nous avons montré que nos deux malades n'étaient rhumatisants à aucun titre. D'autre part, ils n'ont présenté ni affection cardiaque, ni albuminurie; si ce n'est dans la dernière observation, un léger nuage albumineux constaté dans l'urine et attestant le caractère infectieux de la maladie; trois jours après, l'urine était normale. Ce n'est pas à cette albuminurie passagère qu'on doit attribuer la collection liquide de la plèvre. Pourquoi ne pas admettre une fluxion de cette séreuse se traduisant par une sorte de sueur pleurale, de même que la fluxion cutanée produit la sueur critique? Dans la grippe, nous l'avons dit, la congestion pulmonaire est fréquente et brusque. Il se produit une dilatation capillaire qui peut s'étendre aux vaisseaux de la plèvre viscérale, de là la possibilité d'un épanchement. Il est probable, en effet, que celui-ci a pour point de départ le feuillet pleural qui recouvre le poumon; car dans nos deux cas il n'y a pas eu de douleur thoracique. La collection liquide s'est formée, pour ainsi dire, à l'insu du malade.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Épidémie de fièvre typhoïde.

Dans votre bulletin de la *Gazette* du 17 décembre, à propos du malheureux événement de Pierrefonds, vous dites : « Personne ne s'était préoccupé de rechercher les causes qui, chaque année, rallumaient en divers points la fièvre typhoïde! » Il y a là un reproche dont je dois prendre ma part, et contre lequel vous voudrez bien me permettre de protester.

A diverses reprises il y a eu à Pierrefonds des fièvres typhoïdes. Si elles avaient présenté un caractère particulier de fréquence ou de gravité, les médecins s'en seraient certainement préoccupés; mais nous n'avions pas de raisons de soupçonner une cause spéciale alors que la maladie paraissait se manifester dans les mêmes conditions que partout ailleurs. S'il y avait eu une menace constante de contamination, comment se pourrait-il que, depuis 1879 jusqu'au mois d'août dernier, je n'aie pas vu un seul cas de fièvre typhoïde contractée à Pierrefonds par des personnes étrangères au pays et y passant tout l'été?

Plusieurs médecins de Paris sont venus, quelques-uns plus d'une fois, à Pierrefonds passer leurs vacances. Ont-ils vu pendant ce temps éclater des maladies de nature à leur donner de l'inquiétude ou à éveiller leur attention?

Non, nous ne pouvions nous attendre à voir tout à coup cette épidémie localisée se produire avec cette violence, ni, par conséquent, la prévenir. Tout ce que je pouvais faire c'était de chercher à la restreindre; c'est pourquoi j'ai renvoyé chez eux les premiers malades; et je sais que je leur ai ainsi rendu service. J'espérais aussi préserver de cette façon la famille qui a été si éprouvée. Avec le douloureux regret de n'avoir pu réussir, je puis dire que j'ai fait tout mon possible, en signalant la probabilité d'une contamination du puits, et en envoyant de l'eau à Versailles pour que le médecin de la première famille atteinte la fit examiner. Enfin, n'ayant pas qualité pour ordonner les recherches et les mesures nécessaires, j'en ai référé à M. le maire de Pierrefonds.

Dans ce déplorable événement quelques points restent obscurs, mais ce qui a été bien constaté c'est la contamination du puits.

Cette constatation donne à Pierrefonds le moyen de sauvegarder l'avenir, et de reconquérir sa bonne réputation en prenant les mesures nécessaires pour que de pareils accidents ne se renouvellent plus.

J'espère que voudrez bien accueillir cette lettre. Profondément affligé du malheur qui frappe la famille de notre excellent confrère, je tiens à attester qu'il n'a pas été en mon pouvoir de l'empêcher,

Veuillez agréer, etc.

Dr E. Bourgarel,
médecin-inspecteur de Pierrefonds.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Propriétés zymotiques de certains virus; fermentation des matières azotées sous l'influence de virus anaérobies. Note de M. *J. Arloing*. — Les nouvelles expériences de l'auteur avaient pour but d'établir que l'analogie que l'on admet entre les ferments et les virus était parfaitement justifiée. Elles ont complètement réussi et nous apprennent que les infiltrations gazeuses qui, sur le vivant, forment la caractéristique la plus remarquable de la septicémie gangreneuse et du charbon symptomatique peuvent être le résultat de la fermentation des substances hydrocarbonées et azotées des tissus.

Comme les gaz de ces infiltrations sont souvent inodores au début des accidents, il est permis de supposer que la fermentation porte d'abord sur les matières hydrocarbonées. Quand les gaz deviendront fétides, on en conclura que la fermentation s'est étendue aux substances quaternaires.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 21 DÉCEMBRE 1886. PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. *Proust*, secrétaire annuel, donne lecture de son Rapport général sur les concours de prix en 1886. Il termine en rendant hommage à la mémoire des membres de l'Académie qui sont décédés au cours de cette année, MM. Jules Guérin, Dechambre, Bouis, Mialhe et Bouchardat.

M. *Trélat* proclame les noms des lauréats pour l'année 1886. Lecture est ensuite donnée des prix proposés pour les années 1887, 1888 et 1889.

PRIX DE 1886.

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : Des ruptures du canal de l'urèthre chez l'homme et de leur traitement. Quatre mémoires ont été adressés pour ce concours.

Le prix est décerné à M. le docteur Etienne (Aubin-Joseph), de Toulouse, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Drochon, de Bressuire (Deux-Sèvres).

Prix Amussat (1500 francs). — Ce prix doit être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Un seul mémoire a été présenté. Il avait pour titre : *De la suture des nerfs à distance*, par M. le docteur G. Assaky, professeur agrégé à la Faculté de Lille. Le prix est accordé à l'auteur de ce travail.

Prix Barbier (2000 francs). — Ce prix devait être donné à l'auteur qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Cinq mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° un encouragement de 1000 francs à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, pour leur mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur la morve;* 2° un encouragement de 500 francs à M. E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, auteur d'un ouvrage sur les *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris.*

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Ce prix doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; sont seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage n'est jugé digne du prix, la somme de 1500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs devra être partagée en deux prix de 1500 francs chacun. Onze mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix est décerné à M. Lafon (de Paris), préparateur au laboratoire de toxicologie, pour ses *Etudes sur la digitaline.*

Prix Capuron (1500 francs). — Question : Valeur relative des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance. Applications médico-légales. — L'Académie a reçu trois ouvrages.

Le prix est décerné à M. le docteur Bouillet, de Béziers (Hérault), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2.

Prix Civrieux (1000 francs). — Question : La migraine. Douze mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre M. le docteur Thomas (L.), de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 9, et M. le docteur Régeand, de Paris, auteur du mémoire n° 11. — Mentions honorables à MM. les docteurs Liégeois, à Bainville-aux-Saules (Vosges), et Martin (Georges), de Bordeaux.

Prix Desportes (1500 francs). — Ce prix doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Neuf mémoires ont été adressés pour ce concours. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

L'Académie accorde : 1° une récompense de 1000 francs à M. le docteur Du Castel, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 5, ayant pour titre : *Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée;* 2° une récompense de 500 francs à M. le docteur Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, pour ses *Travaux sur l'antipyrine dans la thérapeutique infantile* (n° 1); 3° une mention honorable à M. le docteur Callias.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : De l'actinomycose. Les auteurs devaient présenter des observations originales recueillies en France. Aucun travail n'a été présenté. La même question est remise au concours pour 1887.

Prix Falret (1000 francs). — Question : Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale. L'Académie n'a reçu aucun mémoire. Le même sujet est remis au concours pour 1888.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert chaque année devant l'Académie de médecine.

M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles, a été nommé stagiaire aux eaux minérales. L'Académie l'a désigné pour aller étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal et principalement les eaux de Chaudesaigues. Conformément à l'article 8 du règlement, une somme de 1500 francs a été allouée à M. Boutarel.

Prix Godard (1000 francs). — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne. Dix-neuf mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre Mlle A. Klumpke, de Paris, pour son travail intitulé : *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial*, inscrit sous le n° 16, et M. le docteur Perrin (Léon), de Marseille, auteur d'un *Mémoire sur la sarcomatose cutanée*, inscrit sous le n° 7. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Roux (Fernand).

Prix Herpin (de Metz) (1500 francs). — Question : Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la

syphilis confirmée. L'Académie a reçu un mémoire pour ce prix.
Le prix est décerné à l'auteur de ce travail, M. Marcel Crivelli, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Huguier (3000 francs). — Ce prix, qui est triennal, devait être décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seuls étaient exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. Ce prix ne devait pas être partagé.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Périer (Ch.), chirurgien à l'hôpital de Lariboisière, Paris.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1600 francs). — Question : Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance. Neuf mémoires sur ce sujet ont été soumis au jugement de l'Académie.

L'Académie accorde : 1° un prix de 1000 francs à MM. Cazin, médecin à l'hôpital de Berck, et Iscovesco, dit Escault, interne audit hôpital, pour leur mémoire inscrit sous le n° 5; 2° une récompense de 300 francs à M. le docteur Gibert, du Havre, pour son travail inscrit sous le n° 6, et une récompense de 300 francs à M. Jacquet (Lucien), interne à l'hôpital Saint-Louis (n° 7). — Mentions honorables à MM. les docteurs Friot (A.), de Nancy, et Comby (Jules), de Paris.

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix doit être décerné chaque année à l'élève en médecine qui s'est montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Ce prix est accordé à M. Berlioz, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Pitié.

Prix Louis (3000 francs). — Question : Etude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale. Deux mémoires ont été présentés au concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 500 francs à MM. les docteurs P. Chautard et P. de Gennes, de Paris, auteurs du mémoire inscrit sous le n° 1.

Prix Auguste Monbinne (1500 francs). — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » Deux ouvrages ont concouru.

L'Académie accorde le prix à M. le docteur Charrin, de Paris, pour sa mission pendant l'épidémie cholérique de 1885-86 en Bretagne et en Vendée.

Prix Orfila (2000 francs). — Question : Du venin de la vipère D'après les intentions du testateur, la question devait être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

L'Académie n'a rien reçu pour ce concours. Même question pour 1888.

Prix Oulmont (1000 francs). — Ce prix sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

L'Académie décerne le prix à M. Hallé, interne à l'hôpital Trousseau.

Prix Portal (600 francs). — Question : Le goitre exophthalmique. Trois mémoires sont parvenus à la Compagnie sur cette question.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), auteur du travail inscrit sous le n° 2.

Prix Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Aucun travail n'a été adressé à l'Académie.

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense. Soixante-treize mémoires ont été présentés au concours.

L'Académie ne décerne pas le prix de 25 000 francs. Elle accorde un prix d'encouragement de 1000 francs à M. le docteur Alfred Suss, de Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 10, ayant pour titre : *De la paralysie diphthérique du pneumo-gastrique.*

Prix Stanski (2000 francs). — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail, sous ce rapport, digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.) Trois mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 1200 francs à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, auteurs du mémoire inscrit sous le n° 1; 2° une récompense de 800 francs à M. le docteur Léon Bec, à Mézel (Basses-Alpes), pour son travail insc it sous le n° 2.

Prix Vernois (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, est décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Quinze ouvrages sont parvenus à la Compagnie sur ce sujet.

Le prix est accordé à M. Monod, préfet du Finistère, pour ses travaux sur l'hygiène en France et à l'étranger, inscrit sous le n° 14. Mentions honorables à MM. les docteurs : Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée; Riant, de Paris; Thoinot, de Paris.

(A suivre.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Origine équine du tétanos : M. Terrier. — Hématosalpingite; opération de Battey: guérison : M. Terrillon. — Sarcome cutané primitif du dos : M. Defontaine (du Creusot). — Opération de Battey pour remédier à d'insupportables accidents hystériques : M. Terrier. (Discussion : MM. L. Championnière, Monod, Pozzi.)

M. *Terrier* n'ayant pas assisté à la dernière séance de la Société n'a pu prendre part à la discussion sur l'origine et la contagion du tétanos. Il a été surpris de voir presque tous ses collègues accepter avec facilité l'origine équine de cette affection. Grâce aux renseignements fournis par M. Nocard, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, M. Terrier rapporte que, depuis quarante ans, il n'y a eu à l'Ecole d'Alfort aucun cas de tétanos communiqué du cheval à l'homme. Cependant les élèves qui font les autopsies des chevaux morts du tétanos présentent très souvent des écorchures aux mains. Sur l'instigation de M. Terrier, M. Nocard a écrit aux directeurs des Ecoles de Lyon et de Toulouse pour avoir de nouveaux renseignements sur cette question. Les réponses seront communiquées ultérieurement à la Société.

— M. *Terrillon* lit l'observation de la malade dont la tumeur a été présentée à la Société dans la précédente séance.

Femme de trente-deux ans; elle a eu quatre enfants; le dernier accouchement remonte à un an. Au mois de juillet 1885, surviennent brusquement, à l'époque menstruelle, tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine. Depuis, les règles s'accompagnent de métrorrhagies abondantes. Au toucher vaginal : tumeur lisse, tendue, élastique, siégeant dans le cul-de-sac postérieur et nettement indépendante de l'uté-

rus, ce qui permet d'écarter tout de suite l'idée d'un fibrome; la tumeur se prolonge dans le ligament large. Au toucher rectal, on sent très bien la tumeur, mais le doigt ne peut atteindre sa limite supérieure. Quelques troubles de défécation. Avec de tels symptômes, M. Terrillon ne put porter de diagnostic plus précis que celui de lésion des organes annexes de l'utérus. Incision de la paroi abdominale. Ponction de la tumeur avec le trocart fin de l'appareil Potain : on retire quelques gouttes de sang noir, mais la tumeur ne se vide pas. Décollement des adhérences avec la main; le kyste sanguin est attiré en avant et enlevé. Ovaire droit sain.

Deuxième temps de l'opération. — Ablation de l'ovaire gauche avec deux tumeurs formées à ses dépens, dont l'une est un kyste séreux. Lavage complet de la cavité pelvienne à l'eau bouillie et filtrée. Huit sutures profondes. Durée de l'opération : une heure dix minutes.

Le troisième jour tout l'écoulement hémorrhagique par le vagin a cessé, et aujourd'hui, huit jours après l'opération, la malade se lève.

Chez la malade de M. Terrillon, les signes de l'hématosalpingite étaient bien ceux décrits par Lawson Tait; l'opération a été pénible et faite presque entièrement sans le secours de la vue; dans ces cas, le lavage du péritoine à l'eau bouillie et filtrée rend de grands services.

— M. *Terrier* donne lecture d'un rapport sur une observation envoyée par M. Defontaine (du Creusot).

Au mois de mai 1885, M. Defontaine présenta à la Société un malade atteint d'un ulcère du dos pour demander l'avis de ses confrères sur la nature de l'ulcération. MM. Trélat, Tillaux, Lucas-Championnière pensèrent à la syphilis; M. Verneuil diagnostiqua un épithélioma ulcéré; M. Terrier penchait vers l'idée d'une ulcération tuberculeuse. On institua le traitement antisyphilitique : il ne donna aucun résultat. Plus tard, ablation de la tumeur au thermocautère. A l'examen histologique, M. Malassez constate tous les éléments du sarcome fasciculé. Durée de la guérison : dix mois. Au mois de juillet 1886, nouvelle ulcération; deuxième opération; on rugine les parties osseuses sous-jacentes, et depuis quatre mois la guérison se maintient.

M. Terrier insiste sur la rareté des sarcomes primitifs de la peau, et demande que l'observation très intéressante de M. Defontaine soit insérée dans les *Bulletins* de la Société.

M. *Trélat*, pour son compte personnel, a enlevé une douzaine de sarcomes primitifs de la peau; cette affection n'est pas aussi rare que semble l'admettre M. Terrier.

M. *Pozzi* a pratiqué l'ablation d'un sarcome cutané primitif du volume d'une mandarine. Depuis cinq ans la guérison se maintient.

M. *Terrier*. Parmi les douze cas de sarcomes observés par M. Trélat, quelques-uns étaient peut-être des fibromes en voie d'évolution. Comme preuve de la rareté des sarcomes cutanés primitifs du dos, M. Terrier fait remarquer qu'en présence du malade de M. Defontaine aucun membre de la Société n'a pensé au sarcome.

— M. *Terrier* rapporte l'observation d'un malade présentant des accidents hystériques assez graves pour nécessiter l'ovariotomie.

Opération de Battey le 9 février 1886. Les suites furent sérieuses au début, et la vie de la malade fut un moment en danger; mais bientôt tous les accidents se calmèrent, et le 27 avril l'opérée obtenait son *exeat*. Depuis l'ovariotomie la malade perd régulièrement tous les mois, mais moins abondamment qu'avant l'intervention chirurgicale. Il y a deux semaines, la malade aurait eu, dans l'intervalle des règles, une crise de nerfs qui aurait duré une heure. En résumé, depuis l'opération, les manifestations hystériques ont beaucoup diminué.

M. *Lucas-Championnière* rapporte deux cas de sa pratique qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Terrier. Dans une de ces observations, il a suffi de délivrer les ovaires des adhérences dont ils étaient entourés pour mettre fin aux accidents hystériques. M. Lucas-Championnière arrive à cette conclusion : l'opération de Battey améliore les malades dans une certaine mesure, mais dans la majorité des cas elle ne peut les supprimer complètement.

M. *Monod* cite deux opérations de Battey qu'il a eu l'occasion de pratiquer : l'une pour un corps fibreux de l'utérus; l'autre pour des accidents menstruels déterminés par une imperforation du col de l'utérus. Dans ce dernier cas, il fut impossible d'enlever les ovaires.

M. *Pozzi* a pratiqué une opération de Battey il y a un an; les trompes et les ovaires furent enlevés, et depuis cette époque absence absolue de règles.

M. *Terrier*. La discussion a un peu dévié. M. Terrier n'avait publié son observation qu'à ce seul point de vue : les accidents hystériformes survivent à l'opération, mais sont bien atténués. Il insiste sur ce point unique : l'ovariotomie ne guérit pas l'hystérie, mais réduit cette névrose à des accidents tolérables, et du fait de l'intervention chirurgicale « la malade est rendue supportable aux autres et à elle-même ».

P. Valat.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Origine équine du tétanos : M. Larger. — Grossesse extra-utérine. Gastrotomie. Guérison : M. Bruch (d'Alger). — Remarque sur une nouvelle série de 35 ovariotomies : M. Terrillon. — Plaie de l'abdomen par arme à feu : M. Pozzi.

M. *Larger* a demandé à un équarrisseur s'il avait eu quelques ouvriers morts de tétanos. La réponse a été négative. Mais ces faits ne prouvent rien contre la contagiosité de cette affection. Ce même équarrisseur n'a jamais vu aucun de ses ouvriers atteint de pustule maligne et cependant la contagion du charbon est depuis longtemps établie.

M. *Terrier*. Le charbon est rare chez le cheval. Durant les quatre années que M. Terrier a passées à l'Ecole d'Alfort, il n'en a observé aucun cas.

Contrairement à M. Larger, il croit que la contagion du tétanos est encore loin d'être démontrée. Comment admettre en effet que depuis quarante ans aucun élève, aucun palefrenier de l'Ecole d'Alfort n'ait contracté le tétanos, alors que, malgré des plaies aux mains, élèves et palefreniers font tous les jours des autopsies de chevaux morts de cette maladie?

— M. *Lucas-Championnière* lit un rapport sur une observation de M. Bruch (d'Alger) relative à une grossesse extra-utérine.

Le diagnostic fut très difficile au début, et la grossesse arriva jusqu'à son terme.

Le 29 mars 1886, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à ce ligament, une incision est pratiquée sur la partie la plus saillante de la tumeur. Le chirurgien arrive sur le fœtus placé en position pelvienne et l'extrait par morceaux.

M. Bruch ajoute à ses observations les réflexions suivantes : fréquence de la grossesse extra-utérine chez les tuberculeuses, difficulté du diagnostic au début; la laparotomie est préférable à l'élytrotomie.

Réflexions de M. L. Championnière : M. Bruch a donné à tort à son opération le nom de laparotomie, dans ce cas le kyste étant adhérent à la paroi abdominale. Avec raison M. Bruch a repoussé l'ouverture du kyste par la voie vaginale, car très souvent il y a des adhérences entre le fœtus

et la poche, et dans ces cas l'opération serait impossible par la voie vaginale.

M. L. Championnière ajoute à son rapport deux cas de grossesse extra-utérine qu'il a traités lui-même par la laparotomie : purulence de la poche, extraction du fœtus à terme, suture de la poche kystique à la paroi abdominale; drainage, guérison.

M. *Bouilly* rapporte une observation personnelle de grossesse extra-utérine traitée par la laparotomie.

Le diagnostic fut très obscur au début; la grossesse remontait à sept mois. En présence d'accidents péritonéaux graves, M. Bouilly a eu recours à la laparotomie médiane et a extrait un fœtus de sept mois. Guérison.

— M. *Terrillon*, en 1884, a publié les résultats de 35 ovariotomies. Aujourd'hui il fait connaître une nouvelle série de 35 cas; sur ce nombre il y a eu seulement six morts.

Depuis le commencement de l'année 1886 il a pratiqué 12 ovariotomies sans avoir un seul cas malheureux. Il attribue ces excellents résultats aux modifications suivantes :

1° A la désinfection complète des éponges, telle que son interne en pharmacie, M. Dumoutier, l'a exposée dans le *Bulletin général de thérapeutique*, n° de 1885;

2° A la suppression du spray phéniqué dès l'arrivée de la malade dans la salle d'opération;

3° A l'usage de la solution de sublimé exclusivement employée, sauf pour le nettoyage des instruments qu'on désinfecte avec une solution phéniquée;

4° Au lavage du péritoine à l'eau bouillie et filtrée.

Le lavage du péritoine à grande eau a été introduit dans la pratique chirurgicale par M. Lawson-Tait. Il rend les plus grands services pour les kystes suppurés, pour l'ablation des caillots tombés dans la cavité pelvienne, enfin et surtout dans les cas de rupture du kyste au cours de l'opération. L'eau dilue le sang, entraîne les caillots et permet une toilette complète des anses intestinales qui nagent au milieu du liquide. Avec une canule en verre on dirige le courant derrière l'utérus, et on cesse le lavage lorsque l'eau revient limpide. On soulève à ce moment le tronc de la malade, afin de permettre à l'eau de s'accumuler dans l'excavation pelvienne, puis on la recueille avec une éponge; 20 ou 25 litres d'eau sont nécessaires pour chaque opération.

Soins consécutifs. Premier jour : alcool, champagne, lavements alcoolisés, morphine à la dose d'un demi ou 1 centigramme.

Deuxième jour : s'il y a constipation, calomel donné en trois doses de 15 centigrammes chacune ou lavement purgatif contenant de 15 à 20 grammes de sulfate de soude.

Conclusions de M. Terrillon. Grâce à ces précautions l'ovariotomie donne d'excellents résultats même dans les cas en apparence désespérés; les adhérences de la tumeur et l'affaiblissement de la malade sont les principales causes de mort.

— M. *Pozzi* rapporte une observation de plaie de l'abdomen produite par une balle de revolver de fort calibre.

Laparotomie avec l'assistance du professeur Trélat; suture de trois perforations de l'intestin. Plaie de la vessie : 4 points de suture. Durée de l'opération, deux heures un quart. Pansement iodoforme; sonde à demeure. Mort cinquante-deux heures après l'opération.

M. *Berger*. La recherche des perforations intestinales est le plus souvent très difficile. D'ailleurs les plaies de l'intestin peuvent guérir sans intervention chirurgicale. Il cite le cas d'un malade admis dans son service. Le cas semblait désespéré, les symptômes de la péritonite étaient au grand complet, toute intervention était contre-indiquée et quinze jours plus tard le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

M. *Trélat*. L'intervention est de rigueur s'il y a évidence de plaie intestinale; mais l'opération doit être pratiquée avant la quinzième heure. Jusqu'ici l'intervention la plus tardive suivie de succès a été faite dix-sept heures après l'accident.

M. *Verneuil*. Toute plaie de l'intestin grêle n'est pas nécessairement mortelle, surtout si le projectile est de faible calibre. Dans ces cas la nécessité d'une laparotomie est sujette à discussion.

M. *Trélat*. Il est beaucoup de régions qui supportent facilement la présence de petits projectiles, et dans ces cas il faut reculer devant les délabrements nécessaires pour l'extraction du corps étranger.

Mais lors de plaie intestinale il faut éviter à tout prix la chute de matières fécales dans la cavité péritonéale.

— MM. Segond, Quenu, Reynier, Nélaton se portent candidats à la place vacante de membre titulaire.

P. VALAT.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Évolution du système sanguin dans les amygdales : M. Retterer. — Sur l'anatomie pathologique de l'atrophie musculaire progressive : M. Roth (de Moscou). — Sur la culture du microbe de la tuberculose : MM. Nocard et Roux. — Des mesures en électrothérapie : M. d'Arsonval. — La fonction photogénique chez les Podures : M. R. Dubois.

M. *Retterer*, étudiant l'évolution du système circulatoire dans les amygdales, a vu que les follicules clos des amygdales commencent par être vasculaires dans leur portion périphérique; les vaisseaux proviennent du tissu conjonctif chorial. Au fur et à mesure que le tissu connectif envahit les parties centrales des follicules clos, les vaisseaux l'accompagnent. Ainsi s'établit la disposition rayonnante du réseau sanguin. Plus tard, cette disposition disparaît en même temps que s'hypertrophie la trame conjonctive chez les individus avancés en âge.

— M. *Roth* (de Moscou), étudiant l'anatomie pathologique de l'atrophie musculaire progressive, a constaté nettement l'existence d'une atrophie en longueur de la fibre musculaire, ce que confirment d'ailleurs les observations cliniques dans lesquelles est notée une altération de la forme des muscles tenant au raccourcissement de leur partie ventriculaire. Cette atrophie longitudinale des fibres musculaires est liée à un accroissement des extrémités tendineuses voisines, de sorte que la plus grande partie de la substance fibreuse dans un muscle atrophié est due à cet accroissement des faisceaux tendineux consécutif à l'atrophie longitudinale, à la *fonte* par leurs extrémités, des fibres musculaires.

— M. *Nocard* expose en son nom et au nom de M. *Roux* un nouveau procédé de culture du microbe de la tuberculose. On sait que, s'il est aisé de reconnaître le bacille de la tuberculose, il est moins facile de le cultiver. MM. Nocard et Roux ont trouvé que la glycérine favorise singulièrement le développement du bacille, de sorte que la culture sur la gélose glycérinée est très facile à préparer et qu'on en obtient de fort beaux résultats.

— M. *d'Arsonval* demande l'insertion dans les *Bulletins* de la Société de la discussion de la Commission internationale d'électro-physiologie qu'il a publiée en 1881 dans la *Revue scientifique*. De ce document il résulte que c'est sur les instances de M. d'Arsonval que les électro-physiologistes allemands se sont décidés à admettre les galvanomètres gradués en unités C. G. S. et que, dès cette époque,

M. d'Arsonval montrait la nécessité d'évaluer à la fois l'intensité du courant et la force électro-motrice au niveau des électrodes.

— M. *Dubois* a trouvé aux environs de Heidelberg et étudié des Podures lumineux. Ces insectes offraient les mêmes réactions physiologiques, d'une manière générale, que les autres êtres lumineux, déjà étudiés par M. Dubois. L'excitation mécanique, la chaleur, etc., augmentaient le pouvoir photogène de l'animal. Le corps de l'insecte était pour ainsi dire rempli de substance lumineuse dont la réaction était nettement acide.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Remarques cliniques sur la valeur thérapeutique de la résorcine, de l'ichthyol et de la lanoline en dermatologie, par H. W. Stelwagon. — La *résorcine*, d'après ce dermatologiste américain, ne possède qu'une faible efficacité contre l'eczéma; c'est tout au plus si elle en diminue les démangeaisons. Dans ce but, il fait usage d'onctions avec une pommade à 6 pour 100. Cette substance a donné des succès dans 10 à 20 pour 100 des cas de sycosis; mais contre la teigne tonsurante elle est inférieure aux autres médicaments.

Il a employé avec quelques avantages, contre l'alopécie et la séborrhée, un mélange de résorcine, de baume du Pérou, d'alcool et de castor-oil. Par contre, elle reste sans action contre le psoriasis et le lupus érythémateux, et sa puissance est inférieure à celle de l'hypophosphite de soude contre la teigne versicolore. Enfin ses résultats ont été douteux dans le traitement de l'épithélioma.

L'*ichthyol* lui a paru efficace dans quelques cas d'acné rosacée et d'acné vulgaire, sous forme de préparations à 10 et 20 pour 100. Un emplâtre contenant les mêmes proportions d'ichthyol a modifié heureusement trois cas de furoncle, mais a été sans action dans quatre autres cas et dans le traitement de la teigne faveuse. Enfin l'ichthyol a rendu quelques services contre le psoriasis et le lupus érythémateux.

La *lanoline* est supérieure aux excipients qui servent à véhiculer les médicaments dans les pommades; mais elle est inférieure à la vaseline, au cold-cream et à l'axonge quand elle n'a d'autre indication que de servir d'enduit protecteur. Sa plus grande puissance de pénétration la recommande dans les dermatoses chroniques. Enfin dans quelques cas d'eczéma aigu et subaigu, elle a provoqué l'irritation de la peau des malades de M. Stelwagon. (*The New-York medical Record,* 11 septembre 1886.)

De l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement de l'angine diphthéritique, par M. Noeldechen. — C'est dans le but de stériliser le terrain le plus favorable au développement du microbe et de prévenir l'infection diphthéritique, que M. Noeldechen recommande de badigeonner les amygdales et les parois du pharynx avec une solution concentrée d'acide salicylique.

Ce traitement serait indiqué au début de la maladie et quand la diphthérie n'est encore qu'une affection locale et circonscrite. Au reste l'observateur n'attache pas une moindre importance à l'emploi simultané de gargarismes au chlorate de potasse et à l'application de la glace autour du cou et sur la nuque. A l'intérieur il prescrit, d'abord le calomel, et plus tard, la quinine. On le voit donc, la médication locale par l'acide salicylique s'inspire des mêmes idées que celle des cautérisations ignées de Blubaum et de l'administration du peroxyde d'hydrogène recommandé par Baldy, en France, et depuis par Hofmolk (de Vienne), et Vogelsang. (*Deutsche medicinal Zeitung,* 1886, n°s 33 et 36.)

Du vésicatoire à l'hydrate de chloral, par M. Ivanowsky. — Les propriétés révulsives du chloral sont bien connues. D'autre part, M. Brown-Séquard a obtenu des effets à distance par les applications de ce corps sur la peau. Conséquemment, le procédé proposé par M. Ivanowsky ne possède pas le mérite de la nouveauté.

Le vésicatoire au chloral est un morceau d'emplâtre adhésif saupoudré d'une couche d'hydrate de chloral. Pendant cette préparation on a diminué la consistance de l'emplâtre en l'exposant à la chaleur; par le refroidissement la poudre de chloral est fixée à sa surface.

Appliqué sur la peau, ce vésicatoire produit une rapide rubéfaction et, paraît-il, une très faible douleur. Après dix à quinze minutes le malade éprouve une sensation de démangeaison et de brûlure, l'exsudat séreux est formé. En prolongeant l'application, on provoquerait l'escharification et l'ulcération de la peau.

L'action de ce vésicatoire est donc rapide et les phénomènes réflexes qu'il provoque sont durables. Il y aurait donc tout avantage d'en faire l'essai clinique. (*Wratsch,* 1886, p. 292.)

Les principes actifs de l'ergot de seigle, par M. Kobert.— Trois corps de propriétés différentes sont les principes actifs du seigle ergoté : l'acide sphacélinique, la cornutine et l'acide ergotinique.

L'*acide sphacélinique* produit la gangrène chez des cobayes et des poules auxquels on l'administre. Les chiens le rejettent par les vomissements. Il provoque la mort par asphyxie et l'inflammation des glandes intestinales. Il agit sur les centres vaso-moteurs, et cette action, d'après M. Kobert, donnerait raison des modifications de la contractilité utérine. De plus, c'est à lui qu'il faudrait attribuer les gangrènes de l'ergotisme.

La *cornutine* est un agent convulsivant. De plus, il provoque les contractions utérines, mais ne produit pas le sphacèle. M. Kobert lui attribue les phénomènes convulsifs de l'ergotisme et les épidémies d'ergotisme convulsif. Par contre, il lui refuse la propriété de provoquer le sphacèle.

L'*acide ergotinique* se détruit dans l'estomac, et se transforme en un corps inerte. Son altérabilité résulte de sa nature même de glucoside. Quand on l'injecte sous la peau des grenouilles, il produit la narcose, l'abolition de la réflectivité et la diminution des mouvements respiratoires. D'autre part, il ne modifie pas la contractilité utérine. (*Arch. f. experim. Path. und Pharm.,* 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse. Leçons faites à l'hospice Saint-Julien, par M. Emile Demange, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, chargé du cours de clinique des maladies des vieillards, etc., avec 6 planches hors texte. — Paris, Félix Alcan, 1886.

Chargé depuis 1878 de la clinique des maladies des vieillards à la Faculté de Nancy, M. Emile Demange avait déjà su utiliser les ressources de son service hospitalier pour l'étude de diverses questions afférentes à la pathologie de la vieillesse. Son activité scientifique s'est affirmée par la publication successive de divers mémoires intéressants sur des sujets de cet ordre, tels que le rein sénile, l'ostéomalacie, le tremblement sénile, la paralysie agitante, etc. En même temps il étudiait, parallèlement à l'organisme malade, l'organisme sain ou réputé tel du vieillard. C'est le résultat de ces recherches qu'il nous apporte aujourd'hui.

Montrer ce qu'est le vieillard, comment il vit, comment il décline, comment il meurt de sa mort naturelle, pour remonter ensuite à la cause de cette déchéance progressive

des organes et des fonctions, tel a été le programme de M. Demange.

Il commence par passer en revue les divers organes et appareils et décrit avec le plus grand soin les altérations qui s'y produisent au cours de la sénilité, et les modifications fonctionnelles que celles-ci amènent. Puis rapprochant et comparant, dans un but de synthèse, toutes ces données, il constate que partout on retrouve un processus atrophique, quelque peu variable suivant les organes intéressés, mais toujours identique dans son essence. D'une part l'élément cellulaire s'atrophie, subit la dégénérescence granuleuse, puis granulo-graisseuse ; de l'autre la trame conjonctive s'épaissit par un travail de sclérose; constamment enfin on observe l'endo-périartérite des petits vaisseaux.

C'est dans cette altération vasculaire, dans l'artério-sclérose qu'il faut voir la cause et le point de départ des dégénérescences de la sénilité. L'atrophie cellulaire s'explique par une irrigation des organes doublement insuffisante; insuffisante en quantité du jour où le système artériel est profondément lésé, insuffisante en qualité du moment où les appareils hématopoiétiques participent à cette déchéance progressive. Quant au processus scléreux, il aurait, pour M. Demange, une double origine : ici c'est l'artériole athéromateuse qui devient le centre d'un îlot de sclérose envahissant ultérieurement tout l'organe; là ce sont les cellules atrophiées qui, à la façon d'un corps étranger, d'une épine, produisent l'inflammation chronique du tissu conjonctif. Mais, comme c'est à l'athérome qu'est due cette atrophie cellulaire, c'est lui, en dernière analyse, qui directement ou indirectement est responsable de tous les processus scléreux.

« On a l'âge de ses artères », si cette formule n'est pas neuve, nul ne l'a développée avec plus de force, ne l'a établie sur des bases plus solides que le savant agrégé de Nancy. Aussi son livre est-il le meilleur exposé que nous ayons des lésions de la sénilité et peut-il être considéré comme une excellente introduction à l'étude de la pathologie de la vieillesse.

L. Dreyfus-Brisac.

Traité des kystes congénitaux, par MM. le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et Ch. Achard, interne des hôpitaux (avec 54 figures et 12 chromolithogr.). — Paris, Asselin et Houzeau, 1886.

Depuis plusieurs années déjà, M. Lannelongue réunissait des observations et des matériaux sur les kystes congénitaux, cherchant toujours « à faire ressortir que la *tératologie* n'est le plus souvent qu'une branche immédiate ou éloignée de la pathologie proprement dite ». Sans doute, bien des points sont encore obscurs; mais « l'heure est venue d'aborder ces questions, de les soumettre au contrôle d'une observation sévère ». Aussi, dans ce *Traité des kystes*, qui est dû à la collaboration de notre maître et d'un de ses internes les plus distingués, trouvera-t-on des études précieuses, et sur les kystes congénitaux proprement dits, et sur les tumeurs congénitales plus complexes dont les kystes ne sont qu'un élément.

Enumérons d'abord les chapitres de ce livre, pour nous appesantir ensuite sur ceux qui concernent la pathogénie.

Ce traité est divisé en quatre parties. La première contient l'histoire des *kystes dermoïdes;* des *productions congénitales non kystiques à structure dermoïde;* des *fibrochondromes branchiaux.* La seconde est réservée aux *kystes mucoïdes;* la troisième aux *kystes séreux.* La quatrième, enfin, énumère les *kystes congénitaux divers*, ceux des cavités séreuses, de l'appareil visuel, de l'appareil urinaire, de l'appareil génital mâle et femelle, de la région sacrée, etc. Pour les trois premières parties, le plan suivi est toujours le même. On trouve d'abord une description topographique des kystes; puis leur anatomie pathologique, leur pathogénie, leur étude clinique et thérapeutique. Les matériaux contenus dans ces divers chapitres sont en nombre considérable. Les kystes observés dans les diverses régions sont passés en revue avec un soin extrême. A une bibliographie étendue, réunie en index détaillés avec soin, se joignent quatre-vingt-dix observations personnelles. Tout cela a permis aux auteurs de chercher à élucider quelques points de pathogénie, relatifs surtout aux kystes dermoïdes et aux kystes séreux. C'est sur ce terrain que nous allons les suivre.

Pour MM. Lannelongue et Achard les *kystes dermoïdes* sont congénitaux. Quelle est donc leur origine? La question est complexe, car les faits sont en apparence très disparates. Et cependant ils se mettent en une série « qui commence au simple kyste pilifère congénital pour aboutir au cas des frères Siamois », disait Broca. Mais faut-il admettre, avec ce dernier auteur, « qu'il est impossible de songer à scinder cette série et que la théorie applicable à l'un des termes doit être applicable à tous les autres? » On a commencé par là, mais on n'a pas tardé à reconnaître qu'une explication unique est impossible. Il est démontré, et M. Verneuil a été le premier à ériger le fait en théorie, que les kystes dermoïdes simples sont dus à un enclavement du feuillet externe, et l'on a renoncé définitivement à la doctrine de l'hétérotopie plastique de Lebert. La diplogenèse ne peut s'appliquer aux simples kystes pilifères, mais elle revendique les dernier degrés de l'échelle. Aussi MM. Lannelongue et Achard soutiennent-ils qu'il faut associer les deux théories à considérer : 1° le kyste dermoïde ne contenant que des poils ou des parties fœtales méconnaissables; celui-là relève de l'enclavement; 2° les kystes à paroi partiellement dermoïde et renfermant des parties fœtales bien reconnaissables. Pour celui-là il faut deux choses : l'enclavement et la monstruosité double. Pour expliquer cette dernière, les auteurs penchent vers l'hypothèse d'un germe unique qui se divise. Ils ne l'affirment d'ailleurs point : on pourrait alors leur objecter que les recherches embryologiques d'Hertwig, Selenka, H. Fol donnent quelques arguments nouveaux aux partisans de la duplicité primitive des germes.

Les kystes séreux, eux aussi, ont donné lieu à bien des discussions. Les théories les plus diverses ont été émises. Aujourd'hui on reconnaît leur origine vasculaire, et c'est cette opinion qu'on trouvera ici. On tend actuellement à rattacher ces cavités au système lymphatique; à les rassembler toutes sous la rubrique de lymphangiome kystique. Ces recherches sont exposées dans ce livre, et corroborées par certaines observations inédites. Mais il ne semble pas qu'il faille être exclusif et quelques faits conduisent à faire jouer parfois un rôle important aux vaisseaux sanguins. En tout cas, l'étude des kystes séreux congénitaux doit être réunie aujourd'hui à celle des hypertrophies congénitales ; on trouve toutes les transitions, toutes les associations possibles entre les kystes uniloculaires, les kystes multiloculaires, les hypertrophies congénitales des lèvres, de la langue, des membres.

Tels sont les points qui nous ont paru les plus saillants dans ce livre remarquable, indispensable à consulter pour quiconque voudra dorénavant étudier les kystes congénitaux. A celui-là la besogne sera maintenant facile et intéressante.

A. Broca.

VARIÉTÉS

A PROPOS DES JEUNEURS.

Le bruit qui se fait, dans la presse extra-scientifique, au sujet des individus qui prétendent rester plusieurs semaines sans absorber aucun médicament solide, nous engage à rappeler ici l'observation authentique — elle a duré dix-sept jours — d'un malheureux qui s'est laissé mourir de faim. Cette observation a été reproduite dans les *Esquisses de la Corse* de M. Benson; puis dans la *Revue britannique*, en 1826; enfin, plus récemment, par M. Lorédan Larchey, dans le *Monde illustré* (novembre 1885). Il s'agit d'un nommé Antonio Viterbi, avocat, magistrat sous la première République, compromis sous la Restauration dans une affaire de *vendetta*. Condamné à la peine capitale, le 16 septembre 1821, par la cour de Bastia, il s'épargna la honte de l'échafaud en se laissant mourir de faim avec une étonnante force de volonté.

Voici la relation de ses derniers moments, écrite d'abord, puis dictée par Viterbi :

27 novembre 1821. — Je me suis endormi vers une heure, et mon sommeil s'est prolongé jusqu'à trois heures et demie. — A quatre heures un quart, je me suis rendormi pendant plus d'une heure. A mon réveil, je me suis trouvé plein de force et sans le moindre sentiment de malaise, si ce n'est que ma bouche était un peu amère. *Voici la fin du second jour que j'ai passé sans manger : je n'en ressens aucune incommodité, et n'éprouve aucun besoin.* (Premier jeûne.)

(Il y a ici une lacune : la copie ne parle point des quatre jours écoulés entre le 27 novembre et le 2 décembre, jour où Viterbi a rompu son premier jeûne, qui avait duré six jours; le second jeûne, commencé le 3 décembre, a amené la mort de Viterbi le 20 décembre).

2 décembre. — Aujourd'hui, à trois heures, j'ai *mangé avec appétit* et j'ai passé une nuit fort tranquille.

3. — Lundi, *aucune espèce de nourriture; je ne souffre point* de cette privation. (Second jeûne.)

4. — *Même abstinence;* le jour et la nuit se sont passés d'une manière qui eût donné du courage à quiconque ne serait pas dans ma situation.

5. — La nuit précédente, je n'ai point dormi, quoique je n'éprouvasse aucune inquiétude physique; mon esprit seul était extrêmement agité. Dans la matinée, il est devenu plus calme, et ce calme se soutient. Il est maintenant deux heures après midi, et depuis trois jours mon pouls ne manifeste aucun mouvement fébrile; il est un peu plus rapide et ses palpitations sont plus fortes et plus sourdes. Je ne sens *aucune sorte de malaise. L'estomac et les intestins sont dans un repos parfait.* La tête est libre; mon imagination active et ardente; ma vue extrêmement claire. *Nulle envie de boire ou de manger;* il est positif que je n'éprouve de velléité ni pour l'un ni pour l'autre.

Dans une heure, trois jours se seront écoulés depuis que je m'abstiens de toute nourriture. — La bouche exempte d'amertume; l'ouïe très fine; un sentiment de force dans tout l'individu. — Vers quatre heures et demie, j'ai fermé les yeux pendant quelques instants, mais un tremblement général m'a bientôt éveillé. — A cinq heures et demie environ, j'ai commencé à ressentir des douleurs vagues dans la partie gauche de la poitrine. Le pouls se dirige vers le coude en s'étendant comme un fil bien uni. — Après huit heures, j'ai dormi paisiblement pendant une heure; à mon réveil, le pouls était parfaitement calme. Depuis environ neuf heures et demie jusqu'à onze, un doux et profond sommeil; faiblesse très sensible dans le pouls, qui reste régulier et profond : point d'autre altération.

A minuit, tranquillité absolue dans toute l'économie animale, particulièrement dans le pouls. — A une heure, la *gorge aride*, une *soif excessive.* — A huit heures et demie, même sensation, excepté une légère douleur au cœur. Le pouls à gauche rend des oscillations autres que celles de droite, ce qui annonce le désordre produit par l'absence de nourriture.

6. — Pendant la première partie de cette journée, la raison et le courage m'ont abandonné : ma situation ne pouvait être plus déplorable. De tous les moyens sûrs qui pouvaient me conduire à mon but, celui que j'ai pris est le seul qui fût à ma disposition. Chaque rapport, chaque mot flattait mon imagination. *Le médecin m'a conseillé de manger, m'assurant que l'abstinence à laquelle je m'obstinais prolongerait mon existence* de quinze jours. *Je me suis déterminé à remplir mon estomac, dans l'espérance qu'un excès produirait l'effet désiré.* Il a produit l'effet contraire, et la diarrhée s'est arrêtée : en un mot, j'ai été malheureux en tout (1). — Point de fièvre, et cependant, *depuis quatre jours entiers, je n'ai ni bu ni mangé.*

Je mérite la pitié, la compassion, et non des reproches. J'ai commencé avec la fermeté d'un Caton; elle ne se démentira point. *Je supporte une soif, une faim dévorantes* avec un courage à toute épreuve et une constance inexorable. — A dix heures, le pouls est faible et régulier ; ma tête commence à se troubler. — A minuit précis, le pouls droit est devenu sensiblement intermittent, et cette intermittence était encore plus marquée et plus distincte à gauche. — A trois heures, le pouls, extrêmement faible, a cessé d'être intermittent ; la vue est vacillante. — A quatre, le pouls est de nouveau intermittent et la tête est un peu confuse. — A six, l'intermittence du pouls disparaît; il est plus fort et et régulier. — A neuf, prostration de forces; le pouls assez régulier; *la bouche sèche,* le pouls a de singulières variations; en ce moment il est faible et régulier. *La bouche et le gosier desséchés;* sommeil tranquille d'une demi-heure environ.

7. — Depuis six heures et demie, j'ai dormi tranquillement pendant plus de quatre heures. Des vertiges au réveil, *une soif brûlante,* le pouls dans une grande agitation. — A neuf heures, le pouls, resté calme, devient convulsif avec des intermittences des deux côtés; celles de droite sont plus lentes; *la soif diminue.* — A midi, pouls régulier. — A deux heures, *soif ardente;* le pouls faible, mais sans mouvement fébrile. — A quatre, intermittences sensibles à l'un et l'autre pouls. — A six, le pouls extrêmement calme. *Grande soif* depuis douze heures; *la bouche amere*; le pouls tranquille. Repos dans tout le reste du corps.

8. — A quatre heures du matin, *soif brûlante;* calme et régularité dans les autres parties du corps ; sommeil paisible de quelques heures. — A huit, nouveau sommeil de deux heures, et fort tranquille; *la bouche extrêmement desséchée; la gorge brûlante; la langue si chargee* qu'à peine puis-je parler. — A onze heures pouls intermittent. — A midi, tranquillité parfaite ; soif ardente et continuelle. — A quatre heures, par intervalles, sommeil paisible et léger d'une demi-heure au plus. Au réveil, vertiges de deux minutes; calme et régularité dans le pouls; *toujours la même soif*; repos complet de toute l'organisation; diminution des forces. — A huit heures du soir, pouls vigoureux intermittent à chaque pulsation, tranquillité générale; *même soif.* — (*Ici finit la partie de ce journal écrite de la main de Viterbi; mais le reste a été dicté, approuvé et signé par lui.*) — A dix heures, l'intermittence du pouls continue de trois en trois battements, et les vibrations sont très rapides. — A minuit, une heure de sommeil suivie d'un vertige effrayant : le pouls intermittent et désordonné; *soif brûlante ; faiblesse générale,* particulièrement pendant la nuit.

9. — A trois heures: depuis minuit, une heure de repos, après laquelle de légers vertiges, accompagnés des symptômes ci-dessus mentionnés. — A six, une heure de sommeil, suivie des mêmes symptômes. — A dix heures: depuis sept heures le pouls n'a point eu de mouvements fébriles ni d'intermittence; faiblesse extrême dans les pulsations ; *soif brûlante.* — A trois heures après-midi, une demi-heure d'un bon sommeil, à la fin duquel le pouls est intermittent; des vertiges, *une soif ardente et continuelle.* Ensuite la tête est tranquille, *l'estomac et les intestins sans aucune agitation;* pulsations régulières. — Entre midi et deux heures, les oreilles, les mains et le nez froids; à présent ces parties sont réchauffées. — A huit heures, le pouls fort et régulier, la tête libre, *l'estomac et les entrailles en bon état;* la vue claire, l'oreille bonne, *une soif terrible; le corps plein de vigueur.* La seule crainte de l'ignominie et non celle de la mort, m'a fait prendre l'extraordinaire, mais irrévocable résolution que j'exécute au prix des plus horribles souffrances et d'une effroyable agonie. Mon courage et mon innocence me donneront la force de les supporter jusqu'au bout. Je pardonne à ceux de mes juges qui m'ont

(1) Viterbi voulut d'abord se détruire par l'opium. Trompé dans son attente, après une première abstinence de plusieurs jours, il prit des aliments avec excès, s'imaginant que la mort en serait la suite. Mais cette espérance encore déçue, la seule ressource qui lui resta fut de mourir de faim. (Note de M. L. Larchez). — Il est évident que le récit qui précède, bien qu'écrit le 6 décembre, se rapporte au 2 décembre, puisque Viterbi dit ensuite que, le 6, il n'a ni bu ni mangé depuis quatre jours.

condamné d'après leur conviction. — Les mêmes symptômes continuent; le pouls est tranquille et *la soif ardente*.

10. — Huit heures du matin: pouls régulier, *soif ardente* jusqu'à six heures, mais qui a considérablement diminué de six à huit. Deux heures d'un sommeil paisible, à deux intervalles différents. Légers vertiges en m'éveillant; pouls très faible, mais régulier. — S'il est vrai que dans les Champs-Elysées nous conservions un souvenir fidèle des choses de ce monde, j'aurai toujours devant les yeux l'image du protecteur de l'innocence et de la vérité, du vénérable conseiller Abattucci. Puissent toutes les faveurs de la fortune et du ciel pleuvoir sur lui et sa postérité! Ce vœu jaillit d'un cœur pénétré de la reconnaissance la plus sincère. — A midi, la tête libre, *l'estomac et les entrailles en bon état;* la vue claire, l'oreille bonne. La régularité du pouls se maintient; *la soif reprend toute sa force*. Je continue à prendre du tabac avec plaisir; je ne sens *aucun désir de manger*. — A dix heures, *soif continuelle et toujours plus ardente ;* pouls régulier, quoique un peu accéléré. *Une forte envie de manger m'a pris à plusieurs reprises* dans l'après-midi; je n'ai ressenti d'ailleurs *ni trouble ni douleur* dans aucune partie du corps.

11. — Six heures du matin: depuis six heures du soir, le pouls a été régulier, mais ses pulsations violentes. Avant minuit, *désir de manger; soif inextinguible;* sommeil tranquille pendant une heure. A mon réveil après minuit, j'ai trouvé mon pouls diminué de force, mais conservant la même régularité. Dans la matinée, un bon sommeil; *la soif la plus intolérable*. Pouls extrêmement faible, annonce que ma fin approche. — J'ai conçu et exécuté le projet le plus étrange peut-être qui jamais soit entré dans la tête d'un homme.

Deux heures après midi: mon extrême faiblesse a diminué depuis une heure; le pouls a repris toute sa vigueur et conservé jusqu'à ce moment une régularité qui m'alarme. Mon corps tout entier n'éprouve *aucun dérangement, aucune altération*, mais je m'aperçois d'un *affaiblissement sensible*. — A six heures: mes facultés intellectuelles ont maintenant toute l'énergie accoutumée; *la soif est brûlante, tolérable; la faim a cessé tout à fait*. Mes forces décroissent sensiblement; pouls faible et régulier; la vue claire; *l'estomac et les intestins ne me causent aucun malaise*. — A dix heures, pouls faible et régulier; *soif horrible; nul désir de manger*. Tout le reste de l'organisation, soit physique, soit morale, est dans un état qui n'annonce ni dérangement ni déclin. — *Deus in nomine tuo salvum fac me, et in virtute tua libera me*. « Mon Dieu! que ton nom soit mon salut, et ta force mon refuge. » — Ce peu de mots latins renferme tous mes principes religieux, et dans toute leur étendue. Depuis ma dix-septième année j'ai toujours cru en un Dieu rémunérateur et vengeur. Cette croyance m'a toujours soutenu dans mes épreuves.

12. — Je me suis levé dans la matinée. Depuis dix heures du soir jusqu'à une heure, point de changement ni d'altération; sommeil léthargique de quatre heures et demie. Au réveil, les mouvements du pouls et l'état de tout l'individu ne présentaient que des présages mortels et tous mes sens étaient dans une prostration complète. Cette situation a duré plus d'une heure. — A six heures et demie, je me suis ranimé. En ce moment le pouls est faible et tout à fait régulier, et *la soif un peu abattue*. — A dix heures, le pouls est un peu faible, mais toujours régulier. *Nulle envie de manger, mais la soif plus ardente*. Les facultés intellectuelles sans aucune altération; point d'assoupissement; énergie dans toutes les parties du corps. — A dix heures du soir, *soif prodigieuse;* pouls très faible et régulier. Pendant plusieurs heures, cessation au cœur du mouvement de systole et de diastole; insomnie constante; langueur universelle; *extrême fatigue* et incapacité de supporter la lumière.

13. — A dix heures du matin, le pouls est devenu extrêmement faible et intermittent: *la soif est très forte; prostration générale des forces. — Dans cette crise, la raison m'a abandonné, et par un mouvement machinal, j'ai saisi la cruche à l'eau et j'ai bu à grands traits*. Le froid s'en est augmenté dans toutes les parties: un instant après, les mains, les pieds, le nez et les oreilles sont devenus glacés. Le pouls alors a cessé de battre: tous les symptômes étaient mortels. Le médecin était arrivé une heure auparavant. Pendant les mouvements convulsifs où je ne conservais plus l'usage de ma raison, il m'a demandé si je désirais quelque chose, et *m'a proposé un peu de vin. Quatre ou cinq cuillerées* qu'il m'a données m'ont rendu les forces et la vie. *J'ai bu ensuite, pour la seconde fois, une grande quantité d'eau froide.*

Maintenant je me trouve à peu près dans le même état où j'étais hier matin; mais *la soif est beaucoup moins violente* et je puis la supporter sans grande difficulté. — A deux heures: la *soif tolérable;* le pouls régulier, mais faible; nul malaise remarquable dans aucune partie du corps; *point d'envie de manger;* le battement du cœur entièrement arrêté. — A six heures, le cœur dans le même état; pouls faible et lent; *la soif n'est point absolument insupportable; même indifférence pour la nourriture*. La tête saine; la vue perçante; les facultés intellectuelles sans altération quelconque. — Dix heures du soir; à dix heures et demie, un sommeil fort paisible; j'ai ressenti un léger refroidissement par tout le corps; le pouls a cessé ou s'est trouvé presque imperceptible. *Soif tolérable ;* facultés intellectuelles dans leur état naturel et nullement diminuées. Le froid continue, quoique léger, et s'étend sur tous les membres; les pieds chauds, les oreilles et le nez froids.

14. — A une heure: après les convulsions décrites ci-dessus, trois heures d'un profond sommeil, avec des songes, non pas tels que les enfante une imagination triste ou délirante, mais agréables et paisibles. Au réveil, une *soif brûlante;* les deux pouls très faibles; le mouvement du cœur presque nul; les facultés mentales parfaites; la force physique un peu plus atténuée que le jour précédent. — A sept heures du soir: depuis une heure après midi, *la soif s'est augmentée* outre mesure. Les battements sont tantôt forts et tantôt très faibles, mais toujours réguliers. Les mouvements du cœur ont cessé entièrement; les facultés morales et physiques sont dans un aussi bon état que mon affaiblissement le permet.

Le 10 de ce mois, je fus tourmenté d'une soif si violente qu'ayant rempli ma bouche d'eau, je ne pus résister et fus obligé de l'avaler. Dans la crise du 12, je bus un verre d'eau et plus, en présence du médecin, et le 13, dans une crise semblable, un peu plus d'un demi-verre; le tout ne se monte pas à plus d'une demi-pinte, *et cela dans l'espace de douze jours et demi*. — A dix heures du soir: la *soif intolérable*, ainsi qu'elle a été pendant toute la journée; les pulsations fébriles; chaleur par tout le corps; symptômes de convulsions pareilles à celles des deux nuits précédentes. — Depuis le 2 décembre, je suis privé de toute consolation. Point de nouvelles de ma famille; on a défendu à mes amis, dans la ville, d'approcher de cette prison. Sept soldats inexorables sont postés dans la petite chambre où je suis confiné; ils épient, d'un regard inquisitorial, mes plus légers mouvements, tous mes gestes, toutes mes paroles.

15. — Depuis dix heures du soir jusqu'à trois heures du matin, le pouls faible; chaleur fébrile par tout le corps; *soif extrême;* jusqu'à six heures, sommeil paisible; faiblesse et défaillance pendant une demi-heure; à six heures et demie, j'ai recouvré mes sens; point de pulsation jusqu'à sept. Depuis sept jusqu'à minuit, pouls extrêmement faible et bas.

16. — Depuis la dixième jusqu'à la quatrième heure, soif ardente; calme sous tous les autres rapports. Depuis quatre heures, le pouls agité, accompagné d'une chaleur fébrile. A une heure du matin, sommeil paisible; à deux, absence du pouls; à trois, il recommence à marquer, mais il est extrêmement faible. Il est près de sept heures, et telle est ma faiblesse que j'espère toucher à la fin de ma vie et de mes souffrances.

Après ma mort, que ce journal soit remis à mon neveu Giovese Girolamo Guarini, qui en prendra des copies pour MM. les présidents Mezaud, Pasqualinini, Suzzoni, puis le quatrième pour le Sgr Rigo, que je conjure de remplir mes intentions que je lui ai préalablement expliquées de vive voix.

17. — A dix heures: toute la journée d'hier fut tranquille; la *soif supportable;* le pouls régulier; la vue claire; la tête dégagée; *l'estomac et les intestins dans le même état*, sauf que j'ai le pouls excessivement faible. Je meurs après une vie pure et innocente, et la vois s'éteindre avec autant de tranquillité que Socrate, Sénèque et Pétrone.

18. — A onze heures: j'arrive au terme de mon existence avec la sérénité du juste. *La faim ne me tourmente plus; la soif a entièrement cessé; l'estomac et les intestins sont tranquilles;* la tête sans nuages, la vue claire. En un mot, un calme universel règne, non seulement dans mon cœur et dans ma conscience, mais encore dans toute mon organisation.

Le peu de moments qui me restent s'écoulent tout doucement comme l'eau d'un petit ruisseau à travers une belle et délicieuse prairie. La lampe va s'éteindre faute d'huile.

Viterbi vécut encore deux jours et mourut le 20 décembre.

Nous ne chercherons à établir aucune comparaison entre

Viterbi et les jeûneurs de Paris, de Bruxelles ou de Londres; mais nous saisirons l'occasion que nous donne ce récit pour répondre en quelques lignes à l'intéressant article de M. Bernheim, récemment publié dans la *Gazette* (n° 42, p. 681). On se souvient que M. Bernheim s'est efforcé de démontrer que l'on peut dompter la faim par auto-suggestion. N'est-il point possible de soutenir, au contraire, qu'il suffit pour dompter la faim : 1° de ne pas manger; 2° de boire?

La faim, comme sensation, nous paraît être un préjugé. *On mange par habitude*, et, quand on a commencé, on mange avec ardeur et plaisir si l'on a besoin de nourriture, *l'appétit venant en mangeant*. Mais si l'on se dit : « *Je ne mangerai pas*, » et si l'on ne commence pas à manger, la sensation proprement dite de la faim ne survient pas. Ce que l'on observe, c'est un état vague, mal défini, dépendant tout à la fois de l'embarras gastrique dû à l'accumulation sur la langue et dans la première partie du tube digestif de débris épithéliaux et de mucus et de la privation d'aliments *liquides*. C'est donc surtout de la soif dont on se plaint alors, et ceux qui, sachant dissocier volontairement la faim et la soif, arrivent à satisfaire ce dernier besoin, n'éprouvent plus aucun symptôme douloureux par suite de l'inanition. Voyez les jeûneurs d'aujourd'hui : ils boivent à leur soif et ne souffrent pas. Viterbi, au contraire, veut mourir sans manger ni boire. Il observe ses sensations, n'ayant que cela à faire, et à chaque page de son journal on retrouve ces mots : « Nulle envie de manger, soif intolérable. » Il dompte la faim, non la soif. Il meurt d'inanition et de soif, non pas de la torture causée par la sensation de la faim. Or, si l'on peut nier cette faim-sensation, le jeûne peut s'expliquer sans auto-suggestion, ou du moins par un genre d'auto-suggestion beaucoup plus simple et moins névropathique que celle invoquée par M. Bernheim : par un effet de volonté le jeûneur arrive à résister à l'habitude et au désir de prendre de la nourriture; il *se suggère*, si l'on veut, de ne pas manger; mais il n'a pas à se suggérer une sensation négative, c'est-à-dire la suppression d'une sensation normale.

V. E.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—L'assemblée des professeurs vient de présenter pour la chaire de pathologie interne :

En première ligne : M. Dieulafoy, par 26 voix contre 3 à M. Lancereaux.

En seconde ligne : M. Straus, par 16 voix contre 13 à M. Duguet.

En troisième ligne : M. Duguet, par 22 voix contre 6 à M. Debove.

Est-il besoin d'insister sur le plaisir avec lequel nous applaudissons au succès de notre collaborateur et ami M. Dieulafoy.

RETRAITE DU PROFESSEUR PAJOT. — Le 18 décembre dernier, les élèves et amis de M. Pajot se sont réunis pour offrir son buste en bronze au maître qui demandait sa mise à la retraite le jour même où il atteignait sa soixante-dixième année. Après que le professeur Pajot eut fait ses adieux à l'auditoire, M. le docteur Doléris lui a exprimé tous les regrets de ses anciens élèves et M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, tous les remerciements de l'Administration.

ACADÉMIE DES SCIENCES.—La séance générale annuelle de cette Académie aura lieu lundi prochain, 27 décembre 1886, à deux heures, sous la présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le professeur Vulpian prononcera l'éloge de Flourens.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Raoult, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 12e corps d'armée.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Guérin, Balley, Paoli, Guyon, de Bourilhon, Aubrit, médecins militaires; Beauchef, médecin à La Flèche.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Ocana, Annesley, Laurent, Montané, Julié, Cazalas, Mestrude, Chouet, Hoingne, Blanc, Henry, Lartigue, Masson, Breuil, Coudere, Yvert, Amat, Boppe, médecins militaires; Heylles, médecin à Castelnaudary; Philip, Alix, Hahn et Orial, médecins de la marine.

NÉCROLOGIE. — C'est avec un vif sentiment de regret que nous annonçons la mort de M. le docteur Nicol, médecin-major. Notre confrère avait été l'un des élèves les plus distingués de l'Ecole de Strasbourg; sa carrière militaire s'annonçait brillante. Il a succombé, à l'âge de quarante et un ans, aux suites d'une maladie chronique; on apprendra également avec peine la mort de M. le docteur Clerc, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la ville de Paris.

MORTALITÉ A PARIS (50e semaine, du 12 au 18 décembre 1886). — (Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 40. — Variole, 3. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Érysipèle, 3. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 24. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 80. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 37. — Broncho-pneumonie, 40. — Pneumonie, 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 27; au sein et mixte, 18; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; de l'appareil circulatoire, 71; de l'appareil respiratoire, 89; de l'appareil digestif, 37; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 18. — Total : 1054.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* ont droit :

Moyennant un supplément de prix de 8 francs au BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, publié le dimanche de chaque semaine.

Moyennant un supplément de 5 francs aux BULLETINS et MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX paraissant deux fois par mois.

Moyennant un supplément de 5 francs aux COMPTES RENDUS HEBDOMADAIRES DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, paraissant tous les vendredis.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par M. le docteur F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. Deuxième fascicule : *Complications des lésions traumatiques. Lésions inflammatoires.* 1 vol. grand in-8. Paris, F. Alcan. 6 fr.

— Le premier fascicule paru : *Lésions traumatiques et leurs complications*, se vend 7 fr.

— Le troisième fascicule, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1887.

Hygiène de la première enfance. Soins applicables aux cas urgents. Guide des mères et des nourrices, par M. le docteur E. Périer. 1 vol. in-18 jésus de 200 pages avec figures. Paris, J.-B Baillière et fils. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

8100. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE N° 53 31 DÉCEMBRE 1886

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. LES Drs P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, P RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

BULLETIN

Académie des sciences : Séance annuelle. — Prix décernés. — Éloge de Flourens par M. Vulpian. — Académie de médecine : Élection d'un vice-président. — Le salicylage : M. Vallin. — Le service des épidémies : M. Dujardin-Beaumetz.

On trouvera plus loin (p. 864) la liste des prix décernés par l'Académie des sciences, et l'on ne manquera pas d'y retrouver, parmi les lauréats, plusieurs noms bien connus des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*. Pour cette même séance, M. Vulpian, secrétaire perpétuel, avait écrit l'histoire de la vie scientifique de l'un de ses plus éminents prédécesseurs. Flourens tenait surtout, son testament en fait foi, à son titre de physiologiste. Il appartenait donc à l'un des savants contemporains qui, suivant son exemple, a consacré la plus grande partie de son existence à l'étude des fonctions et des maladies du système nerveux, d'apprécier ses œuvres et d'en faire ressortir toute la valeur. Aussi l'éloge historique de M. Flourens est-il surtout une étude analytique des travaux les plus remarquables qu'a laissés l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Encore M. Vulpian a-t-il évité d'apprécier avec détails les œuvres philosophiques de son savant prédécesseur. Et cependant l'étude qu'il a indiquée à propos des doctrines de Gall montre combien il eût été intéressant de voir développer devant l'Académie des sciences toutes les découvertes nouvelles, dues à l'anatomie pathologique aussibien qu'à la médecine expérimentale et qui démontrent que Flourens s'était trompé en niant la localisation des diverses fonctions cérébrales, et que plusieurs physiologistes contemporains se méprennent aussi en voulant pousser trop loin cette doctrine. L'œuvre philosophique de Flourens est très intéressante à étudier, mais elle reste très contestable. Les conclusions de son livre sur l'instinct et l'intelligence des animaux, et même sur la longévité humaine, peuvent être, jusqu'à un certain point, admises au point de vue de la physiologie pure ; mais il faut reconnaître que son *Examen du livre sur l'origine des espèces* justifiait les critiques si acerbes que Darwin lui a adressées. Il est irritant de voir un savant, dont nul ne contestait alors le talent expérimental, abuser de sa réputation pour essayer d'écraser, au moment où elle essayait de s'af-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Découverte d'un manuscrit grec relatif à l'ophthalmologie. Supercherie de Gontier d'Andernach ; l'époque exacte de Philumenos et de Philagrios. — Le choléra en Autriche : statistique du nombre des cas à Buda-Pesth ; la maladie à Rasb et en Croatie. — Nouvelles recherches sur le scherlievo de Dalmatie. — Opinion de M. Zeissl sur sa nature. — Le Congrès des médecins à Innsbrück. — Projet d'organisation des chambres médicales.

A une des dernières séances de la Société de médecine de Vienne, le professeur Puschmann, un des historiens de la médecine les plus laborieux et les plus instruits de notre époque, a donné communication d'un manuscrit grec d'ophthalmologie que ni les Arabes, ni les commentateurs de la Renaissance n'ont connu. La *Nouvelle Presse libre* du 30 octobre dernier, qui mentionne ce fait dans sa petite chronique, ne donne pas d'autres détails. Ce manuscrit renferme certainement des données curieuses pour l'histoire de l'ophthalmologie ; il est probable qu'il cite le Marseillais Démosthènes, dont l'ouvrage existait encore du temps de Gerbert ; peut-être le reproduit-il en partie, à tous points de vue c'est une trouvaille précieuse.

La communication de M. Puschmann présente un autre intérêt : il y a quelques années, M. Turner fit ici même une étude bibliographique consciencieuse sur un médecin du seizième siècle qu'on appelait tantôt Günther ou Winter, tantôt Gontier d'Andernach et démontra, en recourant aux textes, que son véritable nom était Guinter ; que toutes les autres appellations étaient fantaisistes et fautives ; les documents étaient assez nombreux, l'argumentation était trop serrée pour qu'il soit possible de revenir sur ce point. L'opinion de M. Turner a l'autorité d'une chose jugée. Il me semble pourtant que si le personnage en question s'appelait Guinter à Andernach, Guinterus dans les disputes de la

firmer, une doctrine qui lui déplaisait sans doute — ou ne peut s'en étonner puisqu'il était le disciple de Cuvier — mais qu'il ne s'était pas donné la peine de comprendre.

Ce qu'on retiendra donc surtout de l'éloge historique si justement applaudi par les confrères de M. Vulpian, c'est l'exposé aussi lumineux que fidèle des principales découvertes de physiologie expérimentale dues à Flourens. M. Vulpian a su faire ressortir toutes les conséquences que l'on peut tirer et que l'on a déjà déduites au point de vue pratique de ces travaux exclusivement scientifiques. L'œuvre de Claude Bernard, et, nous n'hésitons pas à le dire, celle de Vulpian lui-même, ont rendu plus saisissante cette influence qu'exerce de nos jours la physiologie expérimentale sur la médecine et sur la thérapeutique.

— En appelant à la vice-présidence M. le docteur Hérard, l'Académie a voulu non seulement affirmer la valeur des travaux cliniques de l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, mais encore et surtout rendre un solennel hommage au praticien qui, par l'honnêteté de sa vie et la dignité de son caractère, a su mériter depuis si longtemps le respect de tous.

— Nous serions très heureux de voir l'Académie se rallier aux conclusions du rapport si net et si précis de M. Vallin et affirmer avec lui « qu'il faut considérer comme dangereuse l'addition, même à faible dose, de l'acide salicylique et de ses dérivés aux aliments solides ou liquides ». Aussi n'éprouvons nous aucun regret en retirant la proposition que dans un but de conciliation et alors que nous tenions surtout à protester contre l'abus du salicylage, nous avions défendue en 1881. Nous reconnaissons avec M. Vallin que, dans la pratique, l'apposition d'une étiquette indiquant qu'un produit (vin ou bière) a été salicylé est une mesure aussi aisée à éluder que difficile à imposer aux commerçants. C'est M. Pasteur qui avait, en 1881, proposé cette transaction. Mieux vaut aujourd'hui, alors qu'il s'agit d'une consultation faite en vue de sauvegarder les intérêts de l'hygiène publique, se borner à déclarer que le salicylage des substances alimentaires est toujours dangereux.

Qu'il nous soit permis cependant de rappeler que notre article du 18 mars 1881 avait été écrit à un moment où une consultation signée de noms respectés venait d'affirmer l'innocuité des préparations dont l'arrêté ministériel du 7 février proscrivait la vente et que des cliniciens expérimentés en Allemagne et en Belgique soutenaient énergiquement les prétentions des industriels partisans du salicylage, honoraient de médailles les produits qu'ils exposaient et obtenaient même des ministres du commerce des arrêtés en contradiction absolue avec celui dont on demandait l'abrogation. Les documents qu'on était venu nous soumettre pour solliciter notre adhésion à ces protestations nous avaient engagé à faire à cet égard une enquête sérieuse. Nous nous étions assuré que le salicylage de certains vins, alors même que des doses assez élevées (1 gramme par litre) d'acide salicylique lui étaient mélangées, ne modifiait pas sensiblement le goût du liquide, et que dès lors la fraude devenait très facile. Les renseignements qui nous avaient été fournis par divers brasseurs d'Alsace et de Lorraine nous avaient prouvé que le salicylage n'était utile qu'aux débitants de bières mal préparées pour l'exportation. « Est-il bon de favoriser, ajoutions-nous alors, aux dépens des brasseurs consciencieux et honnêtes ceux qui, ayant obtenu à moins de frais une boisson moins saine et moins agréable au goût la conserveront longtemps à l'aide de l'acide salicylique? » Quant aux vins, au beurre, aux viandes, aux poissons, etc., la question était plus difficile à résoudre au point de vue clinique. Il n'était point permis, en effet, d'affirmer toujours la nocuité de ces substances après addition d'une certaine quantité de substance antizymotique. Mais il nous avait été démontré que chez certains sujets atteints de lésions rénales l'absorption de faibles doses d'acide salicylique pouvaient déterminer des accidents sérieux et nous avions vu que « huit jours après la cessation du médicament l'urine se colorait encore par l'addition du perchlorure de fer » et que, par conséquent, « l'élimination incomplète de l'acide salicylique et son accumulation dans l'organisme sont une cause de danger dont il faut tenir compte ». Pour tous ces motifs nous avions cru devoir nous refuser à rédiger la consultation qui nous avait été demandée. Tout en reconnaissant la sincérité et la probité de ceux de nos confrères qui ne partageaient pas cet avis, nous avions répondu aux sollicitations qui nous étaient faites par la publication des articles que nous venons de rappeler.

Aujourd'hui que l'Académie, après le Comité consultatif d'hygiène, fait un pas de plus en appuyant, sans réserve aucune, les conclusions de l'arrêté du 7 février 1881, nous ne pouvons que nous y associer. Si l'industrie y perd quelques bénéfices, la santé et la moralité publiques y gagneront beaucoup.

Faculté de médecine, ses voisins, ses fournisseurs, qui ne parlaient ni latin, ni allemand, ne se servaient point de ce nom bizarre et l'appelaient simplement messire Gontier, comme s'il eût été de Falaise ou de Laval. Ledit Gontier a joui jusqu'à nos jours d'une réputation d'érudit et de commentateur bien établie. Son éloge, prononcé à la Faculté de médecine au siècle dernier, est un des meilleurs qu'elle ait entendus. Il paraît que son amour de l'antiquité grecque l'entraîna parfois trop loin; il éprouvait une telle satisfaction à publier des manuscrits que si les textes lui faisaient défaut il les fabriquait. Les livres portant les noms de Philumenos et de Philagrios seraient de simples élucubrations de Gontier d'Andernach lui-même. Voilà qui est propre à refroidir un peu l'enthousiasme des admirateurs trop convaincus de la Renaissance.

— Le choléra disparaît peu à peu de l'Autriche. L'épidémie est finie à Buda-Pesth; on connaît déjà les résultats de la statistique officielle : elle a duré un peu plus de deux mois et causé 552 décès. Le plus mauvais jour fut le 24 septembre (20 cas de mort). La maladie est également en décroissance dans la plupart des autres localités de Hongrie antérieurement envahies : à Raab, par exemple, on constate un premier cas de choléra le 5 septembre; quelques jours après, en même temps que d'autres se montrent dans la population civile, 25 soldats sont pris. Raab est une ville de 21 000 habitants située sur le Danube. L'eau potable est fournie en partie par le fleuve, en partie par des sources. Les premiers cas se montrèrent dans les quartiers et les casernes que le Danube alimente. Jusqu'au 28 septembre, on nota 57 cas de choléra confirmé, 20 cas de diarrhées suspectes rangées sous le nom de cholérines; il y eut 28 décès et 24 guérisons; 5 malades étaient encore en traitement à la fin du mois.

La maladie a pénétré également par Fiume en Croatie; mais, grâce aux mesures prophylactiques prises par les auto-

— L'introduction au rapport général sur le service des épidémies en France pendant l'année 1885 dont M. Dujardin-Beaumetz a donné lecture a vivement frappé l'attention de ses auditeurs. Chaque année, les rapporteurs de la Commission des épidémies reproduisent à ce sujet les doléances et les revendications que leurs prédécesseurs adressent depuis longtemps déjà à M. le ministre sur l'insuffisance de notre administration sanitaire; dans son remarquable travail, M. Dujardin-Beaumetz n'a pas manqué de s'associer à cette tradition; mais il ne s'est pas borné à des objurgations plus ou moins éloquentes et il a tenu à serrer de plus près la question. Deux points surtout l'ont préoccupé, à savoir la notification des cas d'affections transmissibles ainsi que l'établissement d'une statistique de ces affections et l'organisation d'une administration autonome de la santé publique. Rappelant les nombreux travaux publiés à ce sujet depuis plusieurs années et insistant sur les projets de réforme soumis en ce moment au Parlement, il était plus que jamais autorisé à appeler l'attention du gouvernement sur l'urgence d'une solution dont l'Académie a déjà à tant de reprises signalé les avantages et l'importance. L'opinion formulée par le savant rapporteur, dont l'expérience en pareille matière a été si précieuse à l'occasion de l'épidémie cholérique à Paris en 1884, est de tous points favorable à celle qui a été soutenue ici même : il convient que l'Administration de la santé publique jouisse d'une autonomie complète et que les services qui en dépendent cessent d'appartenir à divers ministères, par lesquels les mêmes affaires doivent être successivement instruites.

La notification des cas d'affections transmissibles a toujours été considérée comme la base même de la prophylaxie. Si les rapports annuels de l'Académie ne donnent que des renseignements très incomplets sur les épidémies, c'est à l'absence de cette notification dans la plupart des communes de France que cette insuffisance est due. De plus, les médecins chargés de ce service ne cessent de se plaindre du retard qu'apportent les autorités locales à les prévenir des manifestations épidémiques. Notre législation communale confie la salubrité aux maires, mais il ne faut pas oublier que la plus récente loi sur l'organisation municipale, celle de 1884, permet aux préfets de prendre d'eux-mêmes des mesures de salubrité et d'hygiène dans une commune quelconque, après une injonction restée sans résultat. Il est vrai que les préfets n'ont pas encore le droit de mandater les frais qui en peuvent résulter pour la commune et que les dépenses pour la santé publique ne sont pas encore chez nous, comme dans plusieurs nations étrangères, considérées comme obligatoires. Néanmoins certains efforts sont tentés en ce moment afin d'assurer la notification des épidémies et d'établir à cet effet une statistique, qui puisse permettre de dresser ultérieurement la géographie sanitaire de la France. En s'aidant des conseils si autorisés de M. le docteur Jacques Bertillon, le ministère vient, il y a un mois, d'adresser à tous les préfets, pour être transmis aux maires, deux modèles de bulletins statistiques que les villes devront fournir chaque mois à l'Administration. L'un de ces bulletins est destiné à présenter, suivant un plan uniforme pour toutes les villes de France, la statistique des naissances et des causes de décès, qui est déjà publiée ou qui serait publiée à l'avenir par ces villes sous formes de *Bulletins sanitaires démographiques*. L'autre bulletin, spécial aux décès occasionnés par affections de nature épidémique, est destiné à être fourni mensuellement par toutes les villes ayant une population de 5000 habitants et au-dessus qui ne se trouvent pas en mesure, soit en raison de leur importance moindre, soit par suite de circonstances exceptionnelles, de dresser le bulletin complet. Ce sont là d'excellentes mesures, qu'il est désireux de voir se généraliser dans un délai très prochain.

NEUROLOGIE MÉDICO-LEGALE

L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal.

Les états d'hypnose pathologique spontanée ou provoquée sont de ceux qui exigent de la part du médecin légiste le plus de savoir et de sagacité. Il est presque inutile de rappeler les raisons pour lesquelles les rapports de l'hypnotisme avec l'expertise médico-légale sont devenus une question d'actualité. Outre que les conditions de cette expertise sont très variées et que la jurisprudence est encore mal établie sur certains points, il y a des faits qui dans ces dernières années ont captivé l'attention à l'excès et égaré l'opinion publique.

A intervalles réguliers, l'amour du merveilleux se traduit par une sorte de crise. Après le mesmérisme, les tables tournantes; après les tables tournantes, le spiritisme, etc. Aujourd'hui l'engouement est pour un ordre de faits parfaitement scientifiques et qui devraient exclure toute passion,

---

rités, on n'a eu guère à compter qu'avec un petit nombre de cas.

— Des recherches et un travail du docteur Zeissl viennent d'attirer de nouveau l'attention sur une affection endémique de la côte d'Illyrie; elle est caractérisée par des douleurs vagues, des éruptions cutanées, des ulcérations; son existence fut signalée pour la première fois au commencement du siècle. On l'appelait tantôt Magaritizza (il paraît que la première personne atteinte fut une fille du nom de Margareta), tantôt mal de Grobnük ou de Scherlievo, localités dans lesquelles furent observés le plus grand nombre de cas; la dernière dénomination a prévalu. La plupart des auteurs n'ont vu dans le scherlievo que des accidents tardifs de syphilis abandonnés à eux-mêmes; M. Zeissl pense comme Kaposi, que c'est une forme de la syphilis héréditaire. Cette opinion, fondée sur l'observation de plus de deux cents cas, mérite d'être prise en considération, bien qu'un autre dermatologiste viennois, M. Auspitz, qui a également observé le scherlievo sur place, ne la partage pas tout à fait. Les dissentiments ont ici plus d'importance que dans d'autres questions scientifiques. A différentes reprises des mesures prophylactiques ont été proposées au Reichsrath autrichien; aucune n'a été acceptée et jusqu'à présent tout dépend de l'initiative individuelle. D'après M. Zeissl, on ne doit rien en attendre. Cet auteur attribue le développement toujours croissant de la maladie à l'incurable négligence de la population.

— Des questions intéressantes à un autre point de vue ont été discutées dans un congrès de médecins tenu dans le cours de l'année à Innsbrück. La première réunion de ce genre eut lieu en 1873 à Vienne. L'institution de ces assemblées est excellente; il serait à désirer qu'il y en eût partout de semblables; peut-être les questions relatives à l'organisation médicale, à celle de la police sanitaire devien-

tout enthousiasme. Malheureusement les gens les moins préparés à les envisager froidement se sont emparés de ces phénomènes dans lesquels ils n'ont cherché et retenu que les côtés amusants ou dramatiques. On s'est beaucoup préoccupé surtout du rôle que peuvent jouer les phénomènes de suggestion et les manœuvres d'hypnotisation dans la perpétration des délits et des crimes. Certains faiseurs de romans — et non des meilleurs — ont trouvé dans ce genre de sujets des succès faciles. Mais, ce qui est plus grave, des médecins et des légistes de profession ayant traité la même matière dans des publications spéciales, leurs conclusions, quelquefois téméraires et en tout cas prématurées, sont bientôt tombées dans le domaine public et on les entend couramment invoquer par le lecteur qui se contente de peu, comme exprimant le dernier mot de la science. Il y a là, sinon un danger, du moins une grosse erreur qu'il importe de dissiper. Les amateurs d'hypnotisme surtout qui jurent volontiers par ces publications demi-scientifiques pourraient relire avec quelque profit la fable du *Chameau et des bâtons flottants*.

Il appartenait à un élève de MM. Charcot et Brouardel de ramener les faits à leur juste valeur et d'en déterminer l'importance médico-légale. M. Gilles de la Tourette s'est parfaitement acquitté de cette tâche dans un ouvrage très complet, très sage, et très intéressant. L'expert doit s'être livré à une étude approfondie des divers sommeils non naturels. Une bonne moitié du livre de M. Gilles de la Tourette est un exposé comparatif du somnambulisme naturel ou provoqué, du somnambulisme hystérique, des suggestions hypnotiques, etc. Nous laissons de côté cette partie nosographique pour ne nous occuper que de l'expertise proprement dite.

Si l'expertise s'applique à un grand nombre de cas disparates de prime abord, il n'en ressort pas moins de l'étude à laquelle l'auteur s'est livré, cette notion générale que la grande névropathie domine toute la question. Toute personne hypnotisée ou hypnotisable est dans une certaine mesure hystérique. L'hypnotisation, administrée à dose voulue, exerce une influence heureuse. Entre des mains inexpérimentées, elle est souvent néfaste. Il en est de l'hypnotisation comme des médicaments toxiques. Elle doit être réglementée. Quiconque veut hypnotiser doit être médecin. Ce dernier point de vue suggère à M. Gilles de la Tourette des développements assez curieux sur l'exploitation du somnambulisme.

I

Ici tout se passe au grand jour, mais dans deux conditions différentes. Tantôt c'est un sujet — une femme le plus souvent — qui tire parti de son propre somnambulisme pour ouvrir un cabinet de consultations médicales; tantôt c'est un exploiteur qui magnétise un sujet et donne son sommeil en spectacle dans des représentations théâtrales. Dans l'un et l'autre cas, l'hystérie est presque toujours en cause.

La somnambule qui fait concurrence au médecin (à moins qu'elle ne lui fasse l'honneur de l'appeler en consultation) est une hystérique. M. Gilles de la Tourette du moins nous l'affirme. Car il a pris la peine de faire une enquête sur un certain nombre de praticiennes et il croit avoir la preuve que le cabinet de consultation d'une somnambule se transmet de la mère à la fille non seulement par droit d'héritage légal, mais aussi par le fait de l'hérédité névropathique.

Comme les rebouteurs et autres trafiquants de la confiance publique, les somnambules dont il s'agit ici tombent sous le coup de la loi. Leur état pathologique ne leur donne pas l'équivalence d'un diplôme et ne peut pas être considéré non plus comme une circonstance atténuante du délit d'exercice illégal de la médecine. M. Gilles de la Tourette se demande pourquoi l'autorité n'intervient pas? Pourquoi même ferme-t-elle les yeux? Les auteurs de jurisprudence médicale réclament d'ailleurs l'application de la loi de Ventôse qui condamne non seulement le sujet somnambule mais aussi son magnétiseur, co-auteur du délit ou de la contravention. La Cour d'Aix en jugeait de même récemment, lorsqu'elle établissait qu'il y a exercice illégal de la médecine de la part de l'individu qui traite des malades au moyen du magnétisme, alors même que le traitement serait gratuit.

Le médecin expert peut donc être appelé pour témoigner sur le préjudice causé. Quant à la répression de l'exercice illégal de la médecine, c'est une autre question, que les lois ou ordonnances de police ne sont pas près de résoudre. N'est-ce pas l'éternelle histoire du fou qui vend la sagesse? Il la vend toujours à plus fou que lui. La clientèle des cabinets de somnambules se recrute parmi tous les *nerveux*, hommes de génie ou simples d'esprit, les uns et les autres également faciles à duper. La loi y pourra-t-elle jamais quelque chose?

II

Le magnétisme constitue encore un métier facile, lorsqu'il fait l'objet de scènes de prestidigitation où le principal

---

draient-elles plus faciles à résoudre qu'elles ne le sont dans les conditions actuelles. On a parlé chez nous de la création d'un ordre de médecins comparable à celui des avocats : c'était employer un mot fâcheux et soulever une question des plus contestables. Il n'en est pas moins vrai cependant que, dans la plupart des pays d'Europe, lorsque le pouvoir exécutif ou le pouvoir législatif veulent prendre l'avis du corps médical, ils ne savent à qui s'adresser. Personne n'a le droit de parler en son nom, car personne n'a reçu de délégation pour cela. Il existe des Sociétés savantes, des Sociétés de secours et de défense mutuelle, des commissions administratives. Les unes se composent d'adhérents volontaires; d'autres, après une première investiture de l'Etat, se recrutent elles-mêmes; d'autres enfin (les comités d'hygiène, par exemple) sont formées directement par les administrations. Aucune de ces conditions ne suffit pour constituer un droit; les médecins n'ont rien de comparable au Conseil supérieur de l'Université, aux Chambres électives de commerce, d'huissiers ou de notaires. Avant la Révolution, les choses étaient organisées avec plus de logique. Toutes les mesures relatives à la santé publique et à la police médicale étaient du ressort de l'autorité royale. A la tête de ce département se trouvait le premier médecin du roi. L'élection ne tenait aucune place, et c'était naturel, puisque la suprématie et l'unité du pouvoir central étaient admises par tout le monde.

Nos confrères autrichiens voudraient faire revivre une organisation analogue, mais démocratique. Chaque Etat de l'empire aurait sa chambre médicale, comprenant tous les médecins sans exception et nommant ses administrateurs; un projet de réforme basé sur ces principes a été présenté dans différents Congrès et proposé de nouveau à celui d'Innsbrück.

L'agitation faite jusqu'à ce jour autour de la question n'a pas conduit encore à des résultats sérieux, non plus qu'en France, et cela se conçoit sans qu'il soit nécessaire d'insis-

rôle est dévolu à une hystérique en état de crise ou de sommeil somnambulique. Quand même le sujet y consentirait, il y a là un abus dont M. Gilles de la Tourette réclame l'interdiction par voie légale. On ne tolérerait pas de pareilles exhibitions s'il s'agissait d'aliénés. En outre ce spectacle du somnambulisme hystérique peut être vraiment dangereux. L'hystérie est contagieuse, et les habitués de ces représentations sont encore des névropathes. Il y a toujours quelqu'un dans l'auditoire qui se laisse facilement hypnotiser par le « docteur ». On répète chez soi l'expérience; on y convie ses amis. Bientôt une société de magnétisme est fondée, et peu après éclate une épidémie qui décide l'autorité à interdire au « docteur » l'exercice de sa lucrative profession. C'est ainsi que les choses viennent de se passer en Italie, en Suisse, en Autriche.

N'est-il pas évident que le magnétiseur est judiciairement responsable des accidents qu'il provoque? Et n'est-il pas évident, d'autre part, que ces accidents sont le résultat de ses manœuvres magnétiques? Il n'y a pas bien longtemps que deux magnétiseurs fameux parcouraient l'Europe, proclamant leur irrésistible pouvoir, comme si leur devise eût été : Tout le monde somnambule! Les amateurs, après leur passage, imitant leur exemple, étaient peut-être plus dangereux. Car l'hypnotisme mal dirigé, brutal, se termine souvent par une franche crise d'hystérie; et, l'état de crise une fois créé qui sait comment il finira? Sans compter les paralysies partielles, les contractures, etc., qui font suite aux convulsions; si bien que l'amateur succube passe à l'état d'infirme. Ici encore le médecin expert est appelé à apprécier le préjudice et à en déterminer les véritables causes. C'est ainsi que, sur un rapport médico-légal, le tribunal de Douai condamna « en 25 francs d'amende, 1200 francs de dommages-intérêts et aux frais et dépens » un amateur qui avait déterminé chez un jeune garçon, par des manœuvres inconsidérées, des accidents ayant duré plus d'une année.

Mais les condamnations de ce genre sont trop rares, au gré de M. Gilles de la Tourette, qui réclame une réglementation sévère de l'hypnotisme. Ce n'est pas que la question n'ait été bien des fois soulevée. Dès les premières expériences de Mesmer et Deslon, tous deux docteurs en médecine, le point de vue médico-légal ne fut pas laissé dans l'ombre. Un rapport célèbre de Bailly se termine par un appel à la répression du « magnétisme animal » en tant qu'il fait naître des désordres du système nerveux. Lorsque l'Académie fut saisie de la même question en 1825, le rapporteur Husson, considérant que le magnétisme est un agent de phénomènes physiologiques ou un moyen thérapeutique, exprimait le vœu que les médecins fussent « seuls à en faire ou surveiller l'emploi ». En Danemark, en Prusse, en Suède, les médecins sont seuls admis, en vertu d'ordonnances où de règlements, à pratiquer le magnétisme. Enfin au mois de juin dernier, sur l'avis exprimé par le Conseil supérieur de santé de Rome, les représentations théâtrales de magnétisme et de somnambulisme furent interdites dans toute l'Italie.

III

Voici encore un autre côté de la même question : Un sujet hypnotisé a été victime d'un attentat *moral* ou *matériel*. On peut appeler attentat moral l'acte qui consiste à obtenir du sujet endormi des confidences, des révélations, qu'il n'aurait pas faites à l'état de veille. Si le magnétiseur fait passer le sujet des paroles à l'acte, s'il lui fait signer un engagement, résilier un contrat, sachant que ces déterminations sont contraires à la volonté du sujet éveillé, il se rend coupable d'abus de confiance et d'escroquerie. Enfin, si le crime de viol est accompli sur un sujet endormi, l'inculpé ne peut invoquer pour excuse le fait que sa victime, en état de sommeil, lui aurait donné son consentement. Il est évident qu'il lui a extorqué ses faveurs. Magnétiser pour arriver à pareille fin équivaut à une violence.

C'est sur les cas de ce genre que l'expert est le plus souvent appelé à se prononcer. C'est de ces mêmes cas que l'opinion publique s'est le plus alarmée, et c'est là aussi qu'elle s'est égarée. Il faut ne pas connaître le premier mot de cette pathologie pour supposer que, à part de très rares exceptions, un sujet acceptera sans résistance une suggestion quelconque, même une suggestion qui n'engagerait pas sa responsabilité morale, à plus forte raison une suggestion criminelle. Il n'est déjà pas si facile de lui surprendre un secret. Dans le cas de violence exercée contre lui, il sait se révolter, et même efficacement, car ses forces musculaires sont décuplées. Seuls, les malades hypnotisés depuis longtemps et en quelque sorte réduits en esclavage, pourraient, à la rigueur, obéir à toute injonction du magnétiseur. Encore n'est-il pas sûr qu'au moment même de la consommation du crime, une attaque d'hystérie éclatant tout d'un coup, ne viendrait pas annihiler la complicité du somnambule.

Presque toujours c'est sur la question de complicité de la soi-disant victime que l'expert sera interrogé. Or l'hypnotisme présente trois états fondamentaux : *léthargie*, *cata-*

---

ter. Les administrations sont animées d'excellentes intentions; elles admettent la rigueur des principes et l'urgence des réformes. Quant à les commencer, c'est une autre affaire : il faut forcer les portes et leur présenter des lois toutes préparées; c'est le véritable rôle des assemblées de cette nature. Une pétition rédigée et fondée sur les considérations suivantes a été élaborée par MM. Janowski et Cohn :

1° Considérant que les médecins, dont l'art est un des plus importants et des plus actifs de l'Etat, ont une situation inférieure à celle à laquelle leur donnent droit leur nombre et leur instruction, il est nécessaire d'établir chez eux une concentration professionnelle et une organisation assez solide pour qu'elle puisse vaincre les obstacles que rencontre l'exercice de leur légitime influence dans l'Etat et la société. Cette concentration ne peut se faire qu'au moyen des chambres professionnelles.

2° Ces chambres devront être légalement reconnues et posséder une autorité suffisante pour assurer l'honorabilité du corps, ses progrès, l'avenir de ses membres et de leur famille; défendre ses intérêts, faire connaître les nécessités sanitaires, soutenir les administrations qui en sont chargées, provoquer l'amélioration des lois existantes et la mise en vigueur des mesures urgentes. A tous ces points de vue, les chambres médicales sont aussi indispensables que l'ordre des avocats ou les chambres de commerce reconnues par le Gouvernement et en rapport direct avec lui.

3° Elles devront être organisées sur les bases suivantes : chacune d'elles est constituée par tous les médecins pratiquant dans un territoire de la Couronne, quel que soit leur grade; elles formeront, suivant les conditions régionales, une assemblée unique ou des assemblées multiples, dont chacune élira son président. Les assemblées plénières se tiendront sur la proposition d'une assemblée partielle ou de quelques membres, dans des conditions déterminées par une loi spéciale; c'est elle qui nomme les conseils de discipline,

lepsie, somnambulisme, déterminés par M. Charcot à l'aide de signes permanents impossibles à simuler.

Dans la *léthargie* la résolution musculaire est complète; le sujet est évidemment à la merci du premier venu. C'est l'état le plus favorable à la perpétration du viol. Et le viol, même en pareille circonstance, est un crime tout spécial, puisqu'il s'accomplit en réalité sans violence, sur un sujet qui n'offre pas de résistance, sur un cadavre vivant. Au réveil, nul souvenir de ce qui s'est passé. Au point de vue médico-légal, la *catalepsie* est un état intermédiaire entre la léthargie et le somnambulisme, puisque tantôt l'intelligence est complètement anéantie et tantôt veille. Chez le *somnambule* enfin le cerveau fonctionne, il obéit aux suggestions; et c'est pour cela que le consentement du sujet, *obtenu en état de sommeil,* peut être invoqué par le magnétiseur comme une complicité.

Le rôle de l'expert consiste donc à examiner l'état physique de la plaignante, à constater d'abord qu'elle est hystérique, à rechercher ensuite si elle est hypnotisable, et si enfin on peut obtenir facilement un état d'insensibilité complète avec résolution musculaire, etc. Cette épreuve est de telle importance, que le sujet averti ne peut refuser de s'y soumettre. Dans le cas, au contraire, où l'hypnotisme produit l'état de léthargie lucide ou de somnambulisme, c'est-à-dire un état tel que le sujet se souvient alors de ce qui s'est passé dans les sommeils précédents, le médecin expert devra-t-il, pour apprécier la mesure de la participation du sujet au prétendu crime, l'interroger sur les conditions de l'attentat? A cet égard l'enseignement de M. Brouardel est formel : « Le médecin ne doit jamais jouer le rôle du juge d'instruction; il ne doit pas, par des moyens artificiels, provoquer soit des aveux, soit des accusations. Toutefois, en un seul cas, son silence serait coupable: c'est lorsque, au cours de son examen, il apprend que la justice fait fausse route et qu'on va condamner un innocent. »

IV

En somme le viol est le seul crime commis; la violée est une hystérique; et le viol a lieu presque toujours en léthargie complète ou en léthargie lucide. La loi française n'a pas prévu le viol chez l'*inconscient*, tandis que les législations étrangères l'ont prévu. Notre jurisprudence peut suppléer à cette lacune. Cependant M. Gilles de la Tourette émet le vœu qu'on ajoute aux articles du Code pénal concernant le viol une disposition additionnelle visant les attentats commis dans l'hypnotisme et les états analogues.

Un dernier mot sur la suggestion criminelle. Un magnétiseur peut-il, par l'intermédiaire d'un sujet hypnotisé, *faire commettre* des actes délictueux ou criminels? M. Liégeois, professeur à la Faculté de droit de Nancy, répond par l'affirmative. M. Gilles de la Tourette accepte, sous réserves, cette opinion; mais, à l'inverse du professeur de droit, il nie énergiquement que la vulgarisation des notions relatives à l'hypnotisme constitue un danger. Là surtout il s'élève contre l'automatisme absolu qui, selon M. Liégeois, caractérise le somnambule. Puis il démontre que la suggestion criminelle ne peut donner aucune sécurité à son auteur. Ses arguments sont bien choisis et bien présentés; et le lecteur ne demande pas mieux que d'adopter des conclusions qui lui assurent à lui-même un sommeil plus tranquille.

E. Brissaud.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Diverses formules applicables aux formes variées de la diathèse urique.

On est souvent embarrassé lorsqu'il s'agit de choisir entre les différentes préparations utiles contre la goutte, la gravelle ou même les manifestations articulaires de la diathèse urique.

D'autre part la forme médicamenteuse qui paraît la moins désagréable à des valétudinaires, qui prétendent ne rien changer à leur genre de vie, est sans contredit la forme pilulaire. Nous croyons donc rendre service en signalant ici quatre formules, qui seront certainement très avantageuses pour combattre les retours de crises d'origine arthritique:

1° Dans les cas où il ne s'agit que de goutte ancienne, sans complication aucune, nous conseillerons, pour éviter le retour des accès, la formule suivante:

Pr. Carbonate de lithine..... 10 grammes.
Extrait de gentiane...... 5 —
Mêlez et divisez en 100 pilules.
S. Une pilule à chaque repas.

2° Lorsque la goutte s'est compliquée de coliques néphrétiques, il paraît avantageux de remplacer le carbonate par

---

et, dans certains cas, les conseils d'hygiène locaux. Des cercles seront constitués pour choisir, au vote secret, des membres chargés de l'administration de la Chambre; on tiendra compte, pour les former, du vœu des corporations et des Sociétés médicales.

4° Les Chambres jouiront des droits suivants : à chacune d'elles appartient l'administration sanitaire du pays correspondant; elles devront être consultées à propos de toutes les mesures administratives ou législatives qui concernent les médecins ou la santé publique; elles donneront leur avis dans les cas de poursuites juridiques exercées contre les médecins pour négligence ou fautes dans l'exercice de l'art; elles pourront prendre tous les renseignements relatifs à l'hygiène et à la santé publique; faire toutes les communications, propositions convenables à ce sujet; elles auront le droit, contrairement à la loi du 30 avril 1870, de nommer un nombre déterminé de membres des conseils d'hygiène; d'augmenter leurs ressources par les cotisations de leurs membres; le droit de discipline sera fixé par un décret ou arrêté pris dans les formes légales, mais il ne sera pas fixé avant que les Chambres médicales aient été entendues.

Lesdites Chambres sont tenues de veiller, dans la mesure de leurs attributions et de leurs ressources, sur la situation des médecins, et de défendre leurs droits; de favoriser le développement des institutions philanthropiques, des caisses de secours et autres institutions de prévoyance, favorisant le bien-être et assurant l'avenir des membres et de leurs familles; de donner des avis soit aux administrations d'Etat, soit aux administrations locales, sur tout ce qui touche aux intérêts sanitaires ou médicaux; dans les litiges juridiques relatifs à l'exercice de la médecine.

En attendant la constitution de ces chambres, les administrations ne perdent aucune occasion de légiférer en matière médicale ou pharmaceutique. Ainsi le gouvernement de la Basse-Autriche a porté récemment à la connaissance des magistrats qu'un thé portant une marque populaire devrait

du benzoate de lithine. On formulera dès lors comme il suit :

Pr. Benzoate de lithine...... 10 grammes.
Extrait de gentiane...... 7 —

Mêlez et divisez en 100 pilules.
S. A prendre deux pilules par jour, une le matin et le soir.

3° S'il y a goutte chronique avec concrétions calcaires (tophus) au niveau des articulations, l'iodure de sodium ou de potassium sera associé à la lithine et l'on aura dès lors les formules suivantes :

a. Pr. Carbonate de lithine...... 10 grammes.
Iodure de sodium sec..... 10 —
Extrait de gentiane.... } àà 1gr,50
Poudre de gomme..... }
Poudre de réglisse........ 6gr,50

Mêlez, pistez et divisez en 100 pilules égales que l'on conserve dans un flacon *bouché*.
S. Une pilule à chaque repas.

b. Pr. Carbonate de lithine...... 10 grammes.
Iodure de potassium...... 10 —
Poudre de gomme........ 1gr,50
Extrait de gentiane....... 4gr,50

Mêlez, pistez et divisez en 100 pilules comme les précédentes.
S. Une pilule à chaque repas.

L'iodure de sodium étant déliquescent, la poudre de réglisse, inutile dans la deuxième formule, est indispensable pour la première.

— Avec un extrait de gentiane bien mou, ces pilules se font exactement sans addition d'aucun autre excipient. Comme elles sont d'une conservation indéfinie et qu'elles doivent être continuées longtemps, nous les avons formulées par centaine, contrairement à la règle qui devrait être toujours suivie de n'indiquer la formulation que pour une seule pilule.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Diagnostic du cancer de l'estomac par l'examen chimique des sécrétions de cet organe (1), par M. le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Le diagnostic du cancer de l'estomac est entouré parfois de grandes difficultés; nous avons tous fait, à l'occasion de cette maladie, des erreurs de diagnostic, et récemment plusieurs membres proposaient de mettre à notre ordre du jour une discussion sur les faux cancers de l'estomac. Aussi tout nouveau signe qui peut contribuer à résoudre ce problème clinique doit-il être accueilli avec faveur. Dans ces dernières années, il s'est publié en Allemagne de très nombreux travaux tendant à démontrer l'absence d'acide chlorhydrique libre, pendant la période digestive, chez les sujets atteints d'une affection épithéliale de l'estomac. Ces travaux n'ont pas attiré l'attention des auteurs français, à l'exception de M. Dujardin-Beaumetz, qui les a signalés sans d'ailleurs produire aucun fait qui puisse les confirmer ou les infirmer.

Si je vous entretiens aujourd'hui de ce sujet, c'est que mes recherches personnelles m'ont donné des résultats identiques à ceux annoncés par les auteurs allemands. J'ai examiné des types très divers d'affections de l'estomac, gastrites, ulcères, dyspepsies, dilatations, cancers, etc. Toutes les fois que cet examen a été pratiqué pendant la période digestive, j'ai trouvé de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique seul quand il s'agissait d'une maladie non cancéreuse; l'acide chlorhydrique n'existait jamais dans les cas de cancer. Je sais que cette règle souffre des exceptions, mais jusqu'à présent je n'en ai pas rencontré, ce qui montre que ces exceptions sont peu fréquentes.

Je mets sous vos yeux aujourd'hui un malade présentant un type clinique tout à fait anomal de cancer de l'estomac, et chez lequel l'absence d'acide chlorhydrique libre m'a permis de faire un diagnostic impossible par tout autre moyen. Voici son histoire :

Le nommé F... est âgé de trente-quatre ans; il a été successivement maçon, soldat du génie, garçon de bureau, jouissant toujours d'une bonne santé jusqu'au commencement de cette année. En février 1886, il commença à éprouver une faiblesse générale, quelques douleurs dans le ventre, et

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 24 décembre 1886.

être désormais rangé parmi les médicaments et vendu exclusivement par les pharmaciens. Ce produit renferme une quantité relativement sérieuse de têtes de pavots; il paraîtrait même qu'il a produit parfois des accidents mortels chez les enfants. Ces capsules de pavots, même recueillies avant leur maturité, renferment les alcaloïdes de l'opium à dose assez élevée pour qu'on doive les regarder comme des médicaments actifs, et ne point les délivrer sans ordonnance. La vente par d'autres personnes que par les pharmaciens ne saurait être, dans aucun cas, tolérée. En conséquence, le commerce du produit connu sous le nom de thé Double est rigoureusement interdit, et sa présence dans les boutiques ou magasins donnera matière à contraventions et à poursuites devant les magistrats compétents.

Dr Thomas.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Bureau pour 1887 : *président*, M. Caulet; *vice-présidents*, MM. Martineau, Japhet; *secrétaire général*, M. Leudet; *secrétaires des séances*, MM. de La Varenne, de Bourgade de la Dardye; *trésorier*, M. Royer; *archiviste*, M. Deligny.

École pratique. — *Cours d'accouchements*. — M. le docteur Auvard recommencera son cours, momentanément interrompu (Ecole pratique, amphithéâtre n° 3), le jeudi 6 janvier, à trois heures et demie, par l'étude du forceps et de la version.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 10 janvier, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5. Le cours aura lieu tous les jours à la même heure, et sera complet en quarante leçons. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser : à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare ; à M. Berthod, 139, boulevard Saint-Michel, ou à la Maternité.

son appétit diminua. Au mois d'avril, il ressentit une gêne douloureuse dans la région de l'épigastre. Vers le mois de mai, il fut pris de vomissements qui persistent depuis cette époque, et sont formés de matières alimentaires ou glaireuses. Le régime lacté, d'abord bien supporté, l'est ensuite très mal, et F. entre dans mon service le 18 septembre.

Le diagnostic de cancer de l'estomac ne pouvait guère être posé chez un malade qui n'avait pas de tumeur épigastrique, n'avait jamais eu de sang ni dans les vomissements, ni dans les garde-robes, et, malgré un amaigrissement notable, n'avait nullement l'aspect cachectique. On essaya le lavage de l'estomac, l'alimentation artificielle, les alcalins à haute dose, les régimes alimentaires les plus variés. Rien ne put mettre un terme aux accidents.

Faisant à cette époque la recherche des acides libres chez tous les malades atteints d'affection de l'estomac, nous fûmes frappés de cette circonstance que, chez cet homme, jamais le contenu stomacal ne présenta d'acide chlorhydrique, mais toujours de l'acide lactique. Nous suivîmes dès lors la marche de l'affection avec un plus vif intérêt, bien désireux de savoir si la règle établie serait infirmée. Or, dans les premiers jours de décembre, on sentait un léger empâtement dans la région épigastrique. Aujourd'hui, 24 décembre, nous percevons de la façon la plus nette, dans la région épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un petit œuf, et le diagnostic de cancer nous paraît incontestable.

Cette observation nous a paru digne de vous être présentée, parce qu'elle montre bien l'importance de la recherche des acides de l'estomac. Espérons que d'ici peu de temps l'expérience de nos collègues nous fixera sur la valeur définitive de ce signe diagnostique.

Les recherches en question n'étant pas encore vulgarisées en France, je signalerai brièvement le procédé employé en Allemagne et les réactions qui m'ont paru les plus faciles à appliquer cliniquement. On examine le liquide de l'estomac préalablement filtré aussi rapidement que possible. Pour la recherche de l'acide chlorhydrique, on emploie le violet de gentiane et l'orangé Poirier; pour celle de l'acide lactique, le perchlorure de fer et un mélange de perchlorure de fer et d'acide phénique.

Le violet de gentiane (au 1/5000e) donne une coloration bleue en présence des solutions étendues d'acide chlorhydrique.

L'orangé Poirier n° 4 (indiqué par M. Dujardin-Beaumetz), en solution saturée dans l'eau, donne une coloration rouge en présence de l'acide chlorhydrique étendu.

Sous l'influence de l'acide lactique, le perchlorure de fer (solution du *Codex*) donne une coloration jaune; le mélange de 3 gouttes de perchlorure de fer et 10 gouttes d'une solution aqueuse sursaturée d'acide phénique passe du bleu améthyste au jaune.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 27 DÉCEMBRE 1886. PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

Après le discours d'usage du *Président* de l'Académie, et l'éloge historique de Flourens prononcé par M. le secrétaire perpétuel *Vulpian*, M. *Bertrand*, secrétaire perpétuel, proclame les résultats des concours de 1886. Voici les noms des lauréats dans les sciences médicales :

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon* : 2500 francs à M. *Léon Colin* (Paris, sa topographie, son hygiène et ses maladies); 2500 francs à MM. *Dejerine* et *Landouzy* (Myopathie atrophique progressive); 2500 francs à M. *Oré* (Hygiène des Maternités). — Mentions honorables : 1500 francs à MM. *Cadéac* et *Malet* (Recherches expérimentales sur la morve); 1500 francs à M. *Masse* (Tumeur perlée de l'iris); 1500 francs à M. *A. Ollivier* (Etudes d'hygiène publique). — Citations honorables : M. *Riant* (Sur l'hygiène); M. *Van Merris* (La scrofule et les bains de mer); M. *F. Glénard* (Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse); MM. *Lutaud* et *Douglas Hogg* (Les hôpitaux d'isolement en Angleterre); M. *Trasbot* (Congestion de la moelle épinière); M. *F. Roux* (Traité pratique des maladies des pays chauds; maladies infectieuses); M. *Van Ermengen* (Recherches sur le microbe du choléra asiatique).

Prix Bréant : Récompense de 2000 francs à M. *Duflocq* (Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre 1884). — Récompense de 1500 francs à M. *Ad. Guérard* (Port de Marseille : observations faites pendant l'épidémie cholérique de 1885). — Récompense de 1500 francs à M. *L.-H. Thoinot* (Histoire de l'épidémie cholérique de 1884 : origine, marche, étiologie générale).

Prix Godard : 1000 francs à M. *Bazy* (Diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires; de l'intervention chirurgicale dans les affections des voies urinaires; l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs de la vessie).

Prix Lallemand : 1800 francs à M. *W. Vignal* (Développement des éléments du système nerveux périphérique et central).

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon* (hors ligne et hors concours : *le Dispensaire Furtado-Heine*); 750 francs à M. *Gréhant* (Recherches sur l'élimination de l'oxyde de carbone après empoisonnement partiel). — Mention honorable à M. *Assaky* (Expériences relatives à la suture des nerfs à distance).

STATISTIQUE. — *Prix Montyon* : 500 francs à M. *Jules Socquet* (Contribution à l'étude statistique sur le suicide en France de 1826 à 1878. Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France de 1826 à 1880). — Mention exceptionnellement honorable à M. *Cazin* (Influence des bains de mer sur la scrofule des enfants). — Rappel de mention très honorable à M. *Turquan* (Etude sur la répartition géographique et la densité de la population en France). — Mentions honorables à M. *Mireur* (La prostitution à Marseille); à M. *Longuet* (Etudes sur le recrutement dans la Haute-Savoie et dans le département de l'Isère; étiologie du goitre). — Citations honorables à M. *Aubert* (Statistique médicale de la Vendée); à M. *Chauvel* (Statistique des examens de la vision au Val-de-Grâce); à M. *Sordes* (Statistique de la population en France).

BOTANIQUE. — *Prix Barbier* : 2000 francs à M. *E. Collin* (Structure anatomique comparée des substances médicinales; anatomie comparée des feuilles officinales).

ARTS INSALUBRES. — *Prix Montyon* : 2000 francs à MM. *Appert frères* (Soufflage mécanique du verre); 2000 francs à M. *Kolb* (Perfectionnements introduits dans la salubrité des usines).

SCIENCES NATURELLES. — *Prix Delalande-Guérineau* : 1000 fr. à M. *Hyades* (Etudes d'histoire naturelle et d'anthropologie au cap Horn).

Prix Jean Reynaud : 10 000 francs à M. *Pasteur* (Recherches sur la rage et découverte du traitement préservatif de la rage après morsure).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1887.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon* : Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes jugés les plus utiles à l'art de guérir et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre. — *Prix Bréant* (100 000 francs) : Guérison du choléra asiatique ou découverte des causes de cette affection. — *Prix Godard* (1000 francs) : Mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. — *Prix Lallemand* (1800 fr.) : Travaux relatifs au système nerveux. — *Prix Lacaze* (5000 fr.) : Travaux sur la physiologie. — *Prix Serres* (7500 francs) : Embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine. — *Prix Chaussier* (10 000 francs) : Travaux de médecine légale ou de médecine pratique.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon* (750 francs) : Ouvrage imprimé ou manuscrit sur la physiologie expérimentale.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon* (500 francs) : Toutes questions relatives à la statistique de la France.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier* (2000 francs) : Découverte précieuse dans les sciences chirurgicales, médicales, pharmaceutiques et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 21 DÉCEMBRE 1886.
PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

PRIX DE 1886.

(Suite. — Voy. le numéro 52.)

Service des eaux minérales. — Ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales, pendant l'année 1884 :

1° *Médaille d'or*. — M. Lacour, pharmaeien-major de 1re classe.

2° *Rappels de médailles d'or*. — MM. les docteurs Caulet et Tillot.

3° *Médailles d'argent*. — MM. les docteurs Blane, Regnault et Senut.

4° *Rappel de médaille d'argent*. — M. le doctcur Planche.

5° *Médailles de bronze*. — M. Barthe, pharmaeien aide-major de 1re elasse; MM. les docteurs Belugou et Daudirae.

6° *Rappels de médailles de bronze*. — MM. les docteurs Binet et Cros.

Service des épidémies. — Ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1885 :

1° *Médailles d'or*. — MM. les doctcurs Bertillon, à Paris; Lardier, à Rambervillers.

2° *Rappels de médailles d'or*. — MM. les doeteurs Coustau, médecin-major de 1re classe; Daga, médecin-inspecteur du service de santé de l'armée; Jablonski, à Poitiers; Mauricet, à Vannes; Mignot, à Chantelle; Paris, à Versailles, et Pennetier, à Rouen.

3° *Médailles d'argent*. — MM. les docteurs Amat, médecin-major de 2e classe; Aubert (M.-L.-L.), médecin-major de 1re classe; Bories, à Montauban; Bourgeois (A.-L.-A.), médecin-major de 2e classe; Catrin, médeein-major de 2e classe; Chabenat, à La Châtre; Chartier, à Nantes; Clémeneeau de la Loquerie, à Fontenay-le-Comte; Combalat, à Marseille; Du Mesnil, à Seeaux; Durand, à Marseillan; Leroy des Barres, à Saint-Denis; Quivogne, médecin-major de 2e classe; Renauld, à Cherbourg; — M. Patin, chef de la deuxième division de la préfecture de police.

4° *Rappels de médailles d'argent*. — MM. les docteurs Barbrau, à Rochefort; Bec, à Mézel; Blanquinque, à Laon; Darolles, à Provins; Geschwind, médecin-major de 1re classe; Métadier, à Bordeaux; Nivet, à Clermont-Ferrand; Pujos, à Auch, et Rousseau, à Vouziers.

5° *Médailles de bronze*. — MM. les docteurs Coffec, à Quimper; Couillaud, à Epernay; Laurens, à Magescq; Masson, à Chambéry; Ollé, à Saint-Gaudens, et Valois, à Cosne.

Service de l'hygiène de l'enfance. — La somme de 2000 francs, mise annuellement à la disposition de l'Académie de médecine, par M. le ministre de l'intérieur, est destinée à réeompenser les meilleurs mémoires adressés à la Compagnie, sur l'hygiène des enfants du premier âge, et aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde : 1° *Médaille d'or, à* Mme Furtado-Heine, de Paris.

2° *Rappel de médaille d'or, à* M. le docteur Sagnier, de la Grand'Combe.

3° *Médailles de vermeil, à* MM. Lavergne, de Moulins; Ory (E.), du Jura; Picard, de Selles-sur-Cher; Regnoul, de Villeneuve-la-Guyard.

4° *Médailles d'argent, à* MM. les docteurs Coni; Sutils, de la Chapelle-la-Reine.

5° *Rappel de médailles d'argent, à* MM. les docteurs Capelle, d'Hermies; Carassus, de Milly; Driard, de Moret-sur-Loing; Séjournet, de Revin.

6° *Médailles de bronze, à* MM. les docteurs Czajewski (Cyprien), d'Orléans; Dumée, de Nemours; Gierszynski (Henri), d'Ouarville; Jenot (E.-D.), de Derey; Pamard, d'Avignon; Pieard, de Lagny.

7° *Mentions honorables, à* MM. les docteurs Gandaubert, de Montsauche; Surbled, de Corbeil; Vidal, d'Hyères.

Service de la vaccine. — Ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui ont le plus contribué à la propagation de la vaecine, soit par leurs travaux spéciaux, soit par leur zèle à pratiquer les vaccinations et les revaccinations en 1885 :

Prix de la valeur de 1500 *francs*, partagé entre MM. les médecins-majors de 1re classe Aubert, Breton et Longet.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Carpentier-Méricourt, à Paris; Debets de Lacrousille, à Périgueux; Fournac, à Marseille; Mme la sage-femme veuve Damemme, à Saint-Lô.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bissey, à Préey-sous-Thil; Borderemy, à Commentry; Bosq, à Guillestre; Cassagnes, à Gorses; Chapoy, à Besançon; Coche, à Rives; Daillan, à Bédarrides; Daube, à Roujan; Degos, à Mugron; Dezautière, à La Machine; Dormont, à Prauthoy; Dufourcq, à Salies; Fayard, à Niort; Gaillemin, à Vagney; Garreau, à Bourgneuf; Cassot, à Chevilly; Gauthier, à Sijean; Genoud, à Thonon; Grinda, à Nice; Guibert, à Saint-Brieuc; Lagarde, à Vals; Lagarde, à Montauban; Le Royer, à Carrouges; Piot, à Aiguebelle; Pize, à Montélimar; Plonquet, à Ay; Pouliot, à Confolens; Pouzol, à Monistrol-sur-Loire; Pujos, à Auch; Radou, à Paris; Reynaud, à Bagnols-sur-Cèze; Rœlandts, à Courbevoie; Solaville, à Poitiers; de Welling, à Rouen.

MM. les médecins-majors de 1re classe Aron et Geschwind.

MM. les médecins-majors de 2e classe Billot, Huguenard, Legagneur et Mackiewicz.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Marehand, Meynier, Mosimann et Stroëbel.

M. le médecin de la marine Dhoste, à Karikal.

MM. les officiers de santé Bailliez, à Harnes; Casteil, à Palau-del-Vidre; Gaubet fils, à Saman; Guillorier, à Combourg; Johnston, à Châteaulin, et Roger, à Plouigneau.

Mmes les sages-femmes Allevent, à Avallon; Augé, veuve Cabau, à Massa; Blanchard, à Poitiers; Cambray, à Toulon; Chabrie, à Chapdes-Beaufort; Chapuis, femme Morrier, à Lompnes; Chauffour, à Miramont; Chercuite, à Nogent-sur-Seine; Coley, femme Derud, à Besançon; Colleu, à Clermont-de-l'Oise; Cossin, femme Cenot, à Mirecourt; Ve Dauvillers, à Soissons; Delbrel, à Périgueux; Dolléans, à Voves; Duniat, à Mézières; Dupré, à Luz; Faucheron, née Boucherie, à Bazoges-en-Pareds; Ve Finqueneisel, à Constantine; Fournier, à Amiens; Fréchou, à Tarbes; Frès, à Langogne de Lozère; Gassin, à Toulon; Grenier, femme Coq, à Objat; Ve Grossemy, à Saint-Quentin; Heu, à Cirès-les-Mello; Jacob, à Meaux; Jouvert, femme Charlon, à Issoudun; Laffitte, à Castres; Ve Lailler, à Pont-Audemer; Lassalle, à Valence; Laudren, à Lorient; Lavrilleux, à Vierzon-Ville; Leclerc, à Alençon; Legrandjacques, femme Rogé, à Fromeréville; Lutkiewicz, née Depomme, à Saint-Germain-les-Belles; Mugot, à Troyes; Phélut, à Egliseneuve-d'Entraigues; Porinot, femme Cariat, à Trévoux; Riboux, née Cotella, à Romorantin; Roméo, à Bourgueil; Ronné, à Laval; Rossi, à Ajaccio; Roulet, à Vallières; Roussel, à Saumur; Thihaud, à Saint-Germain-Laval; Thomas, Ve Lançon, à Saint-Claude; Tourneur, à Essonnes; Vidaline, à Saint-Cernin.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le ministre du commerce et de l'industrie prie l'Académie « de se prononcer dans le plus bref délai possible sur l'inspectorat médical des stations d'eaux minérales de la France » qu'il a soumis à son examen dans une lettre en date du 4 octobre dernier.

MM. le docteur François Hüe et Samuel Bruère, chimiste, à Rouen, prient l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*, renfermant une *Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire*. (Accepté.)

M. *Ernest Besnier* offre, au nom de M. le docteur *Doyon*, la traduction d'un ouvrage intitulé : *Pathologie et thérapeutique générale des maladies de la peau*, par M. Heinrich Auspitz.

M. *Guéniot* fait hommage d'une brochure sur l'*allaitement artificiel des nouveau-nés* et de deux articles sur la Craniotomie et l'Embryotomie, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une *Note* de M. le docteur *Liégeois* (à Bainville-aux-Saules, Vosges) sur ses titres scientifiques, à l'appui de sa candidature dans la première division (*Médecine*) des correspondants nationaux.

M. *Constantin Paul* présente un appareil destiné à l'administration des lavements gazeux, qu'il a fait construire par M. *Sehel*, à Paris.

Renouvellement du bureau. — Par 59 voix sur 66 votants, M. *Hérard* est élu vice-président pour l'année 1887; quelques voix se perdent sur les noms de MM. Regnauld, Gariel, Laboulbène, Moutard-Martin et Riche.

M. *Proust* est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. *Goubaux* et *Germain Sée* sont nommés membres du Conseil.

Il est procédé au renouvellement partiel des Commissions permanentes. Sont élus : Commission des épidémies : MM. *Rochard* et *Hayem* ; Commission des eaux minérales : MM. *Marjolin* et *Gallard* ; Commission des remèdes secrets et nouveaux : MM. *Mesnet* et *Joannès Chatin* ; Commission de vaccine : MM. *Hervieux* et *Blot*.

SALICYLAGE. — Par une lettre en date du 18 juillet 1886, M. le ministre du commerce et de l'industrie a consulté l'Académie sur l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés dans les substances alimentaires. Au nom de la section d'hygiène, M. *Vallin* fait connaître la réponse que celle-ci propose d'adresser à cette demande. Trois points doivent être examinés : 1° des doses modérées d'acide salicylique, continuées pendant des mois et des années, peuvent-elles amener des troubles de la santé des individus ? C'est la question physiologique et médicale ; 2° est-il possible de tolérer l'emploi de l'acide salicylique dans l'alimentation publique jusqu'à une certaine dose maximum qu'on ne devra pas dépasser sous peine de délit? C'est la question d'hygiène et de police médicale? 3° quelle est sur ce point la législation sanitaire des différents pays ? quelle est l'opinion des Chambres de commerce et des représentants autorisés de l'industrie? C'est la question de jurisprudence comparée.

Sur le premier point, il n'est pas douteux que l'usage de l'acide salicylique ou de ses dérivés, pour peu qu'on le prolonge et même à des doses assez faibles, ne produise des troubles notables de la santé chez la presque unanimité des sujets ; l'observation clinique abonde en faits qui confirment cette manière de voir et l'on sait que ce sont surtout les personnes âgées ou celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives, qui se trouvent impressionnées par ce médicament. M. Vallin énumère les noms d'un grand nombre d'auteurs qui ont publié de tels faits, contre lesquels ne sauraient prévaloir quelques expériences tout à fait exceptionnelles en faveur de l'innocuité de l'acide salicylique. Ce qui n'est pas douteux, c'est que lorsque le rein fonctionne bien, ce médicament commence à s'éliminer au bout de moins d'un quart d'heure, tandis qu'à mesure que le champ urinaire se rétrécit, l'élimination se ralentit et le médicament s'accumule dans le sang ; ici, d'ailleurs, la dose primitive importe peu, puisque le retard de l'élimination sur l'ingestion l'augmentera indéfiniment ; même avec des doses faibles, mais journalières et continues, c'est une simple question de temps ; les accidents d'intoxication peuvent éclater brusquement. L'acide salicylique absorbé se transforme en acide salicylurique, sans doute aux dépens des éléments de l'organisme ; il se pourrait donc qu'il modifiât à la longue les phénomènes intimes de la nutrition, de la même façon que les agents de la médication altérante, dont beaucoup sont loin d'être inoffensifs. Sans doute beaucoup de personnes pourraient sans doute prendre impunément chaque jour, pendant plusieurs mois ou même pendant une année, 5 milligrammes de sublimé par jour ; qui oserait cependant autoriser l'addition aux substances alimentaires de la plus minime quantité de bichlorure de mercure, le plus puissant de tous les antiseptiques, et que répondra-t-on, le jour peut-être prochain, où les industriels demanderont à mêler quelques gouttes de liqueur de Van Swieten par litre au vin ou à la bière pour en assurer la conservation?

Du reste, presque personne aujourd'hui ne demande l'addition libre et sans contrôle d'acide salicylique dans les aliments ; on se borne à réclamer un maximum de tolérance au delà duquel commencera le délit : 8 à 10 grammes par hectolitre de vin, 6 grammes par hectolitre de bière. Actuellement, d'après les analyses de M. Jungfleisch et celles de M. Rémond, les vins salicylés renferment une moyenne de 15 à 30 centigrammes d'acide par litre ; les bières, 10 à 40 centigrammes ; le cidre, 10 à 20 centigrammes ; ces doses diminuent d'ailleurs progressivement depuis plusieurs années.

D'autre part, on sait que divers ferments détruisent l'acide salicylique, même en dissolution dans l'eau, si bien que les doses trouvées dans un liquide au moment de son prélèvement seront très diminuées dans ce même liquide lors d'une analyse ultérieure ; mais rien ne prouve que les produits de la décomposition de cet acide soient inoffensifs. La fixation d'un maximum de tolérance aurait aussi pour conséquence nécessaire l'introduction immédiate de l'acide salicylique dans un grand nombre de substances alimentaires d'où la prohibition avait fini par le chasser, si l'on en juge par la diminution progressive depuis plusieurs années des boissons reconnues comme étant salicylées. Les maxima fixés pour chaque substance viendraient aussi s'ajouter les uns aux autres dans l'alimentation publique, et à la fin de la journée on pourrait avoir absorbé une dose très supérieure à la plus forte de celles autorisées par un seul aliment, car il est jusqu'à quatorze sortes de substances alimentaires pour lesquelles le salicylage a été conseillé et le plus souvent pratiqué. N'est-ce pas à l'usage de tels aliments qu'il faut attribuer en partie le nombre toujours croissant des albuminuries, des dyspepsies ? Et n'y a-t-il pas cette différence entre l'emploi thérapeutique et l'emploi hygiénique de l'acide salicylique que, dans le premier cas, le médecin surveille l'action du remède, tandis que dans le second il n'y a aucun contrôle, l'influence fâcheuse se produit insidieusement? Peut-on laisser vendre sous le nom d'un aliment un mélange de cet aliment et d'un médicament qu'on a lieu de croire nuisible pour un très grand nombre de personnes non prévenues de sa présence ? La tolérance serait une autorisation limitée qui engagerait la responsabilité de l'Administration et ne tarderait pas, sous des influences de toutes sortes, à donner lieu à de nombreux abus. Il faut enfin remarquer que l'emploi de l'acide salicylique sert le plus souvent à rendre transportables au loin ou susceptibles d'être conservés des produits de qualité inférieure, fabriqués souvent de toutes pièces, assurément très peu hygiéniques ou dont la préparation n'a pas été faite avec les soins de propreté nécessaires.

Enfin, la plupart des nations étrangères pourraient prohiber, aux termes de la législation, le salicylage des substances alimentaires à l'égal d'une falsification ; mais il ne paraît pas que la jurisprudence soit bien fixée à cet égard, ce qui tient sans doute à ce que ce sont surtout les bières et les vins pour l'exportation que l'on salicyle et rarement les liquides pour la consommation sur place. Toutefois les industriels les plus autorisés, tant en France qu'à l'étranger, demandent formellement l'introduction du salicylage.

Pour ces divers motifs, M. Vallin propose à l'Académie de déclarer que « l'addition de l'acide salicylique et de ses dérivés, même à doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée. »

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Dujardin-Beaumetz* donne lecture du préambule de son rapport général sur le service des épidémies en France pendant l'année 1885. A l'exemple de la plupart de ses prédécesseurs, il constate que le nombre des mémoires sur les épidémies est toujours très restreint et que dans la très grande majorité des cas les médecins des épidémies et l'Administration n'ont été que tardivement prévenus. Aussi insiste-t-il sur la nécessité d'obliger les municipalités à exiger la déclaration immédiate des cas d'affection transmissible et à en prévenir tout de suite l'administration préfectorale et les médecins des épidémies ; de cette façon l'on pourrait aussi, comme M. Jacques Bertillon l'a fait avec tant de soin à Paris, grâce aux libéralités du Conseil municipal, établir la statistique mortuaire dans les meilleures conditions. Mais cette réforme, comme tant d'autres relatives

à la santé publique, ne pourra être généralisée et ressortir son plein effet qu'autant que l'administration sanitaire aura été unifiée et qu'elle cessera d'appartenir à divers ministères, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer depuis si longtemps. M. Dujardin-Beaumetz appuie à ce sujet les projets de création d'une direction de l'administration de la santé publique, réunissant à la fois les services d'hygiène et d'assistance publique.

— L'Académie se forme en comité secret, afin d'entendre la lecture : 1° du compte rendu de M. *Caventou*, trésorier, sur le budget de l'Académie en 1886; 2° d'un rapport de M. *Laboulbène* sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*); la liste de présentation est donnée ainsi qu'il suit : 1° M. Carlet (de Grenoble); 2° M. Picot (de Bordeaux); 3° *ex æquo*, MM. Marquez (d'Hyères) et Mauricet (de Vannes); 4° *ex æquo*, MM. Ossian Bonnet (de Rio-de-Janeiro) et Riembault (de Saint-Etienne).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Tumeur du foie de diagnostic incertain (présentation de malade) : M. Guyot. — Entéroptose et neurasthénie, par M. Glénard (rapport) : M. Féréol. — Diagnostic du cancer de l'estomac par l'analyse chimique des sécrétions de ce viscère (présentation de malade) : M. Debove. — Élections.

M. *Guyot* présente un malade âgé d'une trentaine d'années, et chez lequel on ne relève, jusqu'en 1881, aucun antécédent pathologique de quelque importance. A cette époque, il fut atteint de dyspepsie; puis, en 1884, il ressentit des douleurs dans l'hypochondre droit, au niveau duquel on perçut, l'année suivante, le développement d'une véritable tumeur. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital, dans le service de M. Quénu, qui pratiqua une ponction à droite de la ligne blanche, au niveau du point le plus saillant de l'hypochondre : cette ponction ne donna issue qu'à un peu de sang. Aujourd'hui, on constate que le foie est volumineux et soulève les fausses côtes; il s'étend depuis un travers de doigt au-dessous du mamelon jusqu'au niveau de l'ombilic; il est dur au palper, lisse dans toutes ses portions accessibles. On trouve bien, au niveau de l'appendice xyphoïde, sur le trajet de la ligne blanche, un petit noyau dur, du volume d'une petite noix, mais ce nodule semble sous-cutané et indépendant du foie. On constate, d'autre part, vers l'hypochondre gauche, une seconde tumeur dure, profonde, mobile, du volume d'une mandarine, que M. Guyot regarderait volontiers comme une rate surnuméraire, que d'autres personnes, qui ont examiné le malade, considèrent comme un ganglion. Quel diagnostic peut-on porter en pareil cas? Il n'y a que peu de troubles fonctionnels, pas d'ictère, pas d'ascite; le malade paraît fatigué et anémié, aussi M. Guyot l'a-t-il soumis à un traitement tonique et à l'hydrothérapie. Faut-il faire une nouvelle ponction? Le kyste hydatique semble bien peu probable, et la ponction sourit peu; en pareille circonstance, à M. Guyot. Il serait heureux d'avoir l'avis de ses collègues.

— M. *Féréol* donne lecture de son rapport sur le mémoire de M. Frantz Glénard (de Lyon) intitulé : *Entéroptose et neurasthénie*. Déjà, en 1885, M. Glénard avait traité d'un sujet analogue dans un mémoire ayant pour titre : *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse; détermination d'une espèce*. C'est encore aujourd'hui une étude assez neuve de cette vieille et toujours obscure question des dyspepsies que l'auteur a soumise à la Société. Mais il n'a pas voulu seulement, après avoir critiqué les diverses classifications des dyspepsies, en proposer une nouvelle; il a creusé davantage son sujet, et a eu l'idée assez personnelle d'étudier les conditions anatomiques du tube digestif au point de vue de ses attaches, de ses modes de suspension, et de l'influence pathogénique que peuvent avoir les troubles divers apportés à cette sorte de *statique intestinale* normale. Suivant l'auteur, le tube digestif, que sa longueur obligeait à être relevé et fixé de distance en distance, présente six points d'inflexion principale, au niveau desquels son axe peut, à un moment donné, se plier à angle aigu, de façon à mettre obstacle à la progression des ingesta. De là six grandes divisions, dont chacune peut former un bas-fond où pourront s'accumuler les matières contenues dans le tube intestinal : 1° l'estomac; 2° le duodénum; 3° l'anse iléo-colique, comprenant l'intestin grêle, le cæcum et le côlon ascendant; 4° et 5° l'anse colique transverse, que divise en deux parties, l'une droite et l'autre gauche, un ligament reliant le côlon à l'estomac, ou ligament pylori-colique; 6° l'anse colo-sigmoïdale ou côlon descendant. Parmi les points suspensifs, il en est deux, le cardia et le ligament sigmoïdo-rectal, qui peuvent être négligés. Le plus important de tous est le ligament suspenseur de l'intestin grêle, qui, né du trousseau prévertébral, accompagne l'artère mésentérique supérieure et passe en avant de l'extrémité inférieure du duodénum, qu'il peut *écraser*, surtout lorsque la paroi abdominale relâchée ne soutient plus le paquet jéjuno-iléal. Des faits cliniques assez nombreux de pseudo-étranglement, où l'autopsie n'a révélé aucun obstacle, pourraient peut-être s'interpréter par ce mécanisme; et d'ailleurs l'arrêt des ingesta par la bride de l'artère mésentérique a été signalée, avec toutes ses conséquences, par plusieurs observateurs et en particulier par M. Legroux. Après avoir décrit successivement les autres points de suspension du tube intestinal, et montré les conséquences de cette disposition anatomique au point de vue de troubles multiples des fonctions digestives, de l'abaissement ou du déplacement de l'estomac, des côlons, du rein, etc., M. Glénard cherche à localiser dans une perturbation de la statique intestinale, dans l'entéroptose, le point de départ des accidents compris sous le nom de neurasthénie, dyspepsie nerveuse. Cette étude est d'autant plus intéressante qu'elle conduit l'auteur à une intervention thérapeutique dont l'efficacité même, incontestable dans bien des cas, vient à l'appui des théories pathogéniques qui la lui ont inspirée. Ce procédé consiste à suppléer la paroi abdominale relâchée, et à soutenir, ou même à réduire, les portions prolabées du tube intestinal; rôle que remplit un bandage approprié, sorte de ceinture des plus simples, que les malades tolèrent admirablement. Non seulement, dans de nombreux cas, les accidents divers ont notablement diminué, ou cessé même, après l'application du bandage; mais on a pu voir, à diverses reprises, la suppression de son emploi être immédiatement suivie du retour des phénomènes morbides. Pour M. Glénard, la dilatation gastrique ne serait point une cause, mais bien une conséquence de la gastroptose amenée par l'abaissement du côlon transverse, qui produit aussi parfois l'abaissement du foie ou le déplacement du rein droit. On retrouve, d'ailleurs, le plus souvent comme cause du début de la dyspepsie, et, par suite, de l'entéroptose, l'accouchement, avec les imprudences si fréquentes commises à sa suite; ou encore une chute, un effort, l'abus du corset. Certaines maladies y peuvent prédisposer en altérant le tube intestinal de diverses façons : fièvre typhoïde, dysenterie, etc.; enfin les maladies chroniques y conduisent parfois. La lithiase biliaire coexiste assez souvent avec l'entéroptose, et, d'après M. Glénard, la douleur de l'angle droit du côlon déplacé peut donner lieu à une variété de pseudo-coliques hépatiques pouvant prêter à l'erreur. On arrive toujours, par une manœuvre fort simple, consistant à se placer derrière le malade pour comprimer et soulever le bas-ventre avec la paume des deux mains, à s'assurer qu'il s'agit bien d'entéroptose, grâce au soulagement immédiat qu'éprouve le patient. M. Féréol fait à ce propos une certaine réserve, et se demande si, dans quelques cas,

chez la femme, la ceinture n'amènerait pas le soulagement en comprimant l'ovaire; c'est du moins ce qu'il a cru observer chez une de ses malades, hystérique manifeste, qui a obtenu de grands avantages de ce mode de traitement. Quelles que soient les critiques de détail que l'on puisse adresser au mémoire de M. Glénard, c'est une œuvre intéressante, renfermant plus d'une idée neuve et originale, sans parler des déductions thérapeutiques utiles : aussi M. Féréol conclut en proposant « d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société ».

— M. *Debove* donne lecture d'une note intitulée : *Diagnostic du cancer de l'estomac par l'examen chimique des sécrétions de cet organe.* (Voy. p. 863.)

M. *Gérin-Roze* demande si les réactions caractéristiques de l'acidité du suc gastrique se rencontrent toujours chez l'individu sain.

M. *Debove* les a toujours constatées, si l'on recueille le liquide gastrique à la période digestive.

Renouvellement du Bureau. — Sont élus, pour l'année 1887 : *président*, M. Féréol; *vice-président*, M. Gallard; *secrétaire général*, M. Desnos; *secrétaires des séances*, MM. H. Barth et Comby; *trésorier*, M. R. Moutard-Martin.

Membres du conseil de famille : MM. Guyot, Blachez, Mesnet, Legroux.

Membres du conseil d'administration : MM. Muselier, Lereboullet, Sevestre, Richard, Séglas.

Membres du comité de publication : MM. H. Barth, Comby, Desnos, Vaillard, Letulle.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT, VICE-PRÉSIDENT.

Sur le dosage du glucose dans le sang : M. Dastre. — L'évolution des éléments basilaires dans les épithéliums pavimenteux stratifiés : M. Retterer. — Morphologie générale des échinodermes : M. Ed. Périer. — Du rôle de l'eau dans l'inanition : M. Laborde. — Valeur hypnotique des injections rectales d'acide carbonique : MM. Parisot et Spillmann. — Sur un nouveau procédé de dosage de l'oxygène et de l'acide carbonique de la respiration : MM. Hanriot et C. Richet. — Structure des muscles striés chez l'homme : M. Babinski. — La cataracte artificielle du lapin : MM. Bouchard et Charrin. — De la toxicité des urines du lapin : MM. Charrin et Roger.

M. *Dastre* rappelle les formules qu'il a données autrefois pour obtenir immédiatement les quantités de sucre qui se trouvent dans le sang, dans le foie, dans l'œuf, etc., si l'on emploie pour doser ce sucre le procédé de Cl. Bernard; et il défend ces formules contre quelques critiques qu'on leur a récemment adressées.

— M. *Retterer* a constaté que dans la peau et dans certaines muqueuses la rangée profonde cylindrique (couche basilaire) des cellules épithéliales est précédée chez l'embryon par une ou plusieurs assises de cellules arrondies ou cubiques. Celles-ci forment une couche d'autant plus épaisse que le revêtement protecteur est plus marqué. On voit une semblable accumulation d'éléments basilaires au moment de la production des glandes et des amygdales. Par les caractères chimiques, ces cellules se rapprochent des cellules cylindriques de la couche profonde des épithéliums dont elles représentent l'état jeune. Quant à l'existence de plusieurs assises de ces cellules chez l'embryon, elles s'expliquent par la prolifération plus active de ces éléments destinés à fournir à l'extension et à l'épaississement rapides des organes qui se développent.

— M. *Ed. Périer* présente quelques considérations qui ressortent de ses études poursuivies depuis longtemps sur les échinodermes, touchant la morphologie et la physiologie générales de ces êtres. Il distingue deux types de structure : l'un représenté par les étoiles de mer; le second par les oursins, les comatules, etc. Ce dernier est caractérisé par un système de canaux très compliqués qui n'existent pas chez les étoiles de mer. Chez celles-ci l'appareil circulatoire est en rapport avec l'eau de mer, par conséquent en rapport direct avec l'extérieur. C'est donc plutôt un appareil d'irrigation que de circulation proprement dite ; par suite il ne peut y avoir aucun système respiratoire, puisque l'eau de mer apporte directement aux tissus l'oxygène dont ils ont besoin. M. Périer développe les conclusions qui sortent de tous ces faits au point de vue de la place qu'occupent les échinodermes dans une classification générale des animaux.

— M. *Laborde* expose les résultats d'une expérience qu'il a instituée concurremment sur deux chiens de même poids, l'un privé de tous aliments liquides et solides, l'autre privé seulement d'aliments solides et buvant par jour en moyenne 100 grammes d'eau. Tandis que le premier mourait au bout de dix-neuf jours, le second était encore bien vivant, très alerte, le quarantième jour. M. Laborde insiste à ce propos sur le rôle de l'eau dans l'inanition.

— M. *Gréhant* dépose une note de MM. *Parisot* et *Spillmann* (de Nancy) sur la valeur hypnotique des injections rectales d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré.

— M. *Ch. Richet* expose, au nom de M. *Hanriot* et en son nom, un nouveau procédé de dosage de l'oxygène et de l'acide carbonique de la respiration. Ce procédé, très simple et d'un emploi extrêmement commode, est fondé sur l'usage de gazomètres exactement gradués; entre deux gazomètres est interposé un système de tubes remplis de potasse; il suffit de faire la différence entre les chiffres indiqués par l'aiguille des gazomètres pour avoir la quantité de gaz qui a passé par chacun d'eux.

— M. *Babinski* a nettement constaté dans les muscles striés de l'homme des corps particuliers qu'il décrit; ces éléments composés d'une gaine dans l'intérieur de laquelle on voit des fibres musculaires très petites, se trouvent dans l'épaisseur des travées de tissu conjonctif qui unissent les faisceaux musculaires. Il a vu aussi d'autres figures semblables, mais renfermant, outre les petites fibres musculaires, des fibres nerveuses et des vaisseaux. Il a trouvé ces éléments dans des muscles striés en voie d'atrophie; mais il a reconnu depuis que leur existence ne tient pas à cette disposition pathologique.

M. *Ranvier* fait observer que l'existence de semblables éléments a été signalée dans les muscles des vertébrés inférieurs.

— M. *Charrin* a recherché avec M. *Bouchard* comment agit la naphtaline pour produire la cataracte chez les lapins, à qui on en fait absorber. Agirait-elle à l'état de corps sulfo-conjugué pour troubler la nutrition du cristallin? Il n'y a, pour vérifier l'hypothèse, qu'à essayer d'obtenir le même effet par l'emploi d'autres substances qui passent dans l'organisme à l'état de corps sulfo-conjugués. MM. Bouchard et Charrin ont fait des essais avec l'acide phénique et le phénate de soude, mais ils n'ont rien obtenu, ce qui d'ailleurs peut tenir simplement aux faibles doses qu'ils ont été obligés de donner, à cause de la toxicité de ces substances.

— M. *Roger* a étudié avec M. *Charrin* la toxicité des urines normales du lapin. Cette toxicité est assez grande; la mort arrive par arrêt du cœur chez les animaux auxquels on injecte de ces urines, tandis que les urines normales de l'homme produisent la mort par arrêt de la respiration.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Action thérapeutique de l'acétanilide : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. C. Paul, Cadet de Gassicourt). — Injections rectales gazeuses : MM. Blachez. C. Paul, Petit, Dujardin-Beaumetz, E. Labbé. — Elections. — Renouvellement du Bureau.

M. *Dujardin-Beaumetz* a reconnu, comme conséquence d'une série d'expérimentations cliniques, que l'acétanilide est un puissant modificateur de l'excitabilité médullaire, et que son action paraît porter surtout sur les régions supérieures de l'axe spinal. Il établit tout d'abord que, à la dose de 1 à 2 grammes, chez l'homme adulte, sain, cette substance ne produit aucun effet physiologique appréciable; on ne constate même pas son élimination par l'urine, bien que M. Tanret et que M. Yvon aient mis entre les mains des médecins les moyens de déceler une très faible quantité d'acétanilide mélangée à l'urine. Lorsqu'on l'administre à des tabétiques atteints de douleurs fulgurantes, on voit cesser rapidement ces douleurs, en même temps que s'atténue très notablement l'hyperexcitabilité médullaire. D'ailleurs M. Lépine avait déjà signalé cette action du médicament, et aujourd'hui M. Charcot l'emploie avec avantage dans des cas semblables. Trois tabétiques, auxquels M. Dujardin-Beaumetz a administré chaque jour de 1 à 2 grammes d'acétanilide, ont été considérablement soulagés des douleurs vives qu'ils enduraient; il va sans dire que la marche du tabès n'est nullement entravée. Enfin, chez un épileptique, le même médicament a amené la cessation des accès convulsifs; ce cas est unique et n'autorise évidemment aucune conclusion : peut-être même la disparition des accidents n'est-elle que momentanée, mais il y a là une voie à explorer et M. Dujardin-Beaumetz demande à ses collègues d'essayer ce mode de traitement dans l'épilepsie. Il faut administrer l'acétanilide, qui est insoluble dans l'eau, en se servant comme véhicule soit du vin, soit de l'élixir de Garus: on la donne par doses de 50 centigrammes répétées deux fois le premier jour, trois fois le second, et enfin quatre fois le troisième : ces doses sont espacées régulièrement. Dans ces conditions il n'y a aucun danger, aucun inconvénient à administrer l'acétanilide ; il serait bien désirable qu'une expérimentation plus complète vînt fixer la valeur des résultats obtenus jusqu'ici.

M. *C. Paul* a essayé l'action thérapeutique de ce médicament à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour, ainsi que l'a fait M. Lépine, mais sans résultats. Il doit, en effet, se défier d'une légère amélioration passagère, qui s'est montrée dans quelques cas pendant les premiers jours, et qui pourrait sans doute être mise sur le compte de l'*influence morale*, car il a obtenu des effets tout semblables avec des pilules de mie de pain décorées d'un nom pompeux.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que la dose de 50 centigrammes est insuffisante ; il faut donner au moins 1 gramme pour obtenir des effets appréciables. Il ajoute que l'acétanilide est un médicament de préparation courante et très simple, qui est fourni aujourd'hui par tous les pharmaciens à un prix fort minime.

M. *Cadet de Gassicourt* demande quelques renseignements sur la variété d'épilepsie que présentait le malade de M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que cet individu était atteint d'attaques épileptiformes qui ont été tout d'abord mises sur le compte d'accidents de nature urémique, l'urine renfermant des traces d'albumine; mais le traitement rationnel institué dans cet ordre d'idées n'a produit aucune amélioration. Cet homme présente une atrophie du bras droit, datant de l'enfance, sans contracture musculaire; ses attaques auraient commencé à l'âge de deux ans. Il a un frère épileptique, et sa mère est une *cérébrale*. Le diagnostic précis comporte donc une certaine hésitation. Quoi qu'il en soit, après l'administration d'un gramme d'acétanilide, les accès ont diminué, pour disparaître complètement lorsque la dose a été portée à 1gr,50. Il est d'ailleurs prudent d'attendre encore avant de se prononcer sur la réalité de la guérison, car, chez ce malade, l'intervalle entre deux attaques s'est déjà montré, une fois, de deux mois ; or le dernier accès date actuellement de moins longtemps.

M. *Cadet de Gassicourt* observe en ce moment, à sa consultation, un épileptique pur dont il connaît l'histoire pathologique depuis l'enfance. Bien des traitements ont été mis en œuvre, diverses préparations bromurées ont été successivement administrées sans amener la suppression des attaques ; on n'a réussi qu'à diminuer leur intensité. Ce malade offre de bonnes conditions pour juger l'efficacité de l'acétanilide et M. Cadet de Gassicourt se propose de le soumettre à ce mode de traitement.

M. *Dujardin-Beaumetz* soigne également un autre épileptique avec l'acétanilide, mais il a cru ne pas devoir en parler parce qu'il s'agit d'un enfant de douze ans soumis pendant plusieurs mois à la médication bromurée à haute dose, et qui a même présenté des accidents de bromisme aigu. Les attaques étaient supprimées depuis quatre mois grâce à une dose quotidienne de 8 grammes de bromure. Il prend de l'acétanilide depuis huit jours et n'a pas eu d'accès, mais il est encore sous l'influence de la saturation bromurée et l'on doit attendre quelque temps avant de se prononcer.

M. *Cadet de Gassicourt* administrait à son malade de 6 à 7 grammes de bromure par jour sans observer d'intolérance; mais, lorsqu'il porta la dose à 9 grammes, avec la solution d'Yvon, les accidents de bromisme éclatèrent. Il fallut alors abaisser la dose à 6 grammes; mais les effets thérapeutiques demeurèrent incomplets.

— M. *Blachez* a commencé à expérimenter dans son service les injections rectales gazeuses. Sur trois femmes phthisiques soumises à ces injections, l'une, âgée d'une trentaine d'années, atteinte de tuberculose pulmonaire au troisième degré, avec fièvre hectique, a été considérablement améliorée après huit ou dix jours de traitement : la fièvre a disparu, l'expectoration et la toux ont été notablement diminuées. Chez une autre malade, moins gravement atteinte cependant, il n'a pas obtenu de résultats aussi satisfaisants, et le traitement a amené quelques accidents gastro-intestinaux. Enfin, chez la troisième, qui présentait une tuberculose pulmonaire peu avancée, les injections rectales gazeuses ont produit une amélioration fort encourageante. M. Blachez se propose de continuer l'expérimentation.

M. *Petit* fait remarquer qu'il y a intérêt à connaître la quantité d'hydrogène sulfuré mise en liberté par la décomposition du sulfure de sodium contenu dans les diverses eaux sulfureuses, sous l'influence du courant d'acide carbonique. M. Bergeon eu se servant d'un demi-litre d'Eaux Bonnes disposait d'environ 3 centimètres cubes d'acide sulfhydrique. Lorsqu'on emploie 100 centimètres cubes d'Eau de Challes, il faut faire passer dans cette eau 5 litres d'acide carbonique pour dégager tout l'hydrogène sulfuré qu'elle peut fournir, soit à peu près 15 centimètres cubes. Avec trois litres d'acide carbonique, on épuise 100 centimètres cubes d'eau d'Enghien et l'on obtient 1cc,7 environ d'hydrogène sulfuré. Il faut savoir, d'ailleurs, que le premier litre d'acide carbonique qui traverse l'eau sulfureuse est de beaucoup le plus chargé en gaz sulfhydrique; dans certains cas, il entraîne à peu près les cinq sixièmes de l'hydrogène sulfuré total. Enfin, il serait utile d'agiter constam-

ment le liquide contenu dans le barboteur, afin d'être sûr que les bulles d'acide carbonique sont en contact successivement avec toutes les portions de la solution sulfureuse.

M. *Dujardin-Beaumetz* emploie une solution artificielle composée par son préparateur M. Bardet. On prend une première solution, dite *solution sulfurée*, et composée de : sulfure de sodium pur, 10 grammes ; eau distillée, q. s. pour faire 100 centimètres cubes. Un centimètre cube de ce liquide dégage exactement 10 centimètres cubes d'hydrogène sulfuré lorsqu'on le mélange avec 1 centimètre cube d'une seconde solution, dite *sulfhydrogène*, et qui renferme : acide tartrique, 25 grammes ; acide salicylique, 1 gramme ; eau distillée, q. s. pour faire 100 centimètres cubes. — Si l'on place dans le barboteur 15 centimètres cubes de chacune des deux solutions et 250 grammes d'eau, on obtient un mélange qui fournit la même dose d'hydrogène sulfuré qu'un litre d'eau de Challes, soit 150 centimètres cubes.

M. *E. Labbé* a trouvé dans la *Gazette médicale* de 1832 l'indication de l'emploi de l'hydrogène sulfuré, se dégageant dans une chambre riche en vapeur d'eau, pour le traitement de la phthisie pulmonaire. Il a songé à essayer ce procédé dans son service à la maison Dubois.

M. *C. Paul* fait observer que ce système d'inhalations est installé dans toutes les stations sulfureuses et que ses résultats, parfois assez bons, mais toujours insuffisants, sont bien connus. — Il présentera, dans la prochaine séance, le siphon métallique, muni d'un manomètre et d'une vis micrométrique, dont il se sert pour les lavements gazeux. Cet appareil renferme, sous pression, de 6 à 8 litres d'acide carbonique pur qu'il est possible de conserver plusieurs jours si on le désire.

— *Elections :* Sont nommés membres titulaires dans la section de médecine, MM. *Gouel*, *Bardet* et *Constant Robert* (16 voix sur 16 votants) ; membres titulaires dans la section de pharmacie, M. *Bocquillon* (16 voix) et M. *Blondel* (11 voix). — Sont nommés : correspondant national, M. *Poulet* (de Plancher-les-Mines) ; correspondants étrangers, M. *Canettoli* (Naples); *Salomone Marino* (Palerme) ; *Clemente Fereira* (Rezende, Brésil) ; *Munos* (Tolède).

Renouvellement du Bureau. — Sont élus, pour l'année 1887 : Président, M. *Limousin*; vice-président, M. *Créquy ;* secrétaire général, M. *C. Paul* ; secrétaire des séances, M. *Grelletty* ; trésorier, M. *Guyet*.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

De la vaseline iodoformée en applications topiques contre la variole, par Colleville. — Au lieu des badigeonnages avec le collodion riciné qui sont très douloureux et très redoutés des malades, M. Colleville emploie une pommade à la vaseline iodoformée à 1 pour 20, qu'il applique sur les surfaces couvertes de pustules.

D'après cet observateur, la vaseline iodoformée aurait l'avantage de diminuer les douleurs en raison de l'action anesthésique de l'iodoforme, et de produire une sensation de fraîcheur agréable que recherchent les malades. Les vertus antiseptiques de cette substance la recommandent encore comme désinfectante. Enfin elle aurait l'avantage de prévenir la formation des croûtes, de provoquer l'affaissement des pustules et de produire la guérison sans cicatrice ultérieure.

Au reste, M. Decès (de Reims) a constaté aussi les bénéfices de cette médication et en a étendu l'usage au traitement de l'érysipèle. Il a prescrit les applications de la vaseline iodoformée à 1 pour 50 dans les régions couvertes par l'éruption et a constaté leur résolution dans l'espace de deux ou trois jours.

Ce topique n'a jamais produit d'accidents toxiques chez les malades soumis à son emploi. La tolérance a été la même dans la série des dix cas de variole observés par M. Colleville. (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, p. 200, 1886.)

Du traitement de la paralysie infantile par la faradisation, par L. Phillips. — Pour obtenir des résultats de cette médication, il importe de faire usage des courants interrompus de médiocre intensité. Un courant trop violent se diffuse et excite les muscles du voisinage qui souvent sont antagonistes des muscles paralysés.

Dans les cas où ces derniers ont perdu toute excitabilité et ne répondent plus à l'électricité, il est nuisible de continuer l'emploi de cette dernière, car on peut alors provoquer l'augmentation de la difformité en exagérant l'action des muscles antagonistes. Il vaut mieux alors abandonner ce mode de traitement.

Le mémoire de l'auteur se termine par ces deux conclusions : 1° l'emploi d'un courant modéré et localisé aux muscles malades est nécessaire ; 2° la cessation du traitement est indiquée si ces derniers ont perdu leur contractilité galvanique. (*Brit. med. Journal*, juillet 1886, p. 66.)

Des effets physiologiques produits par les injections sous-cutanées de cocaïne, par Alexandre J. Lukashevitch. — Les expériences de l'auteur sont nombreuses, elles s'élèvent à cent cinquante environ. Les unes ont pour but d'établir le mécanisme de l'action anesthésique locale produite par cette substance; elles établissent que cette substance agit sur les extrémités des nerfs et abolit leur sensibilité en modifiant leur conductibilité. Les autres conduisent aux conclusions suivantes :

Une dose d'un dixième à un huitième de grain de cocaïne ne provoque aucun effet général. Après l'injection hypodermique d'un quart de grain le pouls se ralentit momentanément et la respiration diminue. En renouvelant la dose une heure ou une heure et demie plus tard, l'individu mis en expérience éprouve des frissons généraux et de l'excitation cérébrale. Après quatre ou cinq heures ces symptômes font place à de la somnolence; plus tard encore, à de la céphalalgie.

Après l'administration d'un demi-grain, on éprouve une sensation de froid dans tout le corps, des bourdonnements d'oreille et de la moiteur des extrémités. L'accélération des mouvements respiratoires s'élève jusqu'à trente par minute; les battements du pouls augmentent de fréquence jusqu'à 120 par minute. Enfin, pendant dix ou quinze minutes la pupille se dilate. A ces phénomènes dont la durée varie entre dix et quinze minutes, succède une sorte d'excitation générale.

M. Lukashevitch a étudié sur lui-même les phénomènes consécutifs à l'emploi prolongé de la cocaïne. Pendant neuf jours il s'est administré une ou deux doses d'un quart de grain de cocaïne. Jusqu'au neuvième jour, il éprouvait après chaque injection, de l'excitation générale, un sentiment de pression sur l'occiput, de l'obnubilation de la vue, du tremblement dans les membres, une invincible tendance au sommeil, de l'inaptitude au travail et de la fatigue. Pendant les septième, huitième et neuvième jours ces troubles cessèrent.

M. Lukashevitch a voulu éprouver la puissance analgésique de la cocaïne dans les opérations chirurgicales. Il a pu pratiquer sans douleur deux incisions sur la cuisse et six sur les doigts, après avoir injecté sous la peau un huitième, puis un sixième de grain de l'alcaloïde sur le trajet des cordons nerveux. La perte de sensibilité était absolue après cinq ou six minutes. Dans deux opérations d'ongle incarné, le même résultat fut obtenu six minutes après trois injections d'un huitième de grain. Il en fut encore de même dans l'ablation de verrues situées sur la main, dans six cas d'excision de kystes de la face et du cou, l'inci-

sion de bubons inguinaux, le raclage d'un ulcère du membre inférieur deux ponctions d'hydrocèle et l'excision de trois condylomes. Le même observateur a employé la cocaïne pulvérisée en attouchements avec une solution à 4 et 5 pour 100 de cette substance dans l'opération de la grenouillette et dans l'ouverture de quatre abcès.

Ces observations ont été communiquées à la Société médicale de Kiew. Leurs résultats correspondent d'ailleurs aux conclusions de Feinberg. (*Menitz Obozr*, 1886, p. 2.)

Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la berbérine, par Curci. — Cet expérimentateur a étudié les effets de la berbérine sur les mammifères et sur les batraciens.

La berbérine diminue l'activité du cerveau et surtout celle des centres de motilité. Par contre elle ne possède qu'une faible action sur la sensibilité, mais modifie l'activité réflexe et produit le ralentissement de la circulation et de l'activité cardiaque.

Sur les batraciens ces effets diffèrent; les réflexes persistent après l'arrêt de la circulation et de la respiration.

La berbérine produit la paralysie vaso-motrice, abaisse la pression artérielle à zéro, diminue les battements du cœur et la température, et produit la mort par l'arrêt de la circulation et de la respiration. L'abaissement de température a pour cause cette paralysie vaso-motrice et l'augmentation des pertes par le rayonnement périphérique, mais non pas une action spéciale sur les échanges interstitiels, d'après M. Curci.

Cependant le même observateur ajoute que le sang des animaux empoisonnés par la berbérine est lent à s'altérer et abandonne plus difficilement son oxygène.

De plus, cette substance augmente les mouvements péristaltiques de l'intestin et cette augmentation serait due à la fois à une action locale directe et à l'action générale sur la circulation. Elle produit encore la diarrhée, l'acidité de l'urine des herbivores (lapins) et parfois l'albuminurie. Enfin le tissu rénal est congestionné, parfois enflammé et même le siège d'une desquamation épithéliale, dont on trouverait la preuve dans les cylindres granuleux observés dans les urines de quelques-uns des animaux mis en expérience. (*Annali di Chimica e de Farmacologia*, juillet 1886.)

Travaux à consulter.

De l'emploi thérapeutique du bichromate de potasse, par M. Drysdale. — Les phénomènes observés dans l'empoisonnement chronique par le bichromate de potasse ont inspiré à M. Drysdale l'idée d'employer ce sel dans le traitement de diverses maladies.

C'est ainsi qu'il en a fait usage contre l'eczéma des scrofuleux, la syphilis, les troubles digestifs, etc., etc. Après l'arrachement des polypes du nez, il a employé avec succès les attouchements avec un mélange par parties égales de sucre de lait pulvérisé et de bichromate de potasse; il l'a prescrit, sous forme de gargarismes, comme topique contre les ulcérations suspectes de la muqueuse buccale.

A l'intérieur, il l'administre à la dose quotidienne d'un quart de grain par jour dans certaines dyspepsies, dans la syphilis et le catarrhe intestinal chronique. Il évite d'élever la dose, car l'ingestion d'un demi-grain produit des effets vomitifs. (*Medical Press and Circular*, 21 avril 1886.)

Du condurango dans les affections de l'estomac, par M. Suner. — Préconisé comme un médicament du cancer, le condurango posséderait des propriétés moins surprenantes, mais plus constantes, contre les troubles gastriques.

Le seul effet que M. Süner lui accorde dans le cancer stomacal est la diminution des douleurs, l'augmentation de l'appétit et la régularisation de la digestion. Dans le catarrhe gastrique, il rendrait des services analogues. Sous son influence, l'appétit et la digestion s'améliorent; l'état nauséeux disparaît, et on observe des effets toniques avec la disparition des phénomènes d'hypochondrie. (*El Genio medico-chirurgico*, mai 1886.)

La caféine comme antidote du curare, par M. Langgaard. — Ces expériences ont sans doute été inspirées par la pratique vulgairement admise d'administrer le café comme antidote populaire de la plupart des empoisonnements. M. Langgaard a injecté des doses toxiques de curare sous la peau des chiens. Dès que les phénomènes toxiques débutaient, il leur administrait 1 gramme de caféine, et sous l'influence de ce corps, rapidement absorbé, il constatait la résistance des animaux à la curarisation, la disparition des accidents toxiques et la guérison. (*Centralbl. für klinische Medicin*, 31 juillet 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

La psychologie du raisonnement; recherches expérimentales par l'hypnotisme, par M. Alfred Binet. In-12. — Alcan, 1886.

M. Binet s'est livré, avec la collaboration de M. Féré, à de nombreuses et curieuses recherches sur l'hypnotisme. Il a pensé que l'expérimentation hypnotique pouvait éclairer d'un jour nouveau les problèmes de la psychologie vulgaire, et il a voulu tirer de ses expériences une *psychologie du raisonnement*, c'est-à-dire une psychologie de l'intelligence, car le raisonnement n'étant que l'opération la plus compliquée de l'intelligence, une théorie du raisonnement suppose faite la théorie de toutes les opérations plus simples que suppose le raisonnement lui-même. M. Binet commence avec raison par la théorie des *images* ou des représentations subjectives de la sensation; il s'inspire ici des psychologues anglais, non sans ajouter à leurs idées beaucoup de vues nouvelles suggérées par ses propres expériences ou par celles de l'Ecole de la Salpêtrière. De l'image il passe aux associations d'images, et, en particulier, à l'interprétation des sensations, vulgairement appelée *perception externe*, et il se montre dans cette étude psychologue ingénieux et pénétrant. Puis il aborde le jugement et le raisonnement, qui se ramènent, selon lui, à des associations d'images. Les lois de l'association, qu'il a fort bien formulées (*loi de ressemblance* et *loi de fusion*), sont les mêmes dans les deux cas; il l'assure, et il serait difficile d'être d'un autre avis. Mais M. Binet n'a pas vu, ou du moins n'a pas assez vu, qu'il y a dans le jugement, dont le raisonnement n'est qu'une complication ou un assemblage, un élément *sui generis*, à savoir l'affirmation, qui n'existe pas dans une simple association d'images; les psychologues qui ont travaillé avant lui dans la même voie n'ont pas réussi à ramener le jugement à l'association; M. Binet n'est pas plus heureux que ses devanciers; ce serait pourtant là une découverte psychologique de premier ordre; mais il est plus que douteux qu'elle puisse jamais sortir des résultats de l'expérimentation hypnotique.

Quoi qu'il en soit de cette question capitale, mais spéciale, l'ouvrage de M. Binet reste une des productions les plus intéressantes et les plus suggestives de la nouvelle école psycho-physiologique.

V. E.

I. **The diseases of the prostate** (les maladies de la prostate), par H. Thompson, 6e édition. Londres, 1886.

II. **On the supra-pubic operation of opening the Bladder for the stones and for tumours** (de la taille hypogastrique pour enlever les calculs et les tumeurs de la vessie), par H. Thompson, in-8°, 57 pages. Londres, 1886.

I. Nous possédons depuis longtemps déjà une traduction française du *Traité des maladies de la prostate*, et si nous signalons cette 6e édition, c'est qu'elle a été notablement

remaniée. L'étude histologique de la prostate a été très abrégée. Plusieurs chapitres, ceux qui ont trait aux sujets qui ne prêtent plus guère à discussion, ont été écrits d'une façon plus concise et plus claire. Mais surtout, Thompson expose, dans cette édition, les opinions nouvelles auxquelles l'expérience l'a conduit pour le traitement des troubles variés engendrés par l'hypertrophie prostatique. Il insiste sur les cas avancés où une intervention opératoire judicieuse rend souvent de réels services. Le livre se termine par un chapitre sur les relations qui existent entre la pierre et l'hypertrophie prostatique; nous trouvons dans ce chapitre la description de l'appareil aspirateur aujourd'hui employé par l'auteur après la lithotritie, instrument dont Kirmisson avait déjà fait mention dans sa thèse (agrég. en chirurgie, 1883).

II. Certains auteurs anglais restent partisans de la taille périnéale contre les tumeurs vésicales. Thompson, pendant l'année qui vient de s'écouler, a pratiqué 8 tailles hypogastriques : deux pour tumeurs, six pour calculs. L'excellence des résultats obtenus l'a engagé à insister sur sa manière de procéder. Pour éviter les hémorrhagies, il restreint l'usage du bistouri à la section de la peau et des plans fibreux; il écarte muscles, veines, tissu cellulo-graisseux, puis déchire la vessie avec l'ongle, ou avec le doigt armé d'un instrument mousse spécial qu'il appelle *ivory-separator*. L'ouverture vésicale est laissée béante; un seul point de suture réunit l'angle supérieur de la plaie abdominale. Pendant les vingt-quatre à quarante-huit premières heures, un long tube de caoutchouc de 5 à 6 pouces, est mis à demeure dans la plaie. Le pansement, des plus simples, est une pièce de *lint* trempée dans une solution phéniquée ou boriquée, et renouvelée à volonté. Le reste du manuel opératoire de Thompson est identique à celui qu'on emploie en France.

Un instrument spécial est encore mis en usage par Thompson chez la femme ou chez les hommes auxquels on a fait la boutonnière périnéale. La distension vésicale est alors impossible. L'auteur se sert, dans ces cas, d'une sonde à forte courbure, et dont l'orifice terminal est suivi d'une gouttière sur la concavité. Orifice et gouttière sont fermés par une olive que porte un stylet flexible, mobile à l'intérieur de la sonde. C'est sur la saillie de cette sonde, soulevée par le ballonnement rectal, qu'on se guide pour arriver à la vessie par l'hypogastre. L'extrémité du cathéter reconnue à travers la paroi vésicale mise à nu, on retire le stylet, et pour empêcher la vessie de se dérober derrière le pubis au moment où on l'incise, on la transfixe avec un crochet dont on fait pénétrer la pointe dans la rainure de la sonde. Le reste de l'opération n'offre rien de particulier.

A. BROCA.

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination au grade d'officier de M. le professeur Fournier, et celle de M. le professeur Hayem au grade de chevalier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — *Prix à décerner en* 1888. — *Prix Aubanel.* — Question proposée : « Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme. » Ce prix est de la valeur de 2400 francs.

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des dissertations inaugurales soutenues dans les Facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. — Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1887.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, le 31 décembre 1887, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Prix à décerner en 1889. — *Prix Belhomme.* — Question proposée : « Rechercher s'il existe des caractères anatomiques, physiologiques et psychologiques propres aux criminels. » Ce prix est de la valeur de 900 francs.

Les mémoires manuscrits devront être déposés, accompagnés d'un pli cacheté avec devise, le 31 décembre 1888.

HÔPITAL SAINT-LOUIS (Service de M. Ernest Besnier, année 1887). — Vendredi, *consultation externe;* samedi, *clinique;* lundi, *visite générale;* mardi, *opérations dermatologiques, lupus, acnés,* etc.; mercredi, *policlinique des affections du cuir chevelu.*

MORTALITÉ A PARIS (51e semaine, du 19 au 25 décembre 1886). — (Population : 2 239 928 habitants). — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 2. — Rougeole, 49. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 38. — Choléra, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 26. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 36. — Bronchite aiguë, 43. — Broncho-pneumonie, 26. — Pneumonie, 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 33; au sein et mixte, 34; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 72; de l'appareil respiratoire, 76; de l'appareil digestif, 37; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 12. — Morts violentes, 15. — Causes non classées, 20. — Total : 1026.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Cours de chimie, par M. le professeur Armand Gautier. En vente : 1° *Chimie minérale,* 1 vol. grand in-8 de XIX-644 pages, avec 261 gravures dans le texte; 2° *Chimie organique,* pages 1 à 368, grand in-8 avec 105 gravures dans le texte. Paris, F. Savy. Prix des deux volumes. 32 fr.
— Les deux volumes ne se vendent pas séparément.

Le secret médical, par M. le professeur Brouardel. 1 vol. in-18 jésus de la Bibliothèque scientifique contemporaine. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, 1885-1886, par M. le docteur S. Jaccoud, professeur de clinique, etc. Tome III, 1 vol. in-8° avec 52 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 14 fr.

Le mariage au point de vue de l'hérédité, par M. le docteur F. Battesti. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

8208. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XXIII, 2e SÉRIE

A

D

E

N

O

P

Q

R

S

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.